

# 우리나라 성인 자살 관련 외상 경험과 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지와의 관계

이수정<sup>1</sup> · 김선아<sup>2</sup> · 김고운<sup>3</sup> · 박진영<sup>3</sup> · 금란<sup>4</sup>

경남대학교 간호학과 조교수<sup>1</sup>, 연세대학교 간호대학 · 김모임간호학연구소 교수<sup>2</sup>,  
연세대학교 간호대학 대학원생<sup>3</sup>, 백석문화대학교 간호학과 부교수<sup>4</sup>

## Relationships among Suicide Traumatic Experiences, Attitudes toward Suicide, Depression, Self-efficacy, and Social Support in General Adults

Lee, Soo Jung<sup>1</sup> · Kim, Sunah<sup>2</sup> · Kim, Go-Un<sup>3</sup> · Park, Jin Young<sup>3</sup> · Keum, Ran<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assistance Professor, Department of Nursing, Kyungnam University, Changwon

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing · Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University, Seoul

<sup>3</sup>Graduate Student, College of Nursing, Yonsei University, Seoul

<sup>4</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Baekseok Culture University, Cheonan, Korea

**Purpose:** The aims of this study were to examine the suicide traumatic experiences and attitudes toward suicide and examine their associations with depression, self-efficacy, and social support in general adults. **Methods:** In this descriptive cross-sectional study, data were collected through a web-based survey (N=500). We analyzed 441 respondents considering missing data. A structured questionnaire included Attitude Toward Suicide (ATTS), experiences and characteristics related to suicide, depression, self-efficacy, and social support. The data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA with Scheffé tests, Fisher's exact tests, and Pearson's correlation coefficients with SPSS/WIN 23. **Results:** Among study participants, 34.9% reported suicide traumatic experiences. When they had more 'acceptability' and 'understandability' in the attitudes toward suicide, they were younger, more depressive, and at the lower level of self-efficacy. There were somewhat differences of associations of 'understandability' in the attitudes toward suicide with depression, suicide attempt, suicide thought, and experience counseling between the suicide trauma and non-trauma groups. There were positive correlations for 'acceptability', 'understandability', 'tabooing', and depression and negative correlations for 'acceptability', self-efficacy, and social support. **Conclusion:** Our study findings suggest that educational programs need to improve nurse's ability in suicide-related practices considering psychological factors and development of comprehensive nursing interventions.

**Key Words:** Attitude to death; Depression; Self efficacy; Social support; Adult

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

자살은 우리나라 국민의 주요 사망 원인이지만 예방이 가능

한 건강문제이므로 정신건강 영역에서 적극적으로 관심을 두고 대처해야 한다. 자살 문제를 국가 차원에서 해결하기 위하여 보건복지부는 2011년에 '자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률'을 제정하여 자살 예방 사업을 국가의 주요 보건정책으로 수행하고 있다[1]. 2019년 통계청에서 발표한 자료에 의

**주요어:** 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지, 성인

**Corresponding author: Keum, Ran** <https://orcid.org/0000-0002-1235-1030>

Department of Nursing, Baekseok Culture University, 58, Munam-ro, Dongnam-gu, Cheonan 31065, Korea.

Tel: +82-41-550-0479, Fax: +82-41-550-2314, E-mail: kr87@bacu.ac.kr

Received: Nov 8, 2019 | Revised: Jan 1, 2020 | Accepted: Feb 10, 2020

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.

하면[2], 우리나라 자살률은 인구 10만 명당 26.6명으로 이는 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 가입 국가 평균인 12명의 2배를 넘는 수준이며, 최근 10년 이상 OECD 국가 중에서 자살률 1위를 차지하여 왔다. 또한 자살로 인한 사망은 우리나라 전체 사망 원인 중 상위 다섯 번째에 해당하며, 특히 10대부터 30대 연령층에서는 첫 번째 사망 원인이 되고 있어 심각한 건강문제가 되고 있다.

자살로 가족이나 친구 등 가까운 사람을 잃은 대상자는 자살 생존자(suicide survivor)로 불리우는데[3], 이들은 다른 이유로 인한 상실에 비해 복잡한 슬픔을 느끼면서도 자신의 어려움을 다른 사람과 공유하지 않은 채로 외로움 속에 살아가고 다른 이유로 상실을 경험한 사람보다 우울과 자살생각에 노출될 위험이 더 높다[4]. 자살 장면을 직접 목격하거나 가깝게 지내던 사람을 자살로 잃는 것은 자살생존자에게는 외상 경험이 될 수 있다[3]. 외상은 사고, 강간 또는 자연재해와 같은 끔찍한 사건으로 이러한 경험을 한 개인은 특징적인 정서적 반응을 보인다. 예를 들면, 사건에 대한 기억이 자신의 의도와 상관없이 생각나고, 그 사건을 기억나게 하는 사람과 장소, 물건, 대화를 피하며, 쉽게 짜증내거나 화내며 과도하게 놀라거나 수면 문제가 발생할 수 있다[5]. 자살로 가까운 사람을 잃은 생존자들의 경우가 많지 않았던 사람들보다 과도하게 분노하며, 회피 행동, 주의 집중 문제 등 외상 후 스트레스 증상을 호소하는 것으로 보고되고 있다[6]. 우리나라 자살 생존자를 조사한 결과에 따르면, 자살 생존자가 된 이후 일반 질환으로 의료 서비스를 이용한 경험은 약 4배 증가하였고, 정신과 질환으로 인한 의료 서비스 이용 경험은 4.6배 증가하였다. 특히, 자살 생존자들은 생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 행동 증후군, 기분장애, 신경증, 스트레스와 연관된 신체형 장애 등으로 진료를 받았다[7]. 이처럼 자살 생존자는 상실로 인한 슬픔뿐만 아니라 자살이라는 외상 경험으로 인한 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 그동안 자살 예방을 위한 중재는 주로 자살시도자와 자살유가족을 중심으로 이루어지고 있다. 자살예방의 효과를 높이기 위해서는 자살 시도자와 자살유가족뿐만 아니라 자살 관련 외상을 경험한 대상자에 대해서도 사회적 관심을 가져야 할 것이다. 따라서 다양한 간호 현장에서 자살예방 중재를 계획하거나 자살예방 정책을 수립할 때 대상자의 자살 관련 외상 경험과 자살 관련 행동 특성을 파악할 필요가 있다.

자살예방 사업을 계획할 때 일반인이 자살에 대하여 어떻게 생각하고 있는지 자살에 대한 태도를 확인하는 것이 중요하다[8]. 자살에 대한 태도는 자살과 관련된 생각과 자살을 계획하

고 시도하는 자살 행동에 지속적으로 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다[9,10]. 자살에 대한 태도는 개인이 자살을 결정하고 선택할 수 있다고 생각하는 허용적인 수준에서부터 자살을 시도하는 것은 충동적이고 부정적인 행동이라고 보는 태도까지 다양하다. 그동안 보고된 연구에서도 자살에 대한 허용적인 태도는 자살률, 자살시도율과 정적 상관관계가 있으며 자살시도율과 자살, 그리고 자살에 대한 태도 사이의 관계는 매우 다양하고 복합적인 관련요인들이 영향을 준다고 하였다[8,11,12]. 또한, 자살에 대한 태도와 자살사고, 자살시도 등 자살과 관련된 행동들은 각 개인의 가치관이나 신념, 종교, 교육, 가족관계에 따라 차이가 날 수 있을 뿐 아니라 대중 매체나 사회 문화적인 환경에 따라서 쉽게 영향을 받기 때문에 자살 예방대책을 수립하고자 할 때는 자살시도 행동에 영향을 줄 수 있는 요인들에 대한 폭넓은 이해가 필요하다[8,10-12].

우울은 자살 행동과 깊은 관련이 있으며 위험요인으로 영향을 주고 있음이 확인되었다[10]. 한국종합사회조사 자료를 활용한 연구에서[10] 우울한 사람이 자살에 대해 허용적인 태도를 보일수록 자살 위험성이 높다는 것이 확인되었다. 우리나라 성인 중에서 우울감이 높을 경우, 지각된 스트레스가 심한 경우, 고령층, 저학력, 미혼 집단이 자살사고를 자주 하는 고위험 집단으로 보고되었다[13]. 특히, 자살로 인해 가까운 사람을 잃은 자살 관련 외상을 경험한 대상자는 자연사보다 감정적 고통이 매우 심하다. 이들이 온라인상에 작성한 글을 보면, 죽음과 관련된 단어, 분노와 슬픔과 관련된 단어가 많은 것으로 보고되었다[14]. 자살 관련 외상을 경험한 대상자들은 다른 원인으로 사별을 경험한 대상자들보다 우울의 지속시간과 강도가 더 심한 것으로 보고되고 있다[15].

자기효능감은 행동 변화를 일으킬 수 있는 자신의 능력에 대한 개인의 신념이다[16]. 자살 외상을 경험한 대상자들은 윤리적인 죄책감과 사회적 낙인 등으로 인해 고립된 생활을 하고 사회활동이 위축되면서[14] 자기효능감이 감소할 수 있다. 자기효능감과 자살사고의 관계를 조사한 연구결과에 따르면, 자살사고가 없었던 집단을 2년 동안 추적 조사한 연구결과, 자살사고가 8.2% 증가하였다. 이 중 자살사고를 가지게 된 대상자들은 자기효능감이 2배 낮게 나타났으며, 이외에도 주관적 건강상태가 나쁘고, 주관적 경제상태가 열악하며, 우울한 기분이 강한 것으로 나타났다[17]. 따라서 자살예방을 위해 자기효능감을 증진시키는 것은 중요한 과제가 될 수 있다.

사회적 지지는 인간의 건강 및 심리 상태에 영향을 미치는 중요한 변수로서 실제로 제공 받는 사회적 지지와 개인이 지각하는 사회적 지지, 이러한 지지자원을 개인이 활용할 수 있는

## 연구방법

### 1. 연구설계 및 연구대상

본 연구는 일반 성인을 대상으로 자살과 관련된 외상 경험과 자살 관련 특성, 자살에 대한 태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 정도를 파악하고 이들 간의 관련성을 확인하고자 하는 서술적 조사연구이다. 본 연구는 20~59세까지의 일반 성인 500명을 대상으로 2018년 5월 온라인 설문을 진행하였다. 자살과 관련하여 성비를 고려한 의도 표집이나 추가 표집은 시행하지 않았다. 이 중 주요 변수의 일부 항목에서 응답하지 않은 59명을 제외하고, 총 441명을 분석하였다. 자료수집은 7일 동안 이루어졌으며 일일 평균 70~100명이 조사에 참여하였다. 설문조사 시 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 대한 동의를 구하였다. 상관관계 분석에 필요한 연구 표본의 최소 크기를 확인하기 위하여 G\*Power 3.17 프로그램을 이용하였고 중간 효과크기 0.15, 유의수준 .05, 검정력 .80을 적용한 결과 최소 343명이 필요하였다. 본 연구의 자료조사 방법인 온라인 조사의 특성상 탈락률이 높을 것을 예상하여 500명을 대상으로 시행하였다. 조사 대상자의 불필요한 설문 경험을 최소화하고자 온라인 설문에 응한 대상자를 실시간으로 확인하여 500명이 맞춰진 시점에서 설문조사를 종료하였다.

### 2. 연구도구

#### 1) 자살 관련 특성

자살 관련 특성은 Ahn 등[21]의 연구에서 사용된 도구를 검토하여 연구목적에 맞도록 자살 관련 외상 경험 유무, 자살 시도 유무, 자살 관련 미디어 이용 문항 등으로 수정·보완하여 사용하였다. 구체적인 내용은 부모님, 형제/자매, 자녀, 배우자 및 애인, 친척, 친구 등 가까운 사람이 자살로 생명을 잃거나 자살 시도를 했는지, 자살 관련 기사를 관심 있게 읽는지, 읽는다면 그 이유가 무엇인지, 자살 시도, 자살 사고, 자살 사고 이유와 전문가 상담과 관련된 것이었다.

#### 2) 자살에 대한 태도

자살에 대한 태도 척도는 Renberg와 Jacobsson [22]이 개발하고, Ahn 등[21]이 번안하고 Kim 등[12]이 한국 성인을 대상으로 수정한 자살태도(Attitudes Toward Suicide, ATTS) 도구를 사용하였다. Kim 등[8]의 자살태도 도구는 일반 성인을 대상으로 자살에 대한 태도를 반영하여 타당도와 신뢰도가

대상자의 능력에 따라 달라질 수 있다[18]. 남녀 중고생 1,022명을 대상으로 시행한 자살사고의 위험요인과 보호요인에 대한 조사 결과, 사회적 지지가 높을수록 자살사고는 감소하여 대표적인 보호요인으로 확인되었다[19]. 또한 한국 성인의 경우, 미혼이 기혼보다 1.48배 자살사고가 높았고, 이혼 및 별거 중인 대상자의 자살사고가 가장 높은 것으로 나타났다[13]. 이는 가족의 지지체계가 약한 대상자들의 자살사고에 대한 취약성이 확인된 것으로 사회적 지지 또한 자살예방과 자살사고 위험군의 식별을 위한 중요한 변수로 활용될 수 있다.

지금까지 진행된 자살 관련 외상을 경험한 대상자 관련 연구는 심리상담 분야에서 활발하게 진행되고 있고, 간호학 분야에서는 미미한 실정이다[20]. 자살태도, 자살 관련 요인과의 관련성, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 중요성에 대한 연구는 청소년 및 한국 성인을 대상으로 연구가 진행되어 왔으나 [8,11-13,17,19] 자살 관련 외상 경험에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다. 또한, 자살 생존자의 경우 자살과 관련된 외상으로 인하여 지연된 슬픔, 낙인으로 인한 외로움 등을 경험하고 자살사고의 위험이 높아[4] 자살예방 관련 중재를 계획할 때 관심을 가져야 하는 고위험군임에도 불구하고 자살예방 실무 영역에서 자살 생존자가 겪는 외상 경험에 대한 이해가 미흡하다.

이에 본 연구에서는 한국 성인을 대상으로 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 관계를 알아보려 한다. 본 연구결과는 자살예방을 위한 전략과 간호중재 개발 그리고 자살예방의 정책적 방향을 모색하는 데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

### 2. 연구목적

- 자살 관련 외상 경험에 따른 일반적 특성, 우울, 자기효능감, 사회적 지지를 파악하고 외상 경험 유무에 따른 변수의 차이를 확인한다.
- 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 자살 관련 특성의 차이를 확인한다.
- 자살 관련 외상 경험을 구분하여, 일반적 특성, 자살 관련 특성에 따른 자살태도의 차이, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 차이를 파악한다.
- 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 상관관계를 파악한다.

검증되었다. 본 도구는 총 16문항으로, 각 문항은 ‘매우 동의하지 않음’ 1점에서 ‘매우 동의함’ 5점으로 구성된 5점 Likert 척도이다. 하위영역은 ‘수용(acceptability)’, ‘이해(understandability)’, ‘금지(tabooing)’로 분류된다. 자살에 대한 태도는 각 영역에 따라 점수가 높을수록 해당 영역의 자살태도가 높음을 의미한다. Renberg와 Jacobsson [22]의 37개 문항에 대한 Cronbach’s  $\alpha$  는 .60이었고, Kim 등[8]의 연구와 본 연구에서 사용된 16개 문항에 대한 Cronbach’s  $\alpha$  는 .82였다.

### 3) 우울

우울 척도는 Radloff [23]가 개발하고 Cho와 Kim [24]이 수정·보완한 Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)을 사용하였다. CES-D는 공공영역 자료로 저작권이 없으며 자유롭게 연구에 사용할 수 있는 도구이다. Cho와 Kim [24]의 CES-D 도구는 일반인을 대상으로 우울 정도를 측정할 수 있도록 구성되어 타당도와 신뢰도가 검증되어 사용되고 있다. 총 20문항으로, 각 문항은 ‘극히 드물었다’ 0점에서 ‘대부분 그랬다’ 3점의 4점 Likert 척도로 구성되었다. 총 점수는 0~60점이며, 점수가 높을수록 우울이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  는 .90이었으며[23], 본 연구에서는 .94였다.

### 4) 자기효능감

자기효능감 척도는 Sherer 등[16]이 개발하고 Hong [25]이 수정·보완한 자기효능감(Self-efficacy Scale) 도구를 사용하였고, 한글로 변안한 저자의 승인을 거쳤다. Hong [25]의 자기효능감 도구는 일반적인 상황에서의 자기효능과 사회적 자기효능감을 반영하고 남녀 대학생을 표본으로 하여 타당도와 신뢰도가 검증되어 사용되고 있다. 총 23개 문항으로, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점의 Likert 척도로 구성되었다. 총 점수는 23~115점이며, 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  는 .90이었으며[16], 본 연구에서는 .91이었다.

### 5) 사회적 지지

사회적 지지 척도는 Park [18]의 사회적 지지 지각척도를 사용하였고, 저자의 승인을 거쳤다. 총 25문항으로 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점의 Likert 척도로 구성되었다. 총 점수는 25~125점이며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  는 .93이었으며[18], 본 연구에서는 .97이었다.

## 3. 자료수집

본 연구의 자료수집은 2018년 5월에 이루어졌으며, 전국의 성인들이 참여할 수 있도록 전문 여론조사 기관에 의뢰하여 온라인 설문을 실시하였다. 이 업체는 100여개의 채널을 통해서 대상자를 보유하고 있으며 실명 인증을 통해 중복가입을 방지하고 있다. 본 연구의 대상에 해당되는 성인들에게 문자와 이메일을 통해서 본 연구에 대하여 개별적으로 정보를 제공하게 된다. 대상자들에게 연구의 목적과 절차, 철회 가능성, 기대효과 등을 지면을 통해서 충분히 설명하였고, 연구참여에 자발적으로 동의한 성인에게 온라인 서면동의를 받은 뒤 설문을 실시하였다. 설문 응답 시간은 15~20분이었다. 설문완료 시 대상자는 소정의 보상을 제공받게 되며 본인이 원하지 않을 경우 언제든지 철회가 가능하도록 하였다. 연구대상자의 사생활과 비밀 유지를 위해 설문결과는 개인 식별이 불가능한 파일로 자동으로 처리되었다.

## 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 통계 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여, 다음과 같이 분석하였다.

- 자살 관련 외상 경험에 따른 일반적 특성, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 정도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 확인하였다.
- 대상자의 자살 관련 외상 경험에 따른 일반적 특성, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 차이는  $\chi^2$  test, independent t-test, one-way ANOVA와 Scheffé tests 사후 분석으로 확인하였다.
- 대상자의 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 자살 관련 특성의 정도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 확인하였다.
- 대상자의 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 자살 관련 특성의 차이는  $\chi^2$  test, Fisher’s exact test, independent t-test로 분석하였다.
- 대상자의 자살 관련 외상 경험 유무를 구분하여 일반적 특성 및 자살 관련 특성에 따른 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 평균 차이는 t-test, one-way ANOVA로 분석한 후 Scheffé test로 사후 검정을 실시하였다.
- 대상자의 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 상관관계는 Pearson’s correlation coefficient로 분석하였다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자의 윤리적 측면을 보호하기 위하여 일개 소속 대학교 기관생명윤리위원회의 승인(No. 1040460-A-2018-001)을 받은 후 자료를 수집하였다. 설문에 참여하기 전에 연구참여에 관한 동의서를 구하고, 동의하는 경우에만 설문을 시작할 수 있도록 하였다. 최소한의 위험성을 내포하고 있는 온라인 조사이지만 응답자의 권리 및 보호와 관련하여 면접원의 설명 없이 자가 기입으로 이루어지므로 설문지 문항으로 인하여 응답자의 권리를 침해하는 것을 예방하자, 설문의 모든 질문에 '무응답'과 '응답하고 싶지 않음'을 보기로 허용하였고, 설문조사가 끝난 뒤 응답자가 설문조사를 철회할 수 있는 옵션을 제공하였다. 또한 설명문에 어떠한 경우여라도 연구대상자에 관한 개인정보를 유출하지 않겠다는 내용을 첨부하였다. 연구대상자의 응답 결과는 설문 종료 후 컴퓨터 시스템을 통해 개인 식별이 불가능하도록 자동 처리된다는 것과 연구대상자의 설문결과 자료는 연구 종료 후 3년 간 보관하고 보관 기간이 종료된 후 자료는 영구 삭제할 것임을 고지하였다. 모든 연구도구는 사용에 대한 허락을 획득하였다.

## 연구결과

### 1. 자살 관련 외상 경험에 따른 일반적 특성, 우울, 자기효능감, 사회적 지지 차이

본 연구대상자 441명에 대한 일반적 특성은 Table 1과 같다. 자살 관련 외상을 경험한 대상자는 154명(34.9%), 외상을 경험하지 않은 대상자는 287명(65.1%)이었다. 50.8%는 남성이었고 여성은 49.2%였으며 80.7%가 고졸이었고, 56.7%가 기혼자였고, 45.1%는 종교를 가지고 있었다. 대상자의 우울 점수는  $15.79 \pm 11.56$ , 자기효능감  $75.35 \pm 11.63$ , 사회적 지지는  $85.06 \pm 15.25$ 였다. 자살 관련 외상 경험에 따른 일반적 특성에서의 차이는 성별을 포함하여 나타나지 않았다.

### 2. 자살 관련 외상 경험에 따른 자살태도, 자살 관련 특성의 차이

자살 관련 외상을 경험한 대상자 집단은 자살을 선택한 행동에 대해 '이해'하는 태도를 보였으며( $\chi^2 = -3.41, p = .001$ ), 자살시도( $\chi^2 = 19.65, p < .001$ )와 자살사고( $\chi^2 = 14.33, p < .001$ )에서 자살 관련 외상 경험이 없는 대상자와 차이를 보였다.

이들은 정신과 상담( $\chi^2 = 4.80, p = .045$ ), 자살 관련 기사를 읽는 것( $\chi^2 = 9.02, p = .003$ )과 자살 방법을 알기 위함( $\chi^2 = 6.90, p = .016$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 2).

### 3. 자살 관련 외상 경험, 일반적 특성, 자살 관련 특성에 따른 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지 차이

#### 1) 자살 관련 외상 경험, 일반적 특성, 자살 관련 특성에 따른 자살태도 차이

자살 관련 외상 경험과 일반적 특성, 자살 관련 특성에 따른 자살태도의 차이는 Table 3과 같다. 자살 관련 외상을 경험한 대상자 집단에서 자살을 합리적 해결책으로 생각하는 '수용'하는 태도에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 변수는 연령, 결혼상태, 주거형태였다. 특히, 20대( $3.00 \pm 0.78$ )가 40대( $2.50 \pm 0.83$ )보다 더 '수용'하는 태도를 보였고, 결혼하지 않은 대상자가( $2.92 \pm 0.71$ ) 결혼한 대상자( $2.63 \pm 0.74$ )에 비해 '수용'하는 태도를 보였다. 자살 관련 외상 경험이 없는 대상자의 경우, 통계적으로 유의한 차이를 보인 변수는 연령, 결혼상태, 종교, 자살 시도 유무, 자살사고 유무, 정신과 상담 유무였다. 특히, 20대( $2.97 \pm 0.66$ )가 30대( $2.60 \pm 0.72$ ), 40대( $2.64 \pm 0.68$ ), 50대( $2.47 \pm 0.66$ )보다 더 '수용'하는 태도를 보였다(all  $p < .05$ ).

자살 관련 외상 경험이 있는 대상자 집단의 경우, 자살에 대하여 '이해'하는 태도에 통계적으로 유의한 차이를 보인 변수는 연령, 결혼상태, 자살사고 유무, 정신과 상담 여부였다(all  $p < .05$ ). 20대( $3.94 \pm 0.51$ )가 40대( $3.47 \pm 0.65$ )보다 더 '이해'하는 태도를 보였고, 결혼하지 않은 대상자( $3.81 \pm 0.58$ )가 그렇지 않은 경우에 비해 더 '이해'하는 태도를 보였다. 자살 관련 외상 이 없는 대상자 집단에서는 연령, 종교유무, 자살사고 유무, 정신과 상담 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 20대( $3.60 \pm 0.61$ )가 50대( $3.23 \pm 0.71$ )보다, 종교를 가진 대상자( $3.53 \pm 0.60$ )가 종교를 가지지 않은 대상자( $3.30 \pm 0.71$ )보다 더 자살을 '이해'하는 태도를 보였다.

자살 관련 외상 경험이 있는 대상자 집단에서 자살 선택을 '금지'시 하는 태도에 유의미한 차이를 보인 변수는 성별, 직업 상태였다(all  $p < .05$ ). 여자( $2.69 \pm 0.59$ )보다 남자( $2.92 \pm 0.81$ )가, 자살사고 경험이 없는 대상자( $2.77 \pm 0.67$ )가 자살사고 경험이 있는 대상자( $2.59 \pm 0.63$ )보다 더 '금지'시 하는 것으로 나타났다. 자살 관련 외상 경험이 없는 대상자 집단에서는 자살 시도 유무, 자살사고 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ).

**Table 1.** General Characteristics, Depression, Self-efficacy, and Social Support of Trauma and Non-trauma Groups (N=441)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	Trauma	Non-trauma	$\chi^2$ or t (p)	
			(n=154)	(n=287)		
			n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Sex	Male	224 (50.8)	77 (50.0)	147 (51.2)	0.06 (.842)	
	Female	217 (49.2)	77 (50.0)	140 (48.8)		
Age (year)	20~29	110 (24.9)	37 (24.0)	73 (25.4)	0.75 (.861)	
	30~39	111 (25.3)	36 (23.4)	75 (26.1)		
	40~49	110 (24.9)	40 (26.0)	70 (24.4)		
	50~59	110 (24.9)	41 (26.6)	69 (24.1)		
Education level	≤ High school	356 (80.7)	124 (80.5)	232 (80.8)	0.01 (.515)	
	≥ College	85 (19.3)	30 (19.5)	55 (19.2)		
Marital state	Married	250 (56.7)	94 (61.0)	156 (54.4)	1.82 (.191)	
	Unmarried	191 (43.3)	60 (39.0)	131 (45.6)		
Religion	Yes	199 (45.1)	66 (42.9)	133 (46.3)	0.49 (.547)	
	No	242 (54.9)	88 (57.1)	154 (53.7)		
Current employment	Current	327 (74.1)	116 (75.3)	211 (73.5)	0.17 (.733)	
	None or past	114 (25.9)	38 (24.7)	76 (26.5)		
Living arrangement	Living with others	370 (83.9)	135 (87.7)	235 (81.9)	2.48 (.135)	
	Living alone	71 (16.1)	19 (12.3)	52 (18.1)		
Household income (10,000 won)	< 250	77 (18.1)	29 (19.6)	48 (17.3)	0.37 (.833)	
	250~399	116 (23.7)	40 (23.0)	76 (24.1)		
	≥ 400	248 (58.2)	85 (57.4)	163 (58.6)		
Smoking	Yes	110 (24.9)	40 (26.0)	70 (24.4)	0.13 (.730)	
	No	331 (75.1)	114 (74.0)	217 (75.6)		
Drinking	Yes	298 (67.6)	110 (71.4)	188 (65.5)	1.61 (.205)	
	No	143 (32.4)	44 (28.6)	99 (34.5)		
Regular exercise	Yes	166 (37.6)	67 (43.5)	99 (34.5)	3.47 (.065)	
	No	275 (62.4)	87 (56.5)	188 (65.5)		
Taking medicine	Yes	64 (14.5)	24 (15.6)	40 (13.9)	0.22 (.671)	
	No	377 (85.5)	130 (84.4)	247 (86.1)		
Depression		15.79±11.56	17.30±11.90	14.99±11.32	-2.01 (.045)	
Self-efficacy		75.35±11.63	75.54±12.87	75.25±10.93	-0.25 (.802)	
Social support		85.06±15.25	84.21±14.84	85.51±15.48	0.86 (.392)	

## 2) 자살 관련 외상 경험, 일반적 특성, 자살 관련 특성에 따른 우울, 자기효능감, 사회적 지지 차이

자살 관련 외상 경험이 있는 대상자(17.30±11.90)가 자살 관련 외상 경험이 없는 대상자(14.99±11.32)보다 우울 점수가 높게 나타났다( $t=-2.01, p=.045$ )(Table 1). 또한 자살 관련 외상 경험 유무와 일반적 특성 및 자살 관련 특성에 따른 우울, 자기효능감, 사회적 지지는 Table 4와 같다. 자살 관련 외상 경험 대상자 집단의 우울 점수는 연령, 흡연, 자살 시도 유무, 자살 사고 유무, 정신과 상담 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가

있었다(all  $p < .05$ ). 20대(22.24±10.80)가 50대(13.00±10.60)보다 더 우울 점수가 높았다. 외상을 경험하지 않은 대상자 집단에서는 교육수준, 주거형태, 가계수입, 자살 시도 유무, 자살 사고 유무, 상담 경험 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 전문대 이상 학력을 가진 대상자(18.69±12.80), 혼자 사는 대상자(18.58±10.67), 자살 사고 경험이 있는 대상자(17.66±11.21), 정신과 상담을 받은 경험이 있는 대상자(23.07±9.44)가 각각 그렇지 않은 경우에 비해 우울 점수가 더 높았다. 자기효능감은 자살 관련 외상 경험한 대상자 집단의 성별, 연령, 결혼상태, 종교,

**Table 2.** Suicide Attitude and Suicide related Characteristics of Trauma and Non-trauma Groups (N=441)

Variables	Categories	Total	Trauma (n=154)	Non-trauma (n=287)	$\chi^2$ or t (p)
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	
Suicide attitude	Factor 1 (Acceptability)	2.70±0.71	2.74±0.74	2.67±0.70	-0.98 (.326)
	Factor 2 (Understandability)	3.50±0.67	3.65±0.66	3.42±0.66	-3.41 (.001)
	Factor 3 (Tabooing)	2.73±0.68	2.80±0.71	2.68±0.66	-1.75 (.081)
Suicide attempt	Yes	51 (11.6)	32 (20.8)	19 (6.6)	19.65
	No	390 (88.4)	122 (79.2)	268 (93.4)	(<.001)
Suicide thought	Yes	238 (54.0)	102 (66.2)	136 (47.4)	14.33
	No	203 (46.0)	52 (33.8)	151 (52.6)	(<.001)
Experience counseling	Yes	30 (6.8)	16 (10.4)	14 (4.9)	4.80
	No	411 (93.2)	138 (89.6)	273 (95.1)	(.045)
Reading the news related suicide	Yes	170 (38.5)	74 (48.1)	96 (33.4)	9.02
	No	271 (61.5)	80 (51.9)	191 (66.6)	(.003)
<b>Reasons for reading suicide's news</b>					
To know the suicide method	Yes	17 (3.9)	11 (7.1)	6 (2.1)	6.90
	No	424 (96.1)	143 (92.9)	281 (97.9)	(.016)
To know the cause	Yes	110 (25.2)	45 (29.2)	66 (23.0)	2.06
	No	331 (74.8)	109 (70.8)	221 (77.0)	(.168)
Headline	Yes	48 (10.9)	16 (10.4)	32 (11.1)	0.06
	No	393 (89.1)	138 (89.6)	255 (88.9)	(.874)
To know the person	Yes	37 (8.4)	18 (11.7)	19 (6.6)	3.35
	No	404 (91.6)	136 (88.3)	268 (93.4)	(.073)
To know place <sup>†</sup>	Yes	11 (2.5)	6 (3.9)	5 (1.7)	1.91
	No	430 (97.5)	148 (96.1)	282 (98.3)	(.203)
Concerning issue <sup>†</sup>	Yes	10 (2.3)	6 (3.9)	4 (1.4)	2.83
	No	431 (97.7)	148 (96.1)	283 (98.6)	(.104)
<b>The reasons of suicide thought</b>					
Family problem	Yes	60 (13.6)	24 (15.6)	36 (12.5)	0.79
	No	381 (86.4)	130 (84.4)	251 (87.5)	(.385)
Economic problem	Yes	60 (13.6)	26 (16.9)	34 (11.8)	2.16
	No	381 (86.4)	128 (83.1)	253 (88.2)	(.148)
Academic achievement, career problem	Yes	17 (3.9)	8 (5.2)	9 (3.1)	1.15
	No	424 (96.1)	146 (94.8)	278 (96.9)	(.306)
Job problem <sup>†</sup>	Yes	3 (0.7)	2 (1.3)	1 (0.3)	1.34
	No	438 (99.3)	152 (98.7)	286 (99.7)	(.280)
Mental health problem	Yes	12 (2.7)	5 (3.2)	7 (2.4)	0.25
	No	429 (97.3)	149 (96.8)	280 (97.6)	(.760)
Separation with lover	Yes	17 (3.9)	8 (5.2)	9 (3.1)	1.15
	No	424 (96.1)	146 (94.8)	278 (96.9)	(.306)
Physical disease problem	Yes	21 (4.8)	8 (5.2)	13 (4.5)	0.10
	No	420 (95.2)	146 (94.8)	274 (95.5)	(.816)
Abuse, violence	Yes	4 (0.9)	2 (1.3)	2 (0.7)	0.40
	No	437 (99.1)	152 (98.7)	285 (99.3)	(.525)
Addiction (alcohol, gambling)	Yes	36 (8.2)	9 (5.8)	27 (9.4)	1.70
	No	405 (91.8)	145 (94.2)	260 (90.6)	(.208)

<sup>†</sup>Fisher's exact test.

**Table 3. Differences in Suicide Attitude of General Characteristics**

(N=441)

Variables	Categories	Factor 1 (Acceptability)						Factor 2 (Understandability)						Factor 3 (Tabooing)					
		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)	
		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)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Sex	Male	2.73±0.72	0.86 (393)	2.77±0.77	0.53 (157)	2.70±0.70	0.69 (493)	3.46±0.68	-1.33 (183)	3.57±0.73	-1.40 (164)	3.40±0.64	-0.60 (458)	2.78±0.73	1.60 (111)	2.92±0.81	2.05 (656)	2.70±0.70	0.45 (656)
	Female	2.67±0.70	(393)	2.71±0.71	(599)	2.64±0.70	(493)	3.54±0.66	(183)	3.72±0.57	(164)	3.44±0.68	(548)	2.67±0.62	(111)	2.69±0.59	(042)	2.67±0.63	(656)
Age <sup>†</sup>	20-29 <sup>a</sup>	2.98±0.70	9.07 (<.001)	3.00±0.78	3.66 (014)	2.97±0.66	7.08 (<.001)	3.71±0.60	5.89 (001)	3.94±0.51	3.83 (011)	3.60±0.61	3.75 (011)	2.70±0.76	0.22 (886)	2.76±0.82	0.24 (868)	2.67±0.73	0.23 (875)
	30-39 <sup>b</sup>	2.68±0.67	<.001	2.85±0.52	(014)	2.60±0.72	<.001	3.47±0.68	(001)	3.63±0.74	(011)	3.40±0.65	(011)	2.70±0.72	(886)	2.80±0.76	(868)	2.65±0.70	(875)
	40-49 <sup>c</sup>	2.59±0.74	a>b,c,d	2.50±0.83	a>c	2.64±0.68	a>b,c,d	3.45±0.64	a>c,d	3.47±0.65	a>c	3.44±0.63	a>d	2.75±0.63		2.88±0.64		2.68±0.61	
	50-59 <sup>d</sup>	2.54±0.68		2.64±0.70		2.47±0.66		3.36±0.70		3.56±0.64		3.23±0.71		2.75±0.61		2.77±0.65		2.74±0.58	
Education level	≤ High school	2.67±0.73	1.42 (157)	2.73±0.77	0.32 (750)	2.64±0.71	1.54 (124)	3.48±0.68	0.98 (330)	3.63±0.66	0.69 (491)	3.41±0.67	0.70 (485)	2.72±0.69	0.56 (579)	2.80±0.73	-0.02 (987)	2.67±0.66	0.72 (474)
	> College	2.80±0.63	(157)	2.78±0.63	(750)	2.80±0.63	(124)	3.56±0.63	(330)	3.72±0.66	(491)	3.48±0.60	(485)	2.76±0.65	(579)	2.80±0.64	(987)	2.74±0.65	(474)
Marital state	Married	2.59±0.70	-3.80 (<.001)	2.63±0.74	-2.41 (017)	2.56±0.68	-3.04 (003)	3.46±0.67	-1.54 (123)	3.54±0.69	-2.47 (015)	3.40±0.66	-0.46 (648)	2.79±0.63	2.38 (020)	2.87±0.67	1.60 (112)	2.74±0.60	1.64 (101)
	Unmarried	2.84±0.71	<.001	2.92±0.71	(017)	2.81±0.71	(003)	3.56±0.66	(123)	3.81±0.58	(015)	3.44±0.66	(648)	2.64±0.73	(020)	2.69±0.76	(112)	2.61±0.71	(101)
Religion	Yes	2.57±0.79	3.40 (001)	2.66±0.90	1.15 (251)	2.52±0.72	3.41 (001)	3.39±0.72	3.20 (001)	3.56±0.70	1.34 (183)	3.30±0.71	2.95 (003)	2.78±0.69	-1.48 (140)	2.92±0.77	-1.86 (065)	2.70±0.63	-0.51 (614)
	No	2.80±0.63	(001)	2.81±0.59	(251)	2.80±0.65	(001)	3.59±0.61	(001)	3.71±0.62	(183)	3.53±0.60	(003)	2.68±0.67	(140)	2.71±0.65	(065)	2.66±0.68	(614)
Current employment	Current	2.65±0.70	2.54 (011)	2.70±0.75	1.10 (271)	2.61±0.67	2.38 (018)	3.47±0.66	1.55 (121)	3.60±0.67	1.39 (167)	3.40±0.64	1.02 (307)	2.74±0.69	-1.03 (305)	2.87±0.74	-2.18 (031)	2.67±0.65	0.41 (680)
	None or past	2.84±0.73	(011)	2.86±0.71	(271)	2.83±0.75	(018)	3.58±0.69	(121)	3.77±0.62	(167)	3.49±0.71	(307)	2.67±0.64	(305)	2.59±0.56	(031)	2.71±0.67	(680)
Living arrangement	Living with others	2.65±0.71	-2.92 (004)	2.69±0.71	-2.17 (032)	2.63±0.71	-2.18 (030)	3.49±0.68	-0.35 (730)	3.62±0.66	-1.17 (245)	3.42±0.68	0.01 (991)	2.74±0.65	0.91 (364)	2.82±0.68	0.94 (349)	2.69±0.63	0.48 (632)
	Living alone	2.92±0.70	(004)	3.08±0.86	(032)	2.86±0.63	(030)	3.52±0.63	(730)	3.81±0.66	(245)	3.42±0.58	(991)	2.65±0.80	(364)	2.66±0.93	(349)	2.64±0.75	(632)
Household income (10,000 won)	< 250	2.79±0.62	1.15 (318)	2.91±0.67	1.29 (278)	2.72±0.58	0.27 (766)	3.56±0.62	0.65 (524)	3.76±0.65	0.85 (427)	3.44±0.57	0.07 (934)	2.68±0.71	0.37 (689)	2.73±0.83	0.23 (796)	2.64±0.63	0.22 (801)
	250-399	2.68±0.74	(318)	2.77±0.75	(278)	2.63±0.73	(766)	3.50±0.71	(524)	3.68±0.70	(427)	3.41±0.70	(934)	2.70±0.65	(689)	2.81±0.57	(796)	2.65±0.68	(801)
Smoking	> 400	2.65±0.73		2.65±0.77		2.64±0.71		3.46±0.66		3.58±0.65		3.40±0.66		2.75±0.68		2.84±0.74		2.70±0.65	
	Yes	2.73±0.66	-0.59 (557)	2.81±0.72	-0.65 (520)	2.69±0.63	-0.22 (829)	3.54±0.59	-0.81 (418)	3.73±0.67	-0.94 (347)	3.44±0.51	-0.25 (806)	2.70±0.70	0.37 (715)	2.98±0.73	-1.80 (075)	2.55±0.64	1.97 (050)
Drinking	Yes	2.74±0.68	-1.80 (074)	2.76±0.74	-0.53 (594)	2.72±0.65	-1.87 (062)	3.54±0.63	-1.95 (052)	3.68±0.67	-1.08 (280)	3.46±0.59	-1.39 (165)	2.75±0.68	-1.12 (266)	2.84±0.72	-0.95 (346)	2.70±0.66	-0.56 (578)
	No	2.60±0.77	(074)	2.69±0.76	(594)	2.56±0.78	(062)	3.41±0.74	(052)	3.55±0.63	(280)	3.34±0.78	(165)	2.67±0.66	(266)	2.72±0.69	(346)	2.65±0.65	(578)
Regular exercise	Yes	2.76±0.75	-1.39 (165)	2.79±0.82	-0.66 (513)	2.74±0.71	-1.15 (252)	3.47±0.69	0.80 (427)	3.65±0.70	-0.14 (892)	3.34±0.65	1.51 (133)	2.79±0.73	-1.51 (132)	2.89±0.82	-1.43 (154)	2.71±0.65	-0.57 (564)
	No	2.66±0.69	(165)	2.71±0.68	(513)	2.64±0.69	(252)	3.52±0.66	(427)	3.64±0.63	(892)	3.46±0.66	(133)	2.69±0.64	(132)	2.73±0.61	(154)	2.67±0.66	(564)
Taking medicine	Yes	2.61±0.75	1.06 (292)	2.78±0.78	-0.31 (755)	2.50±0.71	1.64 (101)	3.58±0.70	-1.07 (287)	3.93±0.56	-2.37 (019)	3.37±0.70	0.52 (606)	2.65±0.63	0.927 (354)	2.86±0.60	-0.47 (641)	2.53±0.62	1.65 (099)
	No	2.71±0.71	(292)	2.73±0.73	(755)	2.70±0.70	(101)	3.48±0.66	(287)	3.59±0.66	(019)	3.43±0.66	(606)	2.74±0.69	(354)	2.79±0.73	(641)	2.71±0.66	(099)
Suicide attempt	Yes	3.01±0.70	-3.42 (001)	2.94±0.63	-1.73 (086)	3.13±0.81	-3.03 (003)	3.76±0.68	-3.05 (002)	3.80±0.65	-1.50 (136)	3.70±0.75	-1.95 (052)	2.91±0.77	-2.10 (037)	2.76±0.74	0.32 (748)	3.16±0.78	-3.31 (001)
	No	2.65±0.71	(001)	2.69±0.76	(086)	2.64±0.68	(003)	3.46±0.66	(002)	3.60±0.66	(136)	3.40±0.65	(052)	2.70±0.66	(037)	2.81±0.71	(748)	2.65±0.64	(001)
Suicide thought	Yes	2.80±0.68	-3.18 (002)	2.79±0.73	-1.09 (277)	2.80±0.64	-2.99 (003)	3.67±0.58	-5.92 (<.001)	3.76±0.61	-3.07 (003)	3.60±0.56	-4.56 (<.001)	2.65±0.65	2.63 (009)	2.73±0.68	1.82 (071)	2.59±0.63	2.41 (017)
	No	2.58±0.74	(002)	2.65±0.75	(277)	2.56±0.73	(003)	3.30±0.71	<.001	3.42±0.70	(003)	3.26±0.71	<.001	2.82±0.70	(009)	2.95±0.76	(071)	2.77±0.67	(017)
Experience counseling	Yes	2.99±0.75	-2.31 (021)	2.90±0.77	-0.91 (364)	3.08±0.75	-2.26 (025)	3.69±0.78	-1.65 (099)	3.54±0.91	0.69 (490)	3.87±0.58	-2.64 (009)	2.84±0.71	-0.98 (330)	2.84±0.71	-0.25 (805)	2.84±0.74	-0.91 (364)
	No	2.68±0.71	(021)	2.72±0.74	(364)	2.65±0.69	(025)	3.48±0.66	(099)	3.66±0.63	(490)	3.40±0.66	(009)	2.72±0.68	(330)	2.80±0.72	(805)	2.67±0.65	(364)

<sup>†</sup>Scheffé test.



**Table 4. Differences in Depression, Self-efficacy, and Social Support of General Characteristics (N=441)**

Variables	Categories	Factor 1 (Acceptability)						Factor 2 (Understanding)						Factor 3 (Tabooing)					
		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)		Total		Trauma (n=154)		Non-trauma (n=287)	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	tor 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)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Sex	Male	15.09±11.77	-1.29 (197)	15.86±12.21	-1.51 (133)	14.69±11.54	-0.45 (655)	77.05±11.40	3.16 (002)	78.40±11.59	2.82 (005)	76.35±11.27	1.75 (084)	84.46±15.45	-0.84 (401)	84.65±14.27	0.37 (713)	86.73±14.78	-1.30 (194)
	Female	16.52±11.34		18.74±11.48		15.29±11.11		73.59±11.64		72.67±13.51		74.09±10.48		85.68±15.06		83.77±15.46		86.73±14.78	
Age <sup>†</sup>	20-29 <sup>a</sup>	18.66±12.19	6.37 (<.001)	22.24±10.80	5.43 (000)	16.85±12.51	2.47 (062)	71.30±12.11	9.79 (<.001)	69.57±14.03	5.42 (002)	75.05±11.01	5.02 (002)	84.05±14.59	0.86 (463)	84.08±14.05	0.71 (550)	84.04±14.96	0.88 (453)
	30-39 <sup>b</sup>	17.12±11.81		19.81±13.01		15.83±11.06		74.68±11.13		73.89±12.74		72.18±10.34		84.08±15.71		81.30±17.61		85.41±14.66	
	40-49 <sup>c</sup>	15.03±11.30	a, b > d	14.88±11.25	a > d	15.11±11.41		75.97±11.06	c, d > a,	77.92±11.48	a < c,	74.86±10.74	a < d > ad	85.18±16.73		86.02±14.12		84.70±18.14	
	50-59 <sup>d</sup>	12.35±10.01		13.00±10.60		11.97±9.71		79.45±10.85	d > a, c, d	80.05±11.14	d > a	79.10±10.74		86.92±13.83		85.10±13.67		88.00±13.91	
Education level	≤ High school	14.99±11.27	3.01 (003)	16.65±11.99	1.39 (167)	14.11±10.78	2.73 (007)	75.91±11.88	-2.07 (039)	75.80±13.68	-0.51 (613)	75.96±10.82	-2.30 (022)	85.94±14.77	-2.49 (013)	85.38±14.61	-2.01 (046)	86.23±14.87	-1.63 (105)
	≥ College	19.15±12.25		20.00±11.32		18.69±12.80		73.01±10.29		74.47±8.92		72.22±10.96		81.38±16.73		79.37±15.01		82.47±17.63	
Marital state	Married	14.83±11.22	-2.01 (045)	15.95±12.03	-1.78 (078)	14.15±10.68	-1.36 (174)	76.77±11.53	2.96 (003)	77.40±13.35	2.28 (024)	76.39±11.02	1.94 (053)	85.48±16.09	0.66 (510)	84.45±15.70	0.25 (803)	86.09±16.34	0.70 (486)
	Unmarried	17.06±11.92		19.42±11.48		15.98±12.00		73.49±11.54		72.62±13.23		73.88±10.71		84.51±14.10		83.83±13.50		84.82±14.40	
Religion	Yes	15.09±11.82	1.16 (247)	17.14±13.55	0.14 (888)	14.08±10.77	1.27 (206)	77.36±11.45	-3.33 (001)	78.11±13.62	-2.17 (032)	76.99±10.24	-2.54 (012)	85.63±15.69	-0.72 (472)	85.64±15.11	-1.03 (302)	85.63±16.02	-0.12 (904)
	No	16.37±11.34		17.42±10.57		15.77±11.75		73.69±11.54		73.61±12.00		73.74±11.31		84.58±14.90		83.14±14.62		85.41±15.03	
Current employment	Current	15.23±11.36	1.75 (081)	17.00±12.25	0.54 (588)	14.25±10.74	1.84 (067)	76.41±11.39	-3.29 (001)	76.61±12.44	-1.82 (071)	76.30±10.79	-2.76 (006)	85.67±14.62	-1.44 (151)	84.87±14.67	-0.97 (334)	86.11±14.60	-1.10 (273)
	None or past	17.42±12.05		18.21±10.88		17.03±12.64		72.30±11.83		72.26±13.76		72.31±10.84		83.29±16.88		82.18±15.35		83.84±17.67	
Living arrangement	Living with others	15.30±11.73	-2.05 (041)	17.23±12.19	-0.19 (848)	14.19±11.32	-2.55 (011)	75.52±12.02	0.85 (395)	75.57±13.11	0.08 (936)	75.50±11.38	0.98 (329)	85.60±15.39	1.70 (089)	84.36±14.84	0.33 (743)	86.31±15.69	1.87 (063)
	Living alone	18.37±10.39		17.79±9.85		18.58±10.67		74.44±9.36		75.32±11.35		74.11±8.62		82.24±14.27		83.16±15.19		81.90±14.06	
Household income (10,000 won) <sup>†</sup>	<250 <sup>a</sup>	18.19±12.01	7.77 (<.001)	20.00±11.95	2.57 (080)	17.10±12.04	5.28 (006)	72.29±10.82	4.82 (009)	71.38±12.86	2.60 (078)	72.83±9.49	2.30 (102)	79.48±15.44	8.38 (<.001)	79.03±13.63	2.76 (066)	79.75±16.58	5.77 (003)
	250-399 <sup>b</sup>	18.03±12.45		18.65±11.97		17.72±12.77		75.08±10.64		75.79±12.21		74.72±9.84		84.32±17.10		85.15±16.65		83.90±17.43	
Smoking	Yes	13.73±10.52	a, b > c	15.02±11.16		13.06±10.14		76.84±11.89	a < c > a	77.52±12.52		76.49±11.58		87.34±13.78	a < c > a	86.38±14.06		87.84±13.65	a < c > a
	No	17.01±11.98		20.70±12.65		14.90±11.13		76.05±11.42		75.53±11.89		76.36±11.22		82.08±15.65		81.27±15.56		82.54±15.79	
Drinking	Yes	15.82±11.49	-0.08 (941)	16.85±11.73	0.73 (466)	15.22±11.34	-0.48 (633)	75.68±11.12	-0.87 (383)	75.96±11.92	-0.65 (519)	75.52±10.64	-0.58 (560)	85.03±14.52	0.05 (963)	84.48±13.88	-0.36 (718)	85.36±14.91	0.23 (815)
	No	15.73±11.75		18.41±12.38		14.55±11.33		74.65±12.65		74.48±15.08		74.73±11.49		85.10±16.72		83.52±17.16		85.81±16.56	
Regular exercise	Yes	14.67±11.21	1.58 (115)	15.72±10.80	1.45 (148)	13.97±11.47	1.10 (270)	77.40±11.88	-2.90 (004)	78.25±12.01	-2.33 (021)	76.82±11.83	-1.77 (077)	86.95±15.54	-2.04 (042)	86.40±15.05	-1.62 (107)	87.32±15.92	-1.44 (151)
	No	16.47±11.74		18.52±12.61		15.52±11.23		74.11±11.32		73.45±13.19		74.42±10.37		83.91±14.99		82.52±14.53		84.56±15.19	
Taking medicine	Yes	17.27±12.91	-1.10 (271)	20.96±13.10	-1.65 (101)	15.05±12.44	-0.04 (969)	73.86±12.26	1.11 (268)	70.50±11.83	2.11 (036)	75.87±12.21	-0.39 (696)	84.66±15.33	0.23 (821)	82.50±14.55	0.61 (541)	85.95±15.81	-0.19 (847)
	No	15.54±11.32		16.62±11.59		14.98±11.15		75.60±11.52		76.47±12.88		75.14±10.73		85.12±15.26		84.52±14.92		85.44±15.45	
Suicide attempt	Yes	24.78±10.49	-6.15 (<.001)	25.34±12.51	-4.57 (<.001)	23.84±5.88	-3.60 (<.001)	68.98±12.17	4.24 (<.001)	69.22±14.28	3.21 (002)	68.58±7.75	2.78 (006)	76.78±16.41	4.20 (<.001)	75.66±16.56	3.82 (<.001)	78.68±16.42	2.00 (046)
	No	14.62±11.19		15.19±10.83		14.36±11.35		76.18±11.31		77.20±11.99		75.72±10.98		86.14±14.78		86.45±13.55		85.99±15.32	
Suicide thought	Yes	18.58±11.59	-5.68 (<.001)	19.81±12.01	-3.83 (<.001)	17.66±11.21	-3.89 (<.001)	72.53±11.40	5.70 (<.001)	73.62±13.25	2.64 (009)	71.72±9.76	5.44 (<.001)	82.34±14.30	4.12 (<.001)	81.16±14.73	3.72 (<.001)	83.23±13.96	2.38 (018)
	No	12.52±10.67		12.37±10.10		12.58±10.89		78.65±11.05		79.31±11.30		78.42±10.99		88.24±15.74		90.19±13.26		87.56±16.50	
Experience counseling	Yes	24.77±8.78	-4.50 (<.001)	26.25±8.16	-3.28 (<.001)	23.07±9.44	-2.77 (<.001)	69.13±8.95	3.06 (002)	71.62±9.23	1.29 (200)	66.28±8.01	3.19 (002)	78.23±15.50	2.55 (011)	78.81±14.31	1.54 (125)	77.57±17.30	1.98 (049)
	No	15.14±11.48		16.26±11.85		14.57±11.26		75.80±11.68		75.99±13.18		75.71±10.87		85.55±15.13		84.83±14.82		85.92±15.30	

<sup>†</sup> Scheffé test.

자살시도 유무, 자살사고 유무에 따라 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 20대( $69.57 \pm 14.03$ )가 40대( $77.92 \pm 11.48$ ), 50대( $80.05 \pm 11.14$ )보다 낮았다. 자살 관련 외상을 경험하지 않은 대상자의 경우 연령, 교육수준, 종교 자살시도 유무, 자살사고 유무, 상담 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 20대( $72.18 \pm 11.01$ )가 50대( $79.10 \pm 10.74$ )보다 자기효능감이 낮았다.

사회적 지지는 자살 관련 외상을 경험한 대상자의 경우 교육수준, 자살시도 유무, 자살사고 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 자살 관련 외상 경험을 하지 않은 대상자의 경우 가계수입, 자살시도 유무, 자살사고 유무, 상담 경험 유무에서 유의한 차이가 있었다(all  $p < .05$ ). 가계 수입이 400만 원 이상인 경우가 대상자( $87.84 \pm 13.65$ )가 250만 원 미만 대상자( $79.75 \pm 16.58$ )보다 높았다.

#### 4. 자살태도와 우울, 자기효능감, 사회적 지지와의 관계

대상자의 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지와의 상관관계를 분석한 결과는 Table 5와 같다. 자살 관련 외상을 경험한 대상자의 경우, ‘금지’시 하는 자살태도를 가졌더라도 우울과는 정적 상관관계를 보였다( $r = .20, p = .015$ ). 또한 자살에 대해 ‘수용’하는 태도와 사회적 지지가 부적 상관관계를 보였다( $r = -.22, p = .007$ ). 반면에, 외상 경험이 없는 대상자는 우울과 자살을 ‘금지’시 하는 태도와의 상관관계는 유의하지 않았다( $r = .10, p = .079$ ). 사회적 지지는 자살에 대해 ‘수용’하고( $r = -.28, p < .001$ ), ‘이해’하는 태도( $r = -.13, p = .027$ ) 모두 부적 상관관계를 보였다.

**Table 5.** Correlation among Suicide Attitude, Depression, Self-efficacy, and Social Support

(N=441)

Variables	Categories	1	2	3	4	5
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
<b>Total</b>						
Suicide attitude	1. Factor 1 (Acceptability)	1				
	2. Factor 2 (Understandability)	.52 (< .001)	1			
	3. Factor 3 (Tabooing)	.30 (< .001)	.09 (.050)	1		
4. Depression		.32 (< .001)	.24 (< .001)	.15 (.002)	1	
5. Self-efficacy		-.37 (< .001)	-.31 (< .001)	-.05 (.331)	-.60 (< .001)	1
6. Social support		-.26 (< .001)	-.13 (.009)	-.05 (.271)	-.46 (< .001)	.46 (< .001)
<b>Trauma group (n=154)</b>						
Suicide attitude	Factor 1 (Acceptability)	1				
	Factor 2 (Understandability)	.51 (< .001)	1			
	Factor 3 (Tabooing)	.29 (< .001)	.07 (.365)	1		
4. Depression		.37 (< .001)	.29 (< .001)	.20 (.015)	1	
5. Self-efficacy		-.35 (< .001)	-.35 (< .001)	-.10 (.220)	-.61 (< .001)	1
6. Social support		-.22 (.007)	-.10 (.217)	-.05 (.568)	-.48 (< .001)	.41 (< .001)
<b>Non-trauma group (n=287)</b>						
Suicide attitude	1. Factor 1 (Acceptability)	1				
	2. Factor 2 (Understandability)	.53 (< .001)	1			
	3. Factor 3 (Tabooing)	.30 (< .001)	.09 (.146)	1		
4. Depression		.28 (< .001)	.20 (.001)	.10 (.079)	1	
5. Self-efficacy		-.38 (< .001)	-.29 (< .001)	-.01 (.838)	-.61 (< .001)	1
6. Social support		-.28 (< .001)	-.13 (.027)	-.05 (.388)	-.45 (< .001)	.50 (< .001)

## 는 의

본 연구는 전국의 20~59세 일반 성인을 대상으로 자살 관련 외상 경험 유무를 파악하고, 자살 관련 외상 경험과 자살 관련 특성, 자살태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지의 관계를 확인하고자 하였다. 연구대상자의 34.9%가 자살 관련 외상 경험을 한 것으로 나타났으며, 자살 관련 외상 경험이 있는 대상자는 자살시도와 자살사고 경험이 더 많았으며 자살 행동을 '이해'하는 태도를 보였다. 자살 관련 외상 경험이 있는 경우 자살에 대한 태도와 우울은 정적 상관관계가 있었고 자살에 대하여 '수용'하는 태도는 사회적 지지와 부적 상관관계가 있음이 확인되었다.

연구대상자의 34.9%가 가족과 친구 등 가까운 사람을 자살로 잃었다고 응답하여 지역사회에서 자살에 노출된 자살 생존자가 20%로 나타난 Cerel 등[3]의 연구결과를 지지하였다. 우리나라는 매년 8만 명 이상의 자살 관련 외상을 경험한 사람들이 발생하고 있으며, 자살사망자 1명 발생 시 자살 생존자 5~10 명이 나타난다고 볼 때[26], 우리나라는 지난 10년 동안 약 70만 명 이상의 자살 생존자가 발생했을 것으로 추정된다[26]. 그러므로 자살예방 관련 실무자는 자살 관련 외상 경험이 있는 대상자를 고위험군 범주에 포함하고 관리할 필요가 있으며 자살 관련 중재 계획 시 자살 관련 외상 경험이 있는 개인에 따른 맞춤형 중재개발이 필요할 것으로 생각된다. 또한 자살 관련 외상을 경험한 대상자들은 그렇지 않은 대상자보다 자살 관련 뉴스를 더 읽으며, 읽는 이유는 '자살방법을 알고 싶어서'였다. 이는 자살 관련 뉴스가 자살방법에 관한 정보 습득의 수단이 된다는 것을 시사하므로, 언론이 자살 관련 보도 기준을 지킬 것을 강조하고 이를 적극적으로 모니터링해야 할 것이다.

자살 관련 외상을 경험한 대상자는 그렇지 않은 대상자보다 자살 행동을 '이해'하는 태도를 보였다. Kim 등[27]의 연구에서 자살에 대한 수용적 태도는 과거 자살사고 경험이 있는 대상자의 경우 그렇지 않은 대상자에 비해 높게 나타났다. 자살 관련 외상을 경험한 이후 자살사고는 과거에 경험했던 개인적인 외상사건, 현재의 정신건강 상태와 관계가 있다는 결과와 같은 맥락에서 생각해 볼 수 있다[28]. 특히, 자살 관련 외상을 경험한 대상자 중 미혼인 경우, 신체적 및 정신과적 질환으로 약물을 복용하는 경우 자살행동을 더 '이해'하는 태도를 보였다. 또한, 자살을 합리적 방법으로 '수용'하는 대상자들은 자살 관련 외상을 경험한 대상자 중 차이가 있었던 변수는 혼자 사는 미혼이었다. 자살은 충동적이기보다는 자살에 대한 이해 정도가 다양하기 때문에 시간을 두고 발생할 수 있다[27]. 따라서 자살에

방 사업을 진행함에서 결혼 상태, 교육 상태, 직업 유무, 가구형태 등 일반적 특성을 고려할 필요가 있겠다.

자살 관련 외상을 경험한 대상자 중 20대는 우울 점수가 높고 자기효능감은 낮으며, 자살태도에 대해 '수용'하고 '이해'하는 태도를 보였다. Lee 등[28]의 연구결과에 따르면, 19~29세의 초기 성인기 응답자의 71.9%가 한 번 이상의 외상 경험이 있는 것으로 나타났으며, 이 중 34.5%가 2~3번 이상의 외상을 반복적으로 경험한 것으로 나타나 20대를 중심으로 외상 관련 중재가 필요하다. 문제는 이러한 자살 관련 외상을 경험한 20대 초기 성인들이 외상 후 스트레스, 우울, 수면장애, 알코올 사용 등의 문제가 높게 나타난다는 것이다[28]. 또한 낮은 자기효능감은 자살사고와 자살행동의 발생 가능성이 더 높으며[17], 사회적 지지는 자살사고와 부적 상관관계가 있어 보호요인으로 작용할 수 있기 때문에 사회적 지지체계를 강화할 수 있는 개입의 필요성은 지속적으로 강조되고 있다[13,19]. 20대 청년의 심리·정서적 문제 및 대응방안 연구에 따르면, 약 68.7%의 20대 청년들이 정신건강서비스를 이용할 의사가 있다고 응답하였다[29]. 따라서 생애 자립기반을 형성하는 20대를 대상으로 자살 관련 외상 경험으로 인해 발생하는 다른 정신과적 문제를 감소시키기 위하여 연령과 사회·문화적 환경을 고려한 자살예방 사업이 필요하다. 무엇보다 이들을 대상으로 전문가 상담을 포함한 도움을 받을 수 있는 지역사회 정신건강 관련 센터를 적극적으로 홍보할 필요가 있다.

자살 관련 외상을 경험한 대상자들은 외상을 경험하지 않은 대상자에 비해 자살시도와 자살사고에 대한 경험이 더 많은 것으로 확인되었다. 보건복지부 발표에 따르면, 이들은 극도의 스트레스에 시달리고 있으며, 외상 경험이 없는 사람들보다 자살시도 위험률이 8.3배 이상 높다고 하였다[26]. 본 연구결과, 자살 관련 외상 경험자이면서 자살시도와 자살사고를 경험한 대상자들은 우울이 높고, 자기효능감과 사회적 지지가 낮은 것으로 나타났다. 자살 생존자 72명을 대상으로 심층면담 및 설문조사를 시행한 결과, 이들은 우울증 41.7%, 불안장애 31.9%, 의욕저하 75.0%, 스트레스성 질환 23.6% 등의 심각한 정신과적 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 더 심각한 것은 자살 외상을 경험한 이후 자살사고가 58.3%, 실제 자살시도를 시행한 사람이 19.4%로 나타났다[30]. 특히, 우울은 자살사고율을 6.89배 높이는 것으로 보고되고 있어 더욱 관심이 요구된다[13]. 대학생을 대상으로 자살태도와 자살행동 간의 관계를 탐색한 연구[17]에서도 자살시도와 우울증의 높은 상관관계를 보였다. Kim 등[12]은 우울 증상이 자살위험도와 밀접한 관계가 있으며 우울증에 대한 적극적인 대처가 자살 예방에 효과적임을 강

조하였다. 본 연구결과에서 이들은 우울 점수가 더 높고 자살 관련 외상을 경험하지 않은 대상자들보다 상담을 더 많이 받은 것으로 나타났다. 따라서 간호현장에서 자살예방 중재를 계획하거나 지역사회에서 자살예방 정책을 수립할 때 정신과 상담을 받는 대상자 중 자살 관련 외상을 경험한 대상자를 고위험군으로 분류하여 관리할 필요가 있다. 특히, 다양한 임상현장에서 대상자와 가장 가까운 곳에서 돌봄을 제공하는 간호사들의 자살예방 간호 역량을 향상시키기 위한 자살예방 교육을 확대하여 시행할 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 온라인 설문을 통한 자료수집방법의 특성상 인터넷 접근성이나 인터넷 선호도 및 유용성이 높은 성인이 참여하였을 가능성이 있으며 이로 인해 일반 인구를 대표하지 못하는 한계가 있어 결과 해석과 일반화에 신중을 기해야 할 것이다. 둘째, 자살 관련 경험과 건강상태 측정 시 표준화된 측정도구를 사용할 경우 문항수가 많은 문제점이 있어서 표준화된 측정도구를 사용하지 못하였다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 자살에 대한 태도와 자살태도에 영향을 미칠 수 있는 주요 요인들을 확인할 수 있었다. 본 연구결과는 자살예방 전략 수립과 자살예방 간호중재 개발의 기초자료로 활용할 수 있다는 점에서 의의가 있다.

## 결론

본 연구는 자살 관련 외상 경험과 자살 관련 특성, 자살에 대한 태도, 우울, 자기효능감, 사회적 지지 간의 관계를 확인하였다. 자살 관련 외상 경험이 있는 대상자는 그렇지 않은 경우보다 자살시도와 자살사고를 많이 하고 정신과 상담을 더 받았고 자살에 대해 '이해'하는 태도를 보였다. 또한 우울이 높고 자기효능감과 사회적 지지는 낮았다. 자살에 대한 태도는 우울과 정적 상관관계가 있었고 자살에 대해 '수용'하는 태도는 자기효능감과 사회적 지지와 부적 상관관계가 있었다. 자살예방 전략을 수립할 때 자살 관련 외상 경험이 있는 대상자를 자살 관련 고위험군에 포함시켜 자살 고위험군의 범위를 확대하고 자살예방 간호중재 개발 시 대상자의 자살 관련 외상 경험 유무를 확인하고 자살에 대한 태도를 고려하는 것이 필요하다. 또한 다양한 간호 현장에서 대상자를 돌보는 간호사의 자살예방 간호 역량 향상과 효율적인 자살예방 중재 개발을 위하여 간호사를 대상으로 자살예방 교육을 확대할 필요가 있다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

## ORCID

Lee, Soo Jung	<a href="https://orcid.org/0000-0002-5752-7482">https://orcid.org/0000-0002-5752-7482</a>
Kim, Sunah	<a href="https://orcid.org/0000-0001-5922-6598">https://orcid.org/0000-0001-5922-6598</a>
Kim, Go-Un	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7191-5134">https://orcid.org/0000-0001-7191-5134</a>
Park, Jin Young	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7345-5178">https://orcid.org/0000-0001-7345-5178</a>
Keum, Ran	<a href="https://orcid.org/0000-0002-1235-1030">https://orcid.org/0000-0002-1235-1030</a>

## REFERENCES

1. Korea Suicide Prevention Center. 2019 White Book. Annual Report. Seoul: Ministry of Health & Welfare (KR); 2019 January. Report No. ISSN 2508-2485.
2. Statistics Korea. Causes of death statistics in 2018 [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 6]. Available from: <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/8/10/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=371140&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=>
3. Cerel J, Maple M, Aldrich R, van de Venne J. Exposure to suicide and identification as survivor. Results from a random-digital survey. *Crisis*. 2013;34(6):413-419. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000220>
4. Levi-Belz Y, Lev-Ari L. "Let's talk about it": the moderating role of self-disclosure on complicated grief over time among suicide survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(19):3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193740>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Kwon JS, translator. Washington, DC: American Psychiatry Lab; 2013. 991 p.
6. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*. 2004;25(1):12-18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>
7. Jung SH. The socioeconomic burden of suicide and depression in South Korea. Service Report. Seoul: National Center for Mental Health; 2005 November.
8. Kim S, Park JY, Lee SJ, Keum R, Kim GU. Validity and reliability of the Attitudes Towards Suicide (ATIS) scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019;28(4):382-392. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2019.28.4.382>
9. Yoon GS. The influence of attitude toward suicide on suicidal ideation and behavior of Korean college students [master's thesis]. [Jeonju]: Jeonju University; 2016. 44 p.
10. Lee SJ, Moon SM, Lee JM, Yon KJ. The moderating effects of permissive attitude toward suicide and experience of suicide loss on the relationship between depression and suicidality. *Korean Journal of Counseling*. 2015;16(4):23-43. <https://doi.org/10.15703/kjc.16.4.201508.23>

11. Renberg ES, Hjelmeland H, Kuposov R. Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(6):661-675.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.6.661>
12. Kim SW, Kim SY, Kim JM, Suh DW, Shin IS, Kim SJ, et al. A survey on attitudes toward suicide and suicidal behavior in Korea. *Journal of Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*. 2008;14(1):43-48.
13. Park E, Choi SJ. Prevalence of suicidal ideation and related risk factors among Korean adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(2):88-96.  
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.2.88>
14. Lester D. Bereavement after suicide: a study of memorials on the internet. *Journal of Death and Dying*. 2012;65(3):189-194.  
<https://doi.org/10.2190/OM.65.3.b>
15. Park SU. A study of religious influence on mourning emotion of suicide survivors. *Journal of Humanities*. 2017;30:181-208.
16. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*. 1982;51(2):663-671.  
<https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
17. Kobayashi Y, Fujita K, Kaneko Y, Motohashi Y. Self-efficacy as a suicidal ideation predictor: a population cohort study in rural Japan. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2015;5(2):61-71.  
<https://doi.org/10.4236/ojpm.2015.52007>
18. Park JW. A study to development a scale of social support [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1985. 127 p.
19. Shim MY, Kim KH. Risk and protective factors for suicidal ideation of Korean adolescents: moderating effect of sex and developmental period. *Korean Journal of Health Psychology*. 2005;10(3):313-325.
20. Kim Y, Byeon JW. Trends and challenges on research of Korean studies in suicide survivors. *Korean Journal of Psychology: General*. 2016;35(1):43-63.  
<https://doi.org/10.22257/kjp.2016.03.35.1.43>
21. Ahn YM, Park JI, Gi SH, Kim KI, Kim BR, Lee SU, et al. 2013 National survey on suicide. Ministry of Health and Welfare Research Project Report. Seoul: Korea Suicide Prevention Center; 2014 March.
22. Renberg ES, Jacobsson L. Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(1):52-64. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.52.22784>
23. 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.  
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
24. Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D Korean version in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1993;32(3):381-399.
25. Hong HY. The relationships of perfectionism, self-efficacy and depression [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 1995. 73 p.
26. Ministry of Health and Welfare. 80,000 people go back to life for the first time. Author [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 28]. Available from:  
[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=71&CONT\\_SEQ=340910](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=71&CONT_SEQ=340910)
27. Kim Y, Lee S, Kim H, Lee A, Mun KS, Kim SG, et al. Variables affecting to attitudes towards suicide among general adult population in the city of Bucheon. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*. 2016;55(4):376-385.  
<https://doi.org/10.4306/jknpa.2016.55.4.376>
28. Lee K, Jo H, Kim S. Relationships among traumatic experiences, posttraumatic stress symptoms, and mental health-related characteristics in young adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018;27(2):85-97.  
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2018.27.2.85>
29. Kim J, Lee Y, Lee M. Analysis of psychological & emotional problems and countermeasures against young adults in their 20s. Korea Youth Policy Institute Research Report. Seoul: National Youth Policy Institute; 2018 December. Report No. 18-R05.
30. Seoul National University Hospital. Basic research for establishing suicide family support system. 2016 Ministry of Health and Welfare Research Report. Seoul: 2016 Ministry of Health and Welfare; 2016 November. Report No. 11-1352000-001819-01.