

# 한국형 자살 예방정보 이해력(Suicide Literacy) 척도 개발 및 타당도 검증

안 순 태<sup>1</sup> | 이 하 나<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> 이화여자대학교

<sup>2</sup> 연령통합고령사회연구소

\* 교신저자: 이하나  
(hannah21@ewha.ac.kr)

## 초 록

본 연구의 목적은 한국형 자살 예방정보 이해력 척도를 개발하는 것이다. 아직 국내에서 자살 예방정보 이해력 척도가 만들어지지 않은 상태이기 때문에, 서구권에서 개발된 기존 척도 문항들을 기반으로 탐색적 연구를 시도했다. 한편, 본 연구는 이미 개발된 척도를 번안하는 차원에서 한 단계 더 나아가 한국 사회의 자살률 감소에 도움을 줄 수 있는 문항을 구성하는 데 주안점을 두었다. 이를 위해 본 연구는 문헌연구, 전문가 델파이 조사, 일반인 조사 등을 병행하는 단계적 연구 과정을 거쳐 진위형으로 구성된 척도를 개발했다. 본 연구에서는 척도 축소 과정을 거치며 명확한 답을 내리기 어려운 문항들을 삭제했다. 결과적으로, 초기 57개의 문항은 최종적으로 15개로 축소됐으며, 1) 위기대응/예방, 2) 위기신호, 3) 위험요소 등 세 개의 요인을 구성했다. 본 연구에서 개발된 최종 척도는 자살과 관련한 정보 문항들이 배제되고, 위기 신호와 위기대응·예방에 대한 부분이 강화되었다. 본 연구는 한국 사람을 대상으로 자살 예방에 관한 지식을 탐색적으로 조사하고, 이에 대한 측정 도구를 개발한 첫 연구로서 학문적, 실천적 함의를 가진다.

**주요 용어:** 자살, 자살 예방정보 이해력, 정신건강, 척도 개발, 척도 타당화

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 한국 사람들의 자살 예방정보 이해력 수준을 파악하기 위해서는 이를 측정할 수 있는 한국어 도구가 필요하다. 자살 징후와 위험 요인, 위기 시 대처 방법을 의미하는 자살 예방정보 이해력(suicide literacy)은 자살 예방을 위해 반드시 알아야 하는 지식이다. 이에 본 연구는 한국 사회의 자살 예방률을 높이기 위해 모든 한국 사람들이 반드시 알고 있어야 할 정보에 초점을 두고, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도를 개발했다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 본 연구에서 개발된 한국형 자살 예방정보 이해력 척도는 자살 관련 애매한 정보 문항들이 배제되고, 위기 신호와 위기대응·예방에 대한 부분이 강화됐다. 구체적으로, 위기대응·예방을 측정하는 문항이 6개, 위기 신호 4개, 위험요소가 5개로 구성됐다. 본 연구에서 개발한 자살 예방정보 이해력 척도는 일반인들을 대상으로 이들이 평소 자살에 관해 가지고 있던 잘못된 정보나 편견 등을 살펴보고 반영했다는 측면에서 실무적 활용도가 높다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 본 연구에서 개발된 한국형 자살 리터러시 척도는 자살 예방 교육의 효과를 평가하는 데뿐만 아니라 대상별 맞춤형 자살 예방 전략을 수립하는 데에도 사용할 수 있을 것이다. 한편, 본 연구를 통해 척도 타당도가 검증되었긴 하지만, 척도의 설명력을 높이기 위해선 지속적인 수정 및 보완 작업이 요청된다. 국민의 자살 리터러시를 높이는 것은 자살률 감소를 위해 필수적인 작업이기에, 자살 관련 다양한 분야 전문가들의 협조를 통해 문항 보완과 타당도 및 신뢰도를 보완하는 후속 작업이 적극적으로 이루어져야 할 것이다.

이 논문은 2018년도 교육부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2018S1A5A2A01028437).

IRB No. ewha-202106-0015-01

■ 투 고 일: 2021. 07. 30.

■ 수 정 일: 2021. 11. 30.

■ 게재확정일: 2021. 12. 06.

## 1. 서론

자살 징후와 위험 요인, 위기 시 대처 방법은 자살 예방을 위해 반드시 알아야 하는 지식이다. 자살 예방정보 이해력 (suicide literacy)이라고 불리는 해당 개념은 자살 위기 극복 과정에 관여하는 중요한 요인 중 하나로 평가받고 있다 (Calear, Batterham, Trias, & Christensen, 2021). 자살 예방 정보에 대한 이해력이 높은 사람일수록 자살 위기에 처했을 시 도움을 요청하거나, 도와주려는 행동 의도가 높기 때문이다(예: Cruwys, An, Chang, & Lee, 2018; Han, Batterham, Calear, & Ma, 2018). 또한, 자살 예방정보에 대한 이해력은 자살에 대한 오해와 편견을 수정하여 사회적 낙인을 줄이는 데에도 긍정적인 역할을 하는 것으로 밝혀졌다(An & Lee, 2019; Ludwig, Dreier, Liebherz, Härter, & von dem Knesebeck, 2021). 한편, 자살 예방정보 이해력이 상대적으로 낮은 한국 사람들은 자살 위기 상황을 명확히 인지하지 못하는 경우가 많고, 자살 충동을 느끼는 사람에게 ‘같이 술 한잔 하자’ 등 부적절한 조언을 하는 것으로 나타났다(An, Cruwys, Lee, & Chang, 2020).

자살 예방정보 이해력을 높이기 위해서는 국가적 차원의 적극적인 자살 예방 교육이 필요하다(Dueweke & Bridges, 2017). 그러나 한국의 높은 자살률에도 불구하고, 전 국민을 대상으로 한 자살 예방 교육은 미흡하다(김정수, 김지은, 송인한, 2018). 이로 인해 한국 사람들은 자살 생각에 힘들어하는 사람을 보고도 위험에 처해 있다는 생각을 하지 못하는 경우가 많고, 오히려 힘든 상황을 스스로 견디고 이겨낼 것을 당부하기도 한다(An et al., 2020). 자살 징후와 증상에 대한 이해 부족은 자살 위기에 처한 당사자에게도 부정적인 결과를 초래할 가능성이 크다. 일상생활에 지장이 있을 정도로 우울감을 느끼는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살 생각이 25.0%나 더 높지만, 자살 예방을 목적으로 정신건강센터나 상담서비스를 이용하는 경우는 거의 없다. 한국 성인 7명 중 1명은 일년에 1회 이상 자살 충동을 느끼고 있음에도, 이 중 전문가를 찾아 도움을 요청하는 경우는 8.2%에 불과한 것으로 확인됐다(Han et al., 2016). 이는 정신건강 서비스 이용에 대한 사회적 낙인의 영향이기도 하지만, 증상의 심각성을 인지하지 못했기 때문일 수도 있다(Calear et al., 2021). 자살 예방 교육의 부재와 이에 따른 낮은 자살 예방정보 이해력 수준은 잘못된 위기 대처와 자살률 증가로 이어질 수 있다는 점에서, 이에

대한 학문적 제고와 논의가 요청된다.

한국 사람들의 자살 예방정보 이해력 수준을 파악하기 위해서는 이를 측정할 수 있는 한국어 도구가 필요하다. 이에 본 연구는 한국 사회의 자살 예방률을 높이기 위해 모든 한국 사람들이 반드시 알고 있어야 할 정보에 초점을 두고, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도를 개발하고자 한다. 본 연구에서 주목하는 자살 예방정보 이해력은 “정신질환을 인식하고, 관리하며, 예방하는 것에 대한 지식”으로 정의되는 정신건강 이해력(Mental health literacy, Jorm, 2000)에서 파생된 것으로, “자살의 원인과 위험 요인 및 자살 예방을 위해 알고 있어야 하는 대처 방법”에 관한 지식수준을 의미한다(Calear et al., 2021). 국내외적으로 자살 예방정보 이해력의 중요성에 학문적 관심을 두기 시작한 지 얼마 되지 않았기 때문에, 현재 해당 개념에 바탕을 둔 측정 도구는 Calear et al.(2021)이 개발한 것이 유일하다. 이들은 자살에 대한 사실(Revised Facts on Suicide, Hubbard & McIntosh, 1992) 및 정신건강 리터러시 척도(Jorm, 2000)를 참고해, 자살의 원인/자극제(causes/triggers), 신호(signs), 위험 요인(risk factors), 치료 및 예방법(treatment/prevention)에 관한 지식을 평가할 수 있는 도구를 개발했다(Calear et al., 2021). 그러나 자살 예방정보 이해력에 관한 연구가 시작한 지 얼마 되지 않았기 때문에, 측정 척도를 개발하고 타당도를 검증하는 작업이 아직 활발하지 못하다. 물론, 게이트키퍼 교육 이후 효과를 측정하는 목적에서 만들어진 문항이나 자살에 대한 태도 척도에 일부 지식 관련 문항이 포함되어 있긴 하다(Hubbard & McIntosh, 1992; Renberg & Jacobsson, 2003; Smith et al., 2014; Wyman et al., 2008). 그러나 한국적 상황에 맞는 자살 관련 지식측정 도구의 개발에 관한 연구는 상당히 부족하다.

본 연구는 자살 예방에 실질적으로 기여할 수 있는 척도를 만들고자 한다. 호주에서 개발된 자살 예방정보 이해력 척도는 자살 관련 낙인과 부적인 상관관계를 갖는 것으로 보고되는데(Batterham, Calear, & Christensen, 2013), 이는 해당 척도가 갖는 문항적 특성 때문이다. 예를 들어, 자살 낙인은 발병 원인에 대한 개인의 통제성과 책임성에 영향을 많이 받는데(Lee & An, 2016), 해당 척도에는 자살의 원인을 명확히 알고 있는지에 관한 부분이 포함되어 있어 낙인 형성 가능성을 상쇄시킨다. 즉, 자살 예방정보 이해력 척도는 자살 예방에 방해될 수 있는 잘못된 지식이나 편견을 수정할 수 있는 문항들이 포함되며, 이는 해당 척도가 기존 자살 지식측정 도구와

차별화되는 부분이다. 또한, 전문가를 위해 만들어진 척도가 아닌 일반인을 대상으로 한다는 점도 중요하다. 예를 들어, Wyman et al.(2008)은 자살 지식을 측정하기 위해 “목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태는 무엇인가요?”라고 질문한 후 환각/슬픔/분노/수치심/절망감 등 5개를 보기로 제시한다. 이러한 지식은 일반인이 알고 있다고 할지라도 자살 낙인 감소나 자살 위기에 처한 사람을 알아차리는 데 도움이 된다고 보기 어렵다. Smith et al.(2014)이 개발한 지식 척도는 “경계성 인격 장애가 있는 사람은 자살에 대해 자주 논의하거나 제스처를 취하지만 실제로 자살하려는 의도는 없다”, “10~24세의 청소년은 65세 이상의 노인보다 자살 위험이 훨씬 더 크다” 등의 문항을 진위형으로 측정한다. 마찬가지로, 위 척도도 일반인이 이해하기 어렵고, 자살 예방에 관여할 수 있는 지식 정보와는 거리가 있다.

여기에 더해, 본 연구는 한국 사회의 자살률 감소에 도움이 될 수 있는 척도를 개발하고자 한다. 자살은 전 세계적으로 심각한 공중보건 이슈이지만, 자살을 둘러싼 인식과 태도는 사회문화적 특성에 따라 차이를 보인다(Domino, Su, & Shen, 2000). Tzeng & Lipson(2004)의 연구에 따르면, 대만과 같은 가족 중심의 집단주의 문화권에서는 자살을 질병보다 운이 나빠서 발생하는 개인적 사건으로 인식하는 경향이 강하다. 한국 사람들 또한 자살이나 자살 시도자를 대할 때 개인의 성격이나 성향의 문제로 치부하거나, 예방과 치료가 필요한 사회적 질병보다 비윤리적인 행동으로 단순화해버리기도 한다(안순태, 이하나, 2017a). 이에 반해, 호주와 같은 서구권에서는 자살 발생을 비정상적인 정신질환적 문제로 이해하고 있다(Cruwys et al., 2018). 문화마다 국가마다 자살을 바라보는 시각과 자살 시도자를 대하는 태도에 차이가 나타난다는 점은 자살 예방을 위해 배워야 하는 정보가 다름을 의미한다. 무엇보다 자살 예방을 위해서는 객관적인 자살 발생의 원인과 해결 방안을 아는 것도 중요하지만, 적극적 실천 행동이 발생할 수 있도록 자살에 관한 사회적 낙인도 함께 개선되어야 한다(WHO, 2014). 자살 낙인의 문화적 차이를 고려했을 때(안순태, 이하나, 2017a), 자살 예방정보 이해력 척도를 구성하는 문항도 각 문화에 맞게 달라질 필요가 있다.

본 연구의 목적은 호주에서 개발된 자살 예방정보 이해력 척도(Calear et al., 2021)를 참고해, 국내에 적합한 맞춤형 척

도를 개발하는 것이다. 자살은 다른 신체적·정신적 질병과 달리, 사회환경적이고 문화적인 특수성이 많이 반영되어 있다(Lester, 2013). 이러한 점은 자살 위기 신호를 보이거나 대처하는 데 문화마다 더 중요하고 민감하게 고려해야 하는 측면이 달라질 수 있음을 시사한다. 따라서 기존 척도를 그대로 변안하여 이용하기에는 사실상 불완전한 부분이 많다. 무엇보다 호주에서 개발된 자살 예방정보 이해력 척도도 타당도와 신뢰도가 완벽하게 획득된 상태가 아니며, 이에 해당 척도를 개발한 Calear et al.(2021) 역시 문화적 차이에 따라 각 요인에 포함된 문항들의 설명력을 보완하는 연구가 필요하다고 제안했다. 즉, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도의 개발은 국내에 맞는 맞춤형 자살 예방 교육 전략을 수립 및 평가하는 데 필요한 선행과제이다. 본 연구를 통해 개발될 척도는 한국인의 자살 예방정보 이해력 수준이 어떠한지, 어떠한 측면의 자살 예방 교육이 더 보완되어야 하는지 등을 파악하는 데에도 유용하게 활용될 수 있을 것이다. 무엇보다 서구권에서 만들어진 척도와 비교는 자살 관련 지식에 관여하는 문화 간 유사성과 차이점을 파악하고, 국가별 맞춤형 지식 척도 및 자살 예방 전략 수립의 기반을 마련하는 데 필요한 이해의 폭을 넓혀줄 것이다.

## II. 연구 방법

### 1. 자살 예방정보 이해력 척도 개발을 위한 예비 문항 선정

본 연구는 한국형 자살 예방정보 이해력 척도 개발에 앞서, 예비 문항을 선정하기 위한 작업을 시행했다. 이 작업은 총 세 단계로, 1) 문헌검토를 통한 기준 척도 마련, 2) 일반인 심층 조사를 통한 문항 추가, 3) 전문가 델파이 조사를 통해 구성된 문항 적합도 평가가 이루어졌다. 아래에 단계별 구체적인 연구 방법과 문항 선별을 위해 도출된 중간 결과들을 기술했다. 한편, 본 연구는 조사를 시작하기에 앞서 대상자의 권리와 윤리적 고려를 위해 생명윤리위원회 승인을 받았다(IRB No. ewha-202106-0015-01).

**가. 1단계: 문헌검토를 통한 자살 예방정보 이해력 척도 문항 정리**

가장 먼저, 본 연구는 호주에서 개발된 자살 예방정보 이해력 척도의 문항들을 정리했다. 현재 한국형 자살 리터러시 척도가 개발되어 있지 않은 상황이기 때문에, 본 연구는 Caelear et al.(2021)이 개발한 자살 리터러시 척도(the Literacy of Suicide Scale, LOSS)를 기준 척도로 활용했다. LOSS는 자살의 원인/자극제를 측정하는 항목 10개, 위기 신호 5개, 위험 요인 7개, 치료 및 예방법 4개 등 전체 27개 항목으로 구성된다. 각 항목은 참/거짓의 진위형으로 측정되며, 정답률에 따라 0점부터 27점까지 분포된다. 해당 척도는 12개로 구성된 단축형 버전을 함께 제시하고 있지만, 본 연구는 척도 개발이 목적이므로 27개로 구성된 원척도를 이용했다(표 1). LOSS는 호주에서 개발된 척도이기 때문에, 영어로 된 원문을 한국어로 번안하는 과정을 거쳤다. 척도 번안은 영어와 한국어에 모두 능통한 연구자들에 의해 이루어졌다.

**나. 2단계: 일반인 대상 온라인 심층 조사**

기존 척도는 호주에서 개발된 척도이기 때문에, 본 연구는

2단계 작업으로 한국 사회에 적합한 문항을 구성하기 위한 조사를 시행했다. 자살 예방정보 이해력 척도에는 자살 예방을 위해 일반인들이 반드시 알고 있어야 하는 정보가 반영되어야 한다. 그래야지만 해당 척도를 이용한 조사 결과에 따라 현재 부족한 지식이 무엇인지 파악할 수 있고, 이를 토대로 관련 지식을 습득시키기 위한 교육을 시행할 수 있기 때문이다. 이에 본 연구는 일반 성인 남녀 57명을 대상으로 자살 예방에 관한 전반적인 지식수준과 함께, 이들이 잘못 알고 있는 공통 항목들이 무엇인지 파악하기 위한 온라인 조사를 시행했다. 즉, 일반인 대상 조사의 목적은 대다수가 잘 알지 못하는 자살 예방정보들을 한국형 자살 예방정보 이해력 척도 문항에 반영하기 위함이다.

조사에 참여한 57명의 응답자 중 남성이 27명(47.4%), 여성이 30명(52.6%)이었으며, 이들의 평균 연령은 43.77세(SD=13.90, Min=20, Max=65)로 확인됐다. 학력 분포는 고등학교 졸업 미만인 3명(5.3%), 고등학교 졸업이 6명(10.5%), 대학 재학이 7명(12.3%), 대학 졸업이 37명(64.9%), 대학원 이상이 4명(7.0%)으로 조사되었다. 참가자 중 가족이나 친척, 친구 중 자살을 시도한 사람이 있다고 응답한 사람은 16명(28.1%), 자살로 사망한 사람이 있다고 응답한 사람은 13명(22.8%)이었다.

표 1. Caelear et al. (2021)이 개발한 자살 리터러시 척도(the Literacy of Suicide Scale) 항목

요인	항목	요인	항목
위험요소	자살하는 사람의 대부분은 심각한 정신병을 앓고 있다. (F) 자살로 사망하는 비율은 여성보다 남성이 더 높다. (T) 알코올과 자살은 밀접한 관련이 있다. (T) 자살하는 사람의 대부분은 30세 미만이다. (F) 불안을 호소하는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자살 위험이 더 높다. (T) 과거 자살을 시도한 적이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자살 시도 가능성이 더 높다. (T) 인간관계나 경제적인 문제가 있는 사람일수록 자살 위험이 더 높다. (T)	원인/기폭제	자살하는 사람이 정신과 상담을 받았다면, 모두 우울증 진단을 받았을 것이다. (F) 극소수의 사람만이 자살을 생각한다. (F) 자살하는 사람들은 정신질환자들이다. (F) 자살에 대한 언론 보도는 자살 시도를 부추길 뿐이다. (F) 자살의 동기와 원인은 쉽게 규명된다. (F) 만약 당신이 누군가에게 ‘자살하고 싶어?’라고 직접 물어본다면, 그 말 자체가 그 사람을 자살 시도로 이끌 가능성이 있다. (F) 자살을 시도하는 사람의 실제 목적은 다른 사람에게 자신에 관한 관심을 끌기 위해서이다. (F) 자살에 대해 말하는 것은 항상 자살 위험을 증가시킨다. (F) 자살하고 싶어 하는 사람은 항상 자살 생각에 빠져있다. (F) 자살시도자의 대부분은 자살에 실패한다. (T)
	위기징후		자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다. (T) 자살하겠다고 말하는 사람은 거의 자살하지 않는다. (F) 자살 시도를 마음먹은 사람도 쉽게 마음을 바꿀 수 있다. (T) 자살하는 사람 대부분은 자신의 미래에 대한 계획을 세우지 않는다. (F) 예고 없이 일어나는 자살은 거의 없다. (T) 우울증에서 자살 위험이 가장 높은 시기는 증상이 호전되기 시작하는 시점이다. (T)

온라인 조사는 전문 리서치 회사에서 대행했으며, 자살의 원인·신호·대처 방법과 관련한 의견들을 최대한 많이 끌어내기 위해 주관식 문항을 이용한 심층 조사 방식으로 진행했다. 조사를 시작하기에 앞서, 참가자들에게 “자살의 원인, 위험 요인, 신호, 치료(예방)법에 관한 귀하의 생각을 묻고자 합니다. 자살은 왜 발생하며, 이를 예방하기 위해서는 무엇이 필요한지를 잠시 생각해보기 바랍니다”라는 문구를 제시했다. 참가자들이 충분한 시간을 두고 고민한 후 각 질문에 답변할 수 있도록, 문항당 1분이 지나야만 다음 페이지로 넘어갈 수 있도록 기계적 설정을 해두었다. 조사에 사용된 개방형 질문들은 총 3개로, “자살의 원인 혹은 어떠한 사람들이 주로 자살을 한다고 생각하십니까?”, “자살 위험을 나타내는 신체적, 심리적 증상이나 자살을 암시하는 신호가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?”, “자살 생각이나 충동이 들었을 때 이러한 생각에서 벗어날 방법은 무엇이라고 생각하십니까?” 등이다. 참가자들이 질문에 답변하는 데 어려움을 느끼지 않도록, “주로 OO한 사람들이 자살을 선택한다”, “OO은 자살의 주요 증상(혹은 신호)이다”, “자살 생각(혹은 충동)에서 벗어나기 위해서는 OO해야 한다”라는 문장을 제시해주었으며, 이를 활용해 질문당 3개 이상의 답변을 적도록 지시했다. 설문 응답시간은 평균 10분가량 소요되었다.

주관식 설문을 통해 문항별 171개씩 총 513개의 답변이 수집됐다. 연구자들은 수집된 전체 답변을 유사한 의미를 지닌 대표 답변으로 묶어나가는 작업을 시행했다. 한국어로 번역된 LOSS의 27개 문항을 기준으로 두고, 각 문항과 공통되거나 유사한 의미를 지닌 답변을 하나의 문항으로 통합했다. 예를 들어, “우울은 자살의 주요 증상이다”, “우울”, “우울감” 등과 같은 참가자들의 답변은 LOSS에 해당하는 문항 중 “자살하는 사람이 정신과 상담을 받았다면, 모두 우울증 진단을 받았을 것이다(F)”와 유사하다고 판단했다. 또한, “타인에게 너무 의지하고 외롭다고 많이 이야기한다”, “힘들다는 말을 한다”, “자살할 거야 얘기한다”, “죽고 싶다는 말을 한다” 등의 답변은 LOSS 문항 중 “자살에 대해 생각하는 사람은 자신의 생각을 다른 사람에게 털어놓지 않는다(F)”에 해당한다고 보았다. 반면, “갑자기 모임, 만남 등 교류를 거부한다”, “주변 정리를 한다”, “소유물을 나눠준다” 등의 답변은 LOSS 문항과 일치하거나 유사한 것이 없다고 판단되어 별도로 구분했다. 이 과정을 통해 총 513개의 답변은 LOSS에 해당하는 27개 문항 및 참가자들의 답변을 통해 도출된 30개 문항 등 총 57

개 문항으로 축소됐다.

#### 다. 3단계: 전문가 델파이 1차

세 번째 단계로, 본 연구는 문헌검토 및 온라인 심층 조사를 통해 구성된 57개 문항이 한국 사람들의 자살 예방정보 이해력을 평가하는데 적절한지 확인하기 위한 전문가 델파이 조사를 시행했다. 본 연구는 자살의 복합적인 속성을 고려해 다양한 분야의 자살 예방 및 정신건강 전문가들을 섭외했다. 구체적으로, 델파이 1차에는 박사학위를 소지하고 관련 분야에 10년 이상 경력을 지닌 정신건강의학자 2명, 심리학자 1명, 사회학자 2명, 사회복지학자 1명, 자살 예방 실무자 1명 등 총 7명이 참여했다.

델파이 조사는 이메일을 통해 개별적으로 진행했으며, 각 전문가의 개인 메일을 통해 한국형 자살 예방정보 이해력 척도개발을 위한 전문가용 설문지를 전달했다. 첫 번째로, 한국 사회에서 발생하는 자살 특성을 고려해, 해당 척도에 반드시 포함되어야 한다고 생각하는 문항 내용이 있다면 무엇이라고 생각하는지”에 관해 주관식으로 질문했다. 두 번째로, 27개 문항이 4개 요인으로 구성된 국외에서 개발된 척도(Calear et al., 2021)에 관한 적합성에 관해 질문했다. 5점 리커트 척도(1점: 적절하지 않음, 5점: 매우 적절함)를 이용해 각 문항을 양적으로 평가하고, 문항별 수정이 필요한 내용에 대해 직접 기술해달라고 요청했다. 또한, 요인별로 “해당 요인에 포함된 문항 외에 한국 사회의 문화적 특성이 반영된 자살의 OO 요인을 측정하기 위해 추가해야 할 항목이 있으면 적어주세요. 일반인들이 자살 위기에 처한 사람을 도와주기 위해 평소 알고 있으면 좋겠다고 생각하시는 정보를 중심으로 적어주시기 바랍니다”라는 질문을 제시했다. 세 번째로, 온라인 심층조사를 토대로 발견된 30개 문항을 제시하고, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도에 포함하는 것이 적합한지 5점 척도(1점: 적절하지 않음, 5점: 매우 적절함)로 평가하고, 문항별 수정 사항이나 참고할 의견이 있으면 작성해달라고 요청했다. 마지막으로, 제시된 문항 이외에 자살 예방을 위해 일반인들이 평소 알고 있어야 하는 정보와 한국형 자살 예방정보 이해력 척도 개발 시 주의해야 할 점, 척도의 구성 내용과 형식 및 분량 등에 대한 의견을 조사했다.

전문가 평가를 통해 얻은 57개 예비 문항에 대한 적합도 결과는 <표 2>에 제시했다. 본 연구자들은 델파이 조사를 통

해 얻은 양적 평가치와 질적 의견을 참고해, 2차 문항을 선정했다. 적합도 결과가 3점 미만인 문항들은 모두 제외했으며, 3점 이상인 문항 중에서도 전문가들이 수정 의견을 제안한 경우는 이를 반영하여 문항을 변경했다. 예를 들어, “자살로 사망하는 비율은 여성보다 남성이 더 높다”라는 문항에 대해 전문가들은 ‘통계적 결과로 봤을 때 사실이지만, 국내에서 자살을 시도하는 비율은 여성이 남성보다 더 높다’, ‘해당 문항은 단순 지식일 뿐 이러한 정보를 알고 있는 것이 자살 예방이나 자살에 대한 태도를 변화시키는 데 관여하지 않을 것이다’ 등의 의견을 제시했다. 위 문항은 본래 LOSS에 포함된 것이었지만, 본 연구에서는 전문가들의 평가 결과를 고려해 문항 선별 과정에서 삭제했다.

마찬가지로, “자살하는 사람들은 정신질환자이다”라는 문항도 LOSS에 포함된 것이지만, 적합도 평가를 낮게 받았다. 이에 대해 전문가들은 ‘정신질환자에 대한 사회적 편견을 조장할 수 있는 표현이 담겨 있다’, ‘자살하기 직전에는 정신적인 문제를 보이는 경우가 많지만, 정신질환자라는 표현은 환자에 대한 편견을 조장할 우려가 있다’, ‘모두 정신질환자는 아니지만, 정신질환과 자살의 연관성을 무시할 수는 없다’ 등의 의견을 주었다. 위 문항에 대해 Calcar et al.(2021) 역시 “정신적 문제와 환경적 문제가 복잡하게 얽혀 발생하는 자살 위기를 정신질환의 유/무로 단편적으로 평가하는 것은 한계가 있다 (p. 5)”고 한계점을 제시한 바 있다. 이에 본 연구는 해당 문항을 “자살한 사람 중에는 정신질환을 앓고 있던 경우가 많다”로

표 2. 문헌검토 및 심층 조사를 통해 구성된 예비 문항에 대한 적합도 평가

요인	No.	항목	적합도
원인/ 기폭제	1	자살하는 사람이 정신과 상담을 받았다면, 모두 우울증 진단을 받았을 것이다. (F)	2.57
	2	극소수의 사람만이 자살을 생각한다. (F)	3.71
	3	자살하는 사람들은 정신질환자들이다. (F)	3.00
	4	자살에 대한 언론 보도는 자살 시도를 부추길 뿐이다. (F)	3.00
	5	자살의 동기와 원인은 쉽게 규명된다. (F)	3.57
	6	만약 당신이 누군가에게 ‘자살하고 싶은가?’라고 직접 물어본다면, 그 말 자체가 그 사람을 자살 시도로 이끌 가능성이 있다. (F)	4.43
	7	자살을 시도하는 사람의 실제 목적은 다른 사람에게 자신에 관한 관심을 끌기 위해서이다. (F)	3.57
	8	자살에 대해 말하는 것은 항상 자살 위험을 증가시킨다. (F)	3.86
	9	자살하고 싶어 하는 사람은 항상 자살 생각에 빠져있다. (F)	4.00
	10	자살시도자의 대부분은 자살에 실패한다. (T)	3.23
위험요소	1	자살하는 사람의 대부분은 심각한 정신병을 앓고 있다. (F)	3.57
	2	자살로 사망하는 비율은 여성보다 남성이 더 높다. (T)	3.29
	3	알코올과 자살은 밀접한 관련이 있다. (T)	3.71
	4	자살하는 사람의 대부분은 30세 미만이다.	3.71
	5	불안을 호소하는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자살 위험이 더 높다. (T)	3.43
	6	과거 자살을 시도한 적이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자살 시도 가능성이 더 높다. (T)	4.71
	7	인간관계나 경제적인 문제가 있는 사람일수록 자살 위험이 더 높다. (T)	3.57
위기징후	1	자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다. (T)	4.29
	2	자살하겠다고 말하는 사람은 거의 자살하지 않는다. (F)	4.57
	3	자살 시도를 마음먹은 사람도 쉽게 마음을 바꿀 수 있다. (T)	3.71
	4	자살하는 대부분의 사람은 자신의 미래에 대한 계획을 세우지 않는다.	3.57
	5	예고 없이 일어나는 자살은 거의 없다. (T)	3.43
	6	우울증에서 자살 위험이 가장 큰 시기는 증상이 호전되기 시작하는 시점이다. (T)	3.57
위기대응/ 예방	1	자살에 대해 생각하는 사람은 자신의 생각을 다른 사람에게 털어놓지 않는다. (F)	3.86
	2	정신과 의사 또는 심리상담가를 만나는 것은 자살 예방에 도움이 된다. (T)	4.71
	3	오직 전문가만이 자살시도자를 도울 수 있다. (F)	4.00
	4	자살을 결심한 사람의 마음을 돌리기 위해 할 수 있는 일은 거의 없다. (F)	3.86

표 2. 문헌검토 및 심층 조사를 통해 구성된 예비 문항에 대한 적합도 평가(계속)

요인	No.	항목	적합도
고정관념/ 편견	1	자살하려는 사람들은 그렇지 않은 사람들과 근본적으로 다르지 않다. (T)	4.29
	2	자살 시도는 현실 도피와 같은 것으로 상황을 직시하고 스스로 나아져야 한다. (F)	4.14
	3	자살하려는 사실 자체만으로 어떤 사람인지 잘 드러난다. (F)	3.43
	4	자살의 위험성은 생물학적 요인들에 영향을 받는다. (T)	3.43
	5	자살성향은 어린 시절부터 정해진다. (F)	3.57
	6	자살성향은 바뀌지 않는다. (F)	2.86
	7	자살성향은 타고나는 것으로 유전이다. (F)	3.14
	8	의사와 심리학자들은 자살을 시도하려는 사람들을 도와줄 수 있다. (T)	4.14
	9	자살은 특정 문화권에서만 발생한다. (F)	3.57
	10	자살은 인류 역사상 늘 일어났던 일이다. (T)	3.86
	11	모든 문화권에서 자살을 시도하는 사람들이 존재한다. (T)	3.71
	12	자살하는 인구의 비율은 전 세계적으로 거의 같다. (F)	3.86
	13	20세기에 들어서야 자살이 사회적 현상이 되었다. (F)	2.71
	14	자살하려는 사람은 정말로 죽고 싶어 한다. (F)	3.71
	15	자살 시도 후 살아남은 사람들이 다시 자살을 시도하는 경우는 매우 드물다. (F)	4.57
	16	자살하려는 사람은 자신의 문제가 가장 심각하다고 생각하며 자살이 유일한 해결책이라 생각한다. (T)	3.43
	17	자살은 부유층 혹은 빈곤층에게 자주 일어난다. (F)	3.71
	18	자살하거나 자살을 생각하고 있는 사람들은 보통사람들과 다르다. (F)	4.29
	19	자살 위기 이후에 감정 상태가 호전되는 것은 자살의 위험이 끝났음을 의미한다. (F)	4.43
	20	자살 시도를 했다가 실패하면 그것으로 자살에 관한 생각은 다 없어진다. (F)	4.14
	21	자살을 생각하고 있는 사람에게 관심을 기울여주면 자살 예방에 도움이 된다. (T)	4.71
	22	자살하는 사람들은 꼭 죽고야 말겠다는 확고한 결단을 내린 사람들이다. 따라서 반복적으로 자살 시도를 하는 사람은 죽으려는 의지가 없는 사람이다. (F)	3.50
	23	다른 사람의 자살을 도와주는 행위는 죄가 되지 않는다. (F)	4.43
	24	자살 시도는 충동적인 성향이 있다. (T)	3.71
	25	자살만이 유일한 해결책인 상황이 있다. (F)	4.43
	26	자살 시도는 기본적으로 '도와달라는 호소'이다. (T)	4.00
	27	자살을 시도하는 사람은 신앙적 믿음이 부족하다. (F)	3.57
	28	자살을 시도하는 사람은 의료상의 도움을 요청하지 않는다. (F)	3.29
	29	자살은 정상이 아니라는 표시이다. (F)	4.14
	30	맑은 날보다 비가 오는 날에 자살률이 더 높다. (F)	3.57

수정했다.

또한, 본 연구는 자살 예방정보 이해력 척도가 포함하는 개념적 범위를 '자살 예방을 위해 필요한 지식수준'으로 제한함으로써, 도덕적 평가와 같이 진위형으로 판단하기 어려운 문항들은 모두 제외했다. "자살 성향은 타고나는 것으로 유전이다", "불안을 호소하는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자살 위험이 더 높다" 등과 같이 아직 연구 결과가 명확하게 밝혀지지 않거나 자살의 복합성으로 인해 정답을 내리기 어려운 문항들도 제외했다. 이외에도 의미가 비슷한 중복되는 문장들은

통합하고, 한국적 상황에 적합하지 않은 내용이나 모호한 표현, 오해의 소지가 있는 문항들은 전문가 의견들을 참고하여 모두 삭제 혹은 수정했다. 한편, "자살을 생각하는 사람은 자살을 비하하거나 죽음에 관한 이야기를 자주 한다", "규칙적인 생활과 운동은 가벼운 우울증에는 도움이 되지만, 자살 충동을 느끼는 우울증을 해결해주지는 못 한다" 등과 같이 기존 척도에는 포함되어 있지 않지만, 자살 예방을 위해 일반인들이 알고 있어야 하는 중요한 정보라고 제안한 문항들을 모두 추가했다. 이 과정을 거쳐 총 37개의 항목을 선정했다.

## 2. 자살 예방정보 이해력 척도의 항목 적합성 검증

앞서 진행된 문항 선정 작업을 통해 37개 항목을 구성했다. 이후 본 연구는 해당 항목이 한국형 자살 예방정보 이해력을 평가하는데 적절한지 확인하는 타당도 검증 작업을 진행했다. 우선, 37개 항목이 몇 개의 요인으로 구성되는지, 각 문항이 특정 요인을 설명하는 데 적합한지 알아보기 위해 탐색적 요인분석을 진행했다. 이 과정에서 설명력이 떨어지는 문항들을 제외했다. 다음으로, 2차 전문가 델파이 조사를 통해 마련된 문항들에 대한 적합도를 평가받았다. 마지막으로, 최종 구성된 문항들을 토대로 척도 타당도 검증을 진행했다. 각 단계에 관한 구체적인 연구 방법과 중간 결과들은 아래에 기술했다. 이 작업 역시 대상자의 권리와 윤리적 고려를 위해 생명윤리위원회 승인을 받은 후 진행됐다(IRB No. ewha-202106-0015-01).

### 가. 4단계: 탐색적 항목 추출

일반인 552명을 대상으로 추출된 37개의 예비 문항에 대한 명료성과 타당성을 검증하는 작업을 수행했다. 조사는 전문 리서치 회사를 통해 온라인으로 실시했다. 해당 업체는 통계청 인구 추계와 유사한 비율로 구성된 패널을 보유하고 있어, 한국인의 대표성을 최대한 확보할 수 있는 방향으로 참가자 모집이 가능하다. 이에 본 연구는 우리나라 국민의 인구통계학적 특성을 고려해 패널 표본을 비례 할당 추출했다. 이들을 대상으로 자살 리터러시 척도 문항에 대한 평가 작업을 시행했다. 조사에 참여한 대상 중 남성이 271명(49.1%), 여성이 281명(50.9%)이었으며, 이들의 평균 연령은 44.38세(SD=13.71, Min=20, Max=69)였다. 학력분포는 고등학교 졸업 미만이 6명(1.1%), 고등학교 졸업이 84명(15.2%), 대학 재학이 42명(7.6%), 대학 졸업이 354명(64.1%), 대학원 이상이 66명(12.0%)으로 확인됐다. 참가자 중 가족이나 친척, 친구 중 자살을 시도한 사람이 있다고 응답한 사람은 122명(22.1%), 자살로 사망한 사람이 있다고 응답한 사람은 113명(20.5%)이었다.

참가자들에게 37개의 예비 문항과 함께, “각 문항을 읽고, 해당 문장이 맞다고 생각하시면 O, 틀리다고 생각하시면 X로 표시하여 주십시오. 답을 정확히 잘 모르실 땐 ‘잘 모르겠음’에 표시하여 주십시오”라는 지시문을 제시했다. 이후 연구

자들은 참가자들의 응답 결과를 토대로 자살 예방정보 이해력 척도에 적합한 문항들을 탐색적으로 추출하는 작업을 수행했다. 본격적인 분석에 앞서, 참가자들의 답변을 점수화하는 과정을 거쳤다. 정답을 맞혔으면 1점을, 틀렸을 때는 0점을 부여했다. ‘잘 모르겠다’라고 응답한 경우도 0점을 부여했다.

문항 추출을 위한 통계적 방법으로는 기술통계 및 요인분석을 시행했다. 본 연구에서 다루는 척도 문항들은 자살 예방에 필요한 정보들로 요인 간 상관관계가 있으므로 요인분석 시 주성분 분석(principle component method) 및 배리맥스 직교회전법(varimax rotation method)을 이용했다. 초기 분석 시에는 37개 문항을 모두 투입했고, 요인 적재 값이 .4 이하보다 낮거나 두 개 이상의 요인에 중복으로 적재되어 나타나는 항목들은 다음 단계의 분석에서 모두 제외했다. 이후 스크리도표를 이용해 최적 요인 수를 확인하고, 고정된 요인 수에 따른 결과 변화를 살펴보는 과정을 반복했다. 연구자들은 추출된 항목들을 읽어보며 중복되거나 의미가 제대로 전달되지 못하는 문항들이 있는지 계속 점검했다. 이 과정을 거쳐 37개 문항은 3개의 요인으로 구성된 20개의 문항으로 추출됐다(표 3).

### 나. 5단계: 전문가 델파이 2차

탐색적 요인분석을 통해 도출된 결과에 관한 내용 타당도 검증을 위해 델파이 조사를 시행했다. 델파이 2차에는 박사학위를 소지하고 관련 분야에 10년 이상 경력을 지닌 정신건강 의학자 2명, 심리학자 1명, 사회학자 2명, 자살 예방 실무자 1명 등 총 6명이 참여했다. 델파이 1차 조사 때와 마찬가지로 이메일을 통해 개별적으로 진행했으며, 각 전문가의 개인 메일을 통해 한국형 자살 예방정보 이해력 척도개발을 위한 전문가용 설문지를 전달했다.

전문가들은 각 요인에 해당하는 문항에 대한 적합도를 5점 리커트 척도(1점: 적절하지 않음, 5점: 매우 적절함)로 평가했다. 또한, 각 요인이 자살 예방과 관련해 어떠한 측면을 대표한다고 생각하는지 선택하도록 함으로써, 요인명이 전문가들에 의해 결정될 수 있도록 했다. 구체적으로, “위에 제시된 문항들은 아래 제시된 세 가지 요인 중 어떠한 측면을 측정하는 것으로 생각하십니까? 만약 제시된 보기 중 적절한 항목이 없다고 판단되시면, 기타에 적절한 요인명을 적어주시길 부탁드립니다”라는 질문을 이용했다.



표 3. 요인별 추출 항목에 대한 적합도 평가

No.	문항	요인 부하량	신뢰도	적합도 평균	CVI	요인명
1	자살을 생각하고 있는 사람에게 관심을 기울여주면 자살 예방에 도움이 된다.	.675		4.5	1.00	
2	자살 생각을 하는 사람의 이야기를 적극적으로 경청해주어야 한다.	.647		4.3	1.00	
3	자살 위험이 높은 사람은 혼자 두지 말아야 한다.	.615		4.8	1.00	
4	자살 생각에 사로잡혀 있는 순간은 올바른 판단을 할 수 있는 상태가 아니다.	.575	.697	4.0	.67	위기 대응/ 예방
5	정신건강의학과 의사나 정신건강센터, 자살예방센터 상담자를 만나는 것은 자살 예방에 도움이 된다.	.551		4.7	1.00	
6	자살은 우울증의 조기 발견과 치료를 통해서도 예방할 수 있다.	.547		3.8	.67	
7	자살 시도는 도와달라는 신호이기도 하다.	.502		3.7	.50	
8	자살의 위험성은 생물학적 요인들의 영향을 받는다.	.638		3.5	.33	
9	우울증에서 회복되는 초기에 자살 위험성이 가장 높다.	.566		3.5	.50	
10	자살 시도는 관심을 끌기 위해서인 경우도 있다.	.494		3.8	.67	
11	자살 위기는 누구에게나 일어날 수 있는 일이다.	.437	.514	4.8	1.00	위험 요소
12	자살한 사람들 중에는 정신질환을 앓고 있던 경우가 많다.	.412		3.7	.50	
13	자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다.	.469		4.2	.83	
14	자살 시도는 음주 상태에서 일어나는 경우가 많다.	.425		4.2	.83	
15	자살을 생각하는 사람은 평소에 자주 하던 활동을 멈추고 타인과의 관계를 피한다.	.775		4.3	.83	
16	과거 자살 시도 경험이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다.	.403		5.0	1.00	
17	자살을 시도한 사람이 다시 자살을 시도하는 경우가 많다.	.748	.546	4.8	1.00	위기 신호
18	자살을 생각하는 사람은 자신을 비하하거나 죽음에 대한 이야기를 자주 한다.	.482		4.3	.67	
19	반복적으로 자살을 시도하는 사람은 죽으려는 의도가 없는 사람이다.	.413		3.3	.33	
20	가족이나 친구를 자살로 잃은 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다.	.466		4.3	.83	

<표 3>에 2차 전문가 델파이 조사 결과를 통해 얻은 문항별 적합도에 대한 평균 점수 및 요인명을 함께 표기했다. 또한, 내용 타당도 지수(content validity index, CVI)를 함께 제시했다. 일반적으로 전문가 6~10명이 참여한 조사에서는 CVI 값이 0.78 이상이어야 문항의 내용 타당도가 만족한다고 본다(Lynn, 1986). 본 연구는 문항별 적합도 및 타당도 지수와 전문가들이 제안한 의견을 참고하여 최종 문항을 선별했다. 예를 들어, “자살 시도는 도와달라는 신호이기도 하다”, “자살의 위험성은 생물학적 요인들의 영향을 받는다” 등과 같이 내용 타당도 지수가 .5 이하인 문항들을 모두 제외했다. “자살을 시도한 사람이 다시 자살을 시도하는 경우가 많다”와 “과거 자살 시도 경험이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다”의 경우는 유사한 의미를 지닌 문항들이기 때문에, 하나만 남기고 삭제했다. 또한, “자살 시도는 음주 상태에서 일어나는 경우가 많다”와 같이 “많다”라는 것의 의미와 판단 기준이 모호한 문항은 “음주 상태는 자살 시도의

위험성을 높인다”로 수정했다. 결과적으로, 위기대응/예방 요인에 6문항, 위험 요인에 5문항, 위기 신호에 4문항 등 전체 15문항이 최종 문항들로 선정됐다.

#### 다. 6단계: 최종 척도 타당도 검증

마지막으로, 본 연구는 전문가들에게 내용 타당도를 평가받아 선별된 총 15개 문항에 대한 타당도 검증을 시행했다. 본 연구에서는 탐색적 요인분석(Exploratory Factor Analysis)과 확인적 요인분석(Confirmatory Factor Analysis)을 모두 진행했다. 우선, 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 통해 15개의 문항이 세 개의 요인으로 구성되어 있는지 재확인하고자 척도 차원성을 검증했다. 요인 추출을 위해 주성분 분석 방법을 이용했으며, 요인 회전은 베리릭스 직교회전법을 적용했다. 이후, 해당 척도의 구성 타당도를 검증하고자 기존 척도들과의 수렴 타당도 분석을 시행했다. 분석을 위해선 통계 프로그램

인 SPSS 26.0을 이용했다.

수렴 타당도 분석을 위해서는 자살 예방정보 이해력 척도와 유사한 성격을 지닌 다음의 척도들을 이용했다. 첫 번째로 참고한 척도는 자살 예방 게이트키퍼 교육(Question, Persuade, Refer, QPR) 후 지식수준의 변화를 평가하기 위해 활용되는 도구(Knowledge of QPR, Wyman et al., 2008)이다. 해당 척도는 자살의 위험 징후와 오해, 자살 예방을 위한 행동 등을 묻는 14개 질문들을 총 100점 만점으로 환산하여 자살에 대한 지식을 측정한다. 각 문항은 주어진 보기 중 정답을 선택하는 단답형 혹은 다지선다형으로 구성되어 있다. 예를 들어, “자살의 경고신호가 아닌 것은 무엇인가요?”라는 질문과 함께, ① 소중하게 여기던 물건을 다른 사람에게 준다, ② 종교에 대해 갑작스럽게 관심을 가지거나 관심을 잃는다, ③ 자살에 대해 이야기한다, ④ 돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다 등의 보기를 주고, 이 중에서 답을 선택하는 방식이다. 해당 척도는 본 연구에서 개발하고자 하는 자살 예방정보 이해력 척도와 비교했을 시, 위기신호 및 대응 방법에 관한 분별력을 평가한다는 점에서 유사하다.

수렴 타당도 분석을 위해 선정한 두 번째 척도는 Smith et al.(2014)이 개발한 자살 관련 지식(suicide-related knowledge) 측정 도구이다. 해당 척도는 총 9개 문항으로 구성되며, 본 연구에서 개발하고자 하는 척도 및 LOSS와 같이 진위형 방식으로 지식수준을 측정한다. 따라서 해당 척도는 9점 만점으로 계산되며, 여기에서는 “중증 정신질환자의 자살률은 일반인의 6배에 달한다”, “자살하는 사람은 정말로 죽고 싶어 한다”, “누군가 자살을 진지하게 생각한다면, 그것을 막을 방법은 거의 없다” 등의 문항들을 질문한다. 위 척도 역시 본 연구에서 개발하고자 하는 자살 예방정보 이해력 척도와 자살 위험요소 및 위기신호를 평가하는 항목들을 포함하고 있다는 측면에서 수렴 타당도 검증을 위해 적합하다고 판단했다.

마지막으로 참고한 척도는 Renberg & Jacobsson(2003)이 개발한 자살에 대한 태도(Attitude toward suicide, ATTS) 척도이다. 이 척도는 자살에 관한 고정관념을 확인하는 차원에서 많이 활용되고 있다. 자살에 대해 잘못 이해하고 있던 점들을 바로 잡아주는 것 또한 자살 예방정보 이해력 척도의 역할

이고, 본 연구에서 예비 문항 구성을 위해 참가자들을 통해 얻은 답변 역시 자살에 관해 일반인들이 평소 가지고 있던 고정관념과 유사하므로, 수렴 타당도 분석을 위한 참고용으로 적절하다고 판단했다. ATTS는 총 34개 문항의 10개 요인으로 구성되는데, 본 연구에서는 10개의 하위 요인 중 자살 예방을 위한 지식과 관련된 ‘예방 가능성’, ‘자살 결정 과정’, ‘자살 예방 준비성’ 등에 해당하는 문항들을 이용했다. 수렴 타당도 검증을 위해 이용한 문항들은 “대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다”, “자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다”, “만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면, 누군가의 마음에 자살 사고를 유발할 위험이 있다”, “자살 시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다” 등이며, 5점 리커트 척도(1점: 전혀 동의하지 않음, 5점: 매우 동의함)로 측정했다.

이후 본 연구는 AMOS 25.0을 이용해 확인적 요인분석을 시행했으며, 이를 통해 측정 문항의 신뢰도, 판별 타당도 등을 확인했다. 마지막 단계에 관한 결과는 다음 장의 연구 결과에 상세히 기술해두었다.

### III. 연구 결과

#### 1. 탐색적 요인분석을 통한 척도 차원성 및 타당도 분석

##### 가. 척도 차원성 분석

최종 선별된 15개 문항을 투입하여 요인분석을 시행했다. 분석에 사용된 자료의 적절성을 살펴본 결과, KMO 표본형성 적절성 지표 값은 .80으로 확인됐으며, Bartlett의 구형성 검증 결과도 통계적 유의미성이 검증됐다( $X^2=934.22$ ,  $df=105$ ,  $p=.000$ ). 주성분 분석 방법으로 추출된 요인은 총 3개로, 이에 관한 결과는 <표 4>에 제시했다. 각 문항의 최솟값은 0, 최댓값은 1이며, 이에 대한 왜도(skew)와 첨도(kurtosis) 값은 정규분포조건<sup>1)</sup>에 충족되었음이 확인됐다. 척도 차원성에 대한 분석 결과는 <표 4>에 제시했다.

첫 번째 요인은 총 6개 문항으로 구성되었으며, 전체 분산

1) 일반적으로 왜도의 절댓값이 3을 초과하거나 첨도의 절댓값이 8 또는 10을 초과하면 정규분포를 위배하는 것으로 판단한다(Kline, 2005, 전석균, 2009, p.118에서 재인용). 본 연구에서는 측정 자료의 왜도 및 첨도값이 모두 절댓값 3 이하로 나타나 정규분포에 문제가 없음을 확인했다.

표 4. 요인별 추출 항목에 대한 적합도 평가

No.	문항	요인 부하량	평균	표준 편차	왜도	첨도	신뢰도	요인명
Q1	자살을 생각하고 있는 사람에게 관심을 기울여주면 자살 예방에 도움이 된다.	.730	0.91	0.28	-1.98	2.91	.685	위기 대응·예방
Q2	자살 위험이 높은 사람은 혼자 두지 말아야 한다.	.678	0.92	0.27	-1.16	2.00		
Q3	자살 생각을 하는 사람에게는 그의 이야기를 경청해주어야 한다.	.593	0.96	0.19	-1.84	2.53		
Q4	정신건강의학과 의사나 정신건강센터, 자살예방센터 상담자를 만나는 것은 자살 예방에 도움이 된다.	.592	0.86	0.35	-1.04	2.18		
Q5	자살은 우울증의 조기 발견과 치료를 통해서도 예방할 수 있다.	.517	0.89	0.31	-1.55	3.53		
Q6	자살 생각에 사로잡혀 있는 순간은 올바른 판단을 할 수 있는 상태가 아니다.	.507	0.88	0.32	-1.41	3.80	.697	위기 신호
Q7	자살을 생각하는 사람은 자신을 비하하거나 죽음에 관한 이야기를 자주 한다.	.619	0.66	0.48	-0.66	-1.57		
Q8	가족이나 친구를 자살로 잃은 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다.	.593	0.67	0.47	-0.71	-1.50		
Q9	자살을 시도한 사람은 다시 자살을 시도할 위험성이 높다.	.569	0.82	0.39	-1.63	0.66		
Q10	자살을 생각하는 사람은 평소에 자주 하던 활동을 멈추고 타인과의 관계를 피한다.	.463	0.69	0.46	-0.81	-1.35		
Q11	자살 시도는 관심을 끌기 위해서인 경우도 있다.	.654	0.53	0.50	-0.12	-1.99	.646	위험 요소
Q12	자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다.	.630	0.77	0.42	-1.30	-0.32		
Q13	자살 위기는 누구에게나 일어날 수 있는 일이다.	.564	0.78	0.42	-1.34	-0.22		
Q14	우울증에서 회복되는 초기에 자살 위험성이 가장 높다.	.559	0.32	0.47	0.79	-1.38		
Q15	음주 상태는 자살 시도의 충동성을 높인다.	.515	0.41	0.49	0.35	-1.89		

의 16.22%를 설명했다. 여기에는 “자살을 생각하고 있는 사람에게 관심을 기울여주면 자살 예방에 도움이 된다.”, “자살 위험이 높은 사람은 혼자 두지 말아야 한다.”, “자살 생각을 하는 사람에게는 그의 이야기를 경청해주어야 한다.” 등이 포함되었으며, “위기대응/예방”으로 명명했다. 두 번째 요인은 총 5개 문항으로 전체 분산의 12.21%를 설명했다. 여기에는 “자살을 생각하는 사람은 자신을 비하하거나 죽음에 관한 이야기를 자주 한다.”, “가족이나 친구를 자살로 잃은 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다.”, “자살을 시도한 사람이 다시 자살을 시도하는 경우가 많다.” 등이 포함되며, “위기 신호”로 명명했다. 마지막 세 번째 요인은 총 4개 문항으로 전체 분산의 10.93%를 설명했다. “자살 시도는 관심을 끌기 위해서인 경우도 있다.”, “우울증에서 회복되는 초기에 자살 위험성이 가장 높다.”, “자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다.” 등이 여기에 포함되었으며, 이에 “위험요소”로 명명했다.

#### 나. 항목 간 신뢰도 분석

각 요인을 구성하는 문항들의 내적 일관성을 검증하기 위해 신뢰도 분석을 실시했다. 신뢰도는 크로바흐 알파(Cronbach's  $\alpha$ ) 계수를 통해 확인했다. 대체로, 알파 계수가 .6 이상일 때 항목 간 내적 신뢰도가 적절하다고 평가받고 있다(Churchill, 1979). 분석결과, 각 요인의 신뢰도 값이 .685, .697, .646으로 산출되어, 각 요인을 설명하는 문항들의 내적 신뢰도가 획득되었다고 볼 수 있다(표 4).

#### 다. 척도 타당도 분석

본 연구를 통해 추출된 자살 리터러시 문항의 구성 타당도를 검증하기 위해, 기존 척도와의 수렴 타당도 분석을 위해 상관분석을 실시했다. 새로운 척도의 구성 타당도는 해당 척도와 유사한 개념을 설명하는 또 다른 척도와의 상관관계를

비교함으로써 검증할 수 있다. 이를 위해 본 연구에서는 Callear et al.(2021)이 개발한 LOSS의 단축형 척도, Smith et al.(2014)의 자살 관련 지식측정 도구, Renberg & Jacobsson(2003)이 개발한 ATTS를 활용했다. LOSS는 총 12 문항, 자살 지식측정 도구는 총 9문항, ATTS는 총 37문항으로 구성된다. 척도 간 상관관계를 분석한 결과는 <표 5>에 제시했다. 본 연구에서 개발된 자살 예방정보 이해력 척도의 전체 문항과 하위 요인들은 모두 유의미한 상관관계를 나타냈다. 또한, 기존 척도인 자살 관련 지식과 LOSS와도 모두 정적 상관관계를 보였다. 단, ATTS와의 상관관계에 있어서는 자살 예방정보 이해력 척도 전체 문항( $r=.09, p=.046$ )과 위험 요인( $r=.12, p=.007$ ) 및 위기신호( $r=.11, p=.012$ )를 측정하는 문항과는 유의미하였지만, 위기대응·예방과는 유의미한 관계를 나타내지 않았다( $r=-.04, p=.360$ ).

## 2. 확인적 요인분석을 통한 척도 신뢰도 및 타당도 검증

### 가. 모형 적합도 확인

척도에 대한 타당성을 검증하기에 앞서, 모형 적합도를 확인했다. 본 연구에서는 카이제곱( $\chi^2$ ), 절대적합도(GFI), 비교적 적합도(CFI), 간명표준적합지수(PNFI) 간명비교적합지수(PCFI), 근사오차평균자승의 이중근(RMSEA) 등을 평가 기준으로 사용했다. 이 중 카이제곱( $\chi^2$ )은 표본의 크기가 200이 넘을 경우 모형 적합도를 평가하기에 적절하지 않다는 지적에

따라(홍세희, 2000), 자유도(df)로 나눠준 값을 사용했다. 일반적으로,  $\chi^2/df$ 가 5 이하, GFI, CFI가 .9 이상, PNFI, PCFI가 .5 이상, RMSEA가 .08 이하일 때 모형 적합성이 양호하다고 평가한다(김대업, 2008). 본 연구에서는  $\chi^2/df=1.20$ , GFI=.98, CFI=.93, PNFI=.57, PCFI=.74, RMSEA=.02로 확인됐다. 이에 본 연구는 15개의 문항으로 구성된 세 개 요인의 모형 적합도가 설명력이 높다고 판단했다.

### 나. 수렴 타당도 검증

최종적으로 구성된 척도에 대한 타당도 검증을 위해, 수렴 타당도(convergent validity)를 평가했다. 수렴 타당도는 하나의 요인을 설명하는 서로 다른 항목들이 높은 상관관계를 가졌는지 확인하는 방법이다. 본 연구에서 수렴 타당도는 확인적 요인분석을 통해 도출된 요인 부하량과 평균 분산 추출값(Average Variance Extracted, AVE), 잠재 요인 신뢰도(composite reliability)를 이용해 살펴보았다.

우선, 하나의 요인을 설명하는 각 문항이 유의미한 요인 부하량을 가졌는지 확인했다. 수렴 타당도를 확보하기 위한 요인 부하량은 최소한 .5 이상이 되어야 한다. <표 6>을 통해 알 수 있듯이, 15개 문항들의 요인 부하량은 모두 .5 이상이었으며, 대부분 .5~.6 사이에 위치하였다. 또한, 모든 문항들의 요인 부하량이 통계적으로 유의미하였다. 이상의 결과를 통해, 자살 리터러시를 설명하는 세 가지 요인과 이에 속한 15개 문항들은 수렴 타당도를 가진다고 볼 수 있다.

보다 엄격한 수렴 타당도 검증을 위해, 평균분산추출 값

표 5. 척도 간 상관관계 분석 결과

	1	2	3	4	5	6	7
1. 자살 예방정보 이해력 - 전체	1						
2. 자살 예방정보 이해력 - 위기대응·예방	.71**	1					
3. 자살 예방정보 이해력 - 위험요소	.75**	.26**	1				
4. 자살 예방정보 이해력 - 위기신호	.78**	.39**	.38**	1			
5. ATTS	.09*	-.04	.12**	.11*	1		
6. 자살 관련 지식	.37**	.17**	.29**	.36**	.14**	1	
7. LOSS	.62**	.61**	.62**	.64**	.10*	.40**	1

주: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , 양측검정

자료: ATTS(Attitude toward suicide) by Renberg & Jacobsson (2003)  
LOSS(Literacy of Suicide Scale) by Callear et al. (2021)

표 6. 수렴 타당도 평가 결과

요인	문항	Standardized Estimate	S.E	C.R.	p	AVE	개념 신뢰도
위기대응·예방	Q1	.64	.01	14.02	***	.36	.77
	Q2	.67	.01	14.13	***		
	Q3	.59	.01	10.76	***		
	Q4	.57	.02	9.89	***		
	Q5	.51	.02	7.53	***		
	Q6	.61	.02	10.76	***		
위기신호	Q7	.66	.02	14.40	***	.43	.75
	Q8	.67	.02	14.13	***		
	Q9	.59	.02	10.76	***		
	Q10	.69	.02	14.74	***		
위험요소	Q11	.54	.03	9.57	***	.34	.72
	Q12	.59	.02	10.19	***		
	Q13	.56	.02	9.71	***		
	Q14	.62	.03	10.77	***		
	Q15	.61	.03	10.76	***		

주: 평균 분산 추출값 공식:  $\sum \text{요인 부하량}^2 / \text{문항 수}$

잠재요인 신뢰도 공식:  $\sum \text{요인 부하량}^2 / (\sum \text{요인 부하량}^2 + \sum \text{오차분산})$   
\*\*\*p < .001

(AVE)과 잠재 요인 신뢰도를 살펴보았다. 평균 분산 추출값은 표준화된 요인 부하량을 제곱하여 합한 뒤, 해당 요인의 문항 수로 나눈 값이다. 잠재 요인 신뢰도는 표준화된 요인 부하량 합의 제곱을 표준화된 요인 부하량 합의 제곱과 오차 분산의 합으로 나눈 값이다. 일반적으로, 평균 분산 추출값이 .5 이상, 잠재 요인 신뢰도는 .7 이상이면 적정 수준의 수렴 타당도를 확보한 것으로 평가된다. 평균분산추출 값을 분석한 결과, ‘위기대응·예방’ 요인이 .36, ‘위기신호’ 요인이 .43, ‘위험요소’ 요인이 .34로 확인되었다. 비록 위 값은 .5에 미치지 못했으나, 개념 신뢰도가 요인 순서대로 .77, .75, .72로 .7 이상으로 나타났다.

#### 다. 판별 타당도 검증

구성 타당도를 검증하는 또 하나의 방법은 판별 타당도 (discriminant validity)를 확인하는 것이다. 판별 타당도는 서로 다른 개념을 설명하는 각각의 요인들이 낮은 상관관계를 나타내는지 검증하는 방법이다. <표 7>에 제시된 것과 같이, 모든 요인 간의 상관계수가 기준치인 0.9 이하로 나타나 판별 타당도가 입증되었다. 가장 높은 상관계수를 보여준 위험요소와 위기 신호의 경우, 0.82로 확인됐으며, 가장 낮은 상관계수를 나타낸 위험요소와 위기 신호의 경우에는 0.58로 나타났다.

표 7. 판별 타당도 평가 결과

요인	Standardized Estimate	S.E.	C.R.	p
위기대응·예방 ↔ 위기 신호	.64	.06	11.22	***
위험요소 ↔ 위기대응·예방	.58	.09	6.54	***
위험요소 ↔ 위기 신호	.82	.08	9.87	***

주: \*\*\*p < .001

## IV. 결론 및 논의

본 연구는 자살 예방을 위한 지식 향상에 초점을 두고, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도를 개발했다. 아직 국내에서 자살 예방정보 이해력 척도가 만들어지지 않은 상태이기 때문에, 서구권에서 개발된 기존 척도 문항들을 기반으로 탐색적 연구를 시도했다. 한편, 본 연구는 이미 개발된 척도를 번안하는 차원에서 한 단계 더 나아가 한국 사회의 자살률 감소에 도움을 줄 수 있는 문항을 구성하는 데 주안점을 두었다. 이를 위해 본 연구는 문헌연구, 전문가 델파이 조사, 일반인 조사 등을 병행하는 단계적 연구 과정을 거쳐 최종 척도를 구성했다. 본 연구에서 확인된 결과에 대한 논의점은 다음과 같다.

초기 57개의 문항은 최종적으로 15개로 축소되었으며, 1) 위기대응/예방, 2) 위기신호, 3) 위험요소 등 세 개의 요인을 구성했다. 척도 타당도를 검증하는 과정을 거치면서 예상보다 많은 문항이 삭제되었다. 하지만 전문가들의 의견과 통계적 수치를 고려했을 때, 중복된 의미를 나타내거나 진위형으로 답을 내리기 어려운 문항들은 제외하는 것이 적합하다고 판단했다. 예를 들어, “과거 자살 시도 경험이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 높다(T)”와 “자살을 시도한 사람은 다시 자살을 시도할 위험성이 높다(T)”, “자살 시도 후 살아남은 사람들이 다시 자살을 시도하는 경우는 매우 드물다(F)”는 표현은 다르지만 유사한 의미를 지닌다. 위의 예시와 같이, 델파이 조사 결과에서 중복된 문항이라고 평가 받은 항목들은 통계적 수치를 기준으로 삭제했다. 또한, “반복적으로 자살을 시도하는 사람은 죽으려는 의도가 없는 사람이다”의 경우, 자살 시도와 자해 행위에 대한 구분 없이는 답을 명확히 판단할 수 없다는 의견이 많았다. 이처럼 전문가들이 보기에도 답을 하기 어렵거나 연구결과가 불확실한 문항들은 모두 제외됐다.

본 연구에서 개발된 척도는 자살과 관련한 정보 문항들이 배제되고, 위기 신호와 위기대응·예방에 대한 부분이 강화되었다. 본 연구가 참고한 LOSS의 경우(Calear et al., 2021), 위험요소를 측정하는 문항은 7개, 원인·기폭제를 측정하는 문항은 10개로 구성되지만, 위기 신호를 측정하는 문항은 6개, 위기대응·예방을 측정하는 문항은 4개로 상대적으로 비중이 작았다. 반면, 본 연구에서 개발한 한국형 자살 리터러시 척도는 위기대응·예방을 측정하는 문항이 6개, 위기 신호 4개, 위험요소가 5개로 구성됐다. 위험요소와 원인·기폭제를 측정하

는 문항이 대폭 줄어든 이유는 기존 척도에 포함된 문항들이 대체로 자살에 관한 단순 지식과 관련되어 있었기 때문이다. 예를 들어, “자살로 사망하는 비율은 여성보다 남성이 더 높다(T)”, “자살하는 사람의 대부분은 30세 미만이다(F)”, “인간관계나 경제적인 문제가 있는 사람일수록 자살 위험이 더 높다(T)” 등은 자살에 대한 통계적 사실을 반영한다. 한편, 델파이 조사에 참여한 전문가들은 “문항의 진술이 틀린 것은 아니나 모든 연령대의 자살이 각각 문제를 보유하고 있으므로, 특정 연령대의 인구집단에 자살 위험이 크다는 식의 진술은 적합하지 않다”, “이 사실을 아는 것이 자살에 대한 태도를 변화시킨다고 생각하지 않는다”, “자살 예방에 크게 도움이 된다고 보긴 어렵다” 등의 의견을 제시했다. 이에 본 연구자들은 해당 지식을 알고 있는 것이 자살 위기 대처 능력을 높이는 데 직접적인 영향을 미친다고 보기 어렵다고 판단해 최종 척도에 포함하지 않았다.

결과적으로, 한국형 자살 예방정보 이해력 척도에는 호주에서 개발된 척도(Calear et al., 2021)와 달리 ‘원인·기폭제’ 요인이 도출되지 않았다. 기존 척도에서는 해당 요인에 “자살하는 사람들은 정신질환자이다(F)”, “자살의 동기와 원인은 쉽게 규명된다(F)”, “자살에 대한 언론 보도는 자살 시도를 부추길 뿐이다(F)” 등의 문항들이 포함된다(Calear et al., 2021). 위 문항들에 대한 정답은 모두 ‘틀림’이지만, 자살과 정신질환의 연관성, 미디어와 모방 자살 등을 고려했을 때 사실상 전혀 아니라고 단정할 수 없기 때문이다. 이 부분에 대해서는 원칙도를 개발한 Calear et al.(2021)도 본인들이 개발한 LOSS 척도의 한계점으로 인정한 바 있다. 이에 본 연구에서는 척도 축소 과정을 거치며 명확한 답을 내리기 어려운 문항들을 삭제했으며, 그 결과 기존 척도의 원인·기폭제 요인에 해당하는 문항들이 상당 부분 제외되었다. 물론, 자살이 가진 다면성과 복잡성을 고려했을 때, 자살을 일으키는 동기와 원인이 다양하다는 점을 일반인들에게 이해시키는 것은 매우 중요하다. 하지만 진위형 척도로 구성된 측정 방식이 자살 원인의 복합적인 측면을 반영하지 못하고 오히려 자살의 원인을 제한적으로 인식하게 할 수 있다. 이러한 문제점을 극복하고자 본 연구는 한국형 자살 예방정보 이해력 척도의 주된 개발 목적을 한국 사람들의 자살 위기 대처 능력을 높여주는 데 초점을 두고, 위기 신호와 대응 방안에 대한 문항을 보완하는 데 집중했다.

한국형 자살 예방정보 이해력 척도의 위기 신호에는 기존 척도에 포함된 문항 이외에 다음의 세 가지가 새롭게 추가되

었다. “자살을 생각하는 사람은 자신을 비하하거나 죽음에 관한 이야기를 자주 한다(T)”, “가족이나 친구를 자살로 잃은 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다(T)”, “자살을 생각하는 사람은 평소에 자주 활동을 멈추고 타인과의 관계를 피한다(T)”. 이 문항들은 일반인 심층 조사와 전문가 델파이 조사를 통해 얻은 결과를 반영한 것으로, 자살 생각을 심각하게 고민하는 사람들에게서 자주 관찰되는 증상이다. 한편, 중앙심리부검센터(2019)에서 실시한 심리부검 면담 결과에 따르면, 자살로 사망한 사람 중 92.3%가 자살을 시도하기에 앞서 가족이나 친구 등에게 정신적 아픔을 호소하지만, 이들의 주변인 중 경고신호를 인지한 경우는 23%에 불과했다. 이러한 결과는 자살 예방정보 이해력 수준이 낮은 주변인은 자살 징후를 제대로 인지하지 못하고, 인지하더라도 잘못된 대처 방안을 제안할 가능성이 크다는 기존 연구(An et al., 2020)의 결과가 현실로 반영된 것이라 볼 수 있다. 결국, 자살 징후를 알고 있는 것만으로도, 자살 위기에 처한 주변인의 신호를 인식하여 심각한 상황이 발생하기 전에 적절한 도움을 줄 수 있으므로(Holmes, Clacy, Hermens, & Lagopoulos, 2021), 한국형 자살 예방정보 이해력 척도의 구성 문항으로서 적절하다고 판단된다. 반면, 기존 척도에서 위기 신호에 대한 이해도를 측정하는 데 포함됐던 “자살을 시도하는 모든 사람이 사전에 계획을 세우는 것은 아니다”의 경우는 위기 신호가 아닌 위험요소 요인으로 추출됐다.

위기대응·예방 요인을 설명하는 문항들도 기존 척도와 달리 좀 더 구체적인 문항들로 변경됐다. 예를 들어, 기존 척도에 포함됐던 “정신과 의사 또는 심리상담가를 만나는 것은 자살 예방에 도움이 된다(T)”는 “정신건강의학과 의사나 정신건강센터, 자살예방센터 상담자를 만나는 것은 자살 예방에 도움이 된다(T)”로 보다 구체적으로 수정했다. 내용 타당도 검증 과정에서 전문가들은 위 문항에 대한 중요성을 매우 높게 평가했으며, ‘심리상담가’와 같은 모호한 표현보다 정확한 용어를 사용해야지만 일반인들이 자살 위험에 처한 사람을 전문가에게 연결해줄 수 있다고 제안했기 때문이다. 또한, “자살에 대해 생각하는 사람은 자기 생각을 다른 사람에게 털어놓지 않는다(F)”는 “자살 생각을 하는 사람에게는 그의 이야기를 경청해주어야 한다(T)”와 “자살을 생각하고 있는 사람에게 관심을 기울여주면 자살 예방에 도움이 된다(T)” 등 실제 어떠한 대처 행동을 보여야 하는지가 드러나도록 표현 방식을 변경했다. 이외에 “자살 위험이 높은 사람은 혼자 두지 말아야 한다

(T)”와 “자살 생각에 사로잡혀 있는 순간은 올바른 판단을 할 수 있는 상태가 아니다(T)” 등의 문항이 추가됐다. 위 문항은 충동적인 자살이 발생할 가능성이 있다는 점을 알리는 측면에서 중요할 뿐만 아니라, “자살 시도는 현실 도피와 같은 것으로 상황을 직시하고 스스로 나아져야 한다”는 잘못된 편견을 개선하는 데에도 필요한 지식이기 때문이다(안순태, 이하나, 2017a).

기존 ‘원인·기폭제’ 요인에 포함됐던 “극소수의 사람만이 자살을 생각한다(F)”의 경우는 한국적 상황을 반영해 “자살 위기는 누구에게나 일어날 수 있다(T)”로 표현을 수정했으며, 해당 문항은 ‘위험요소’ 요인으로 추출됐다. 이는 초기 구성한 57개 문항 중 고정관념·편견 요인에 해당하던 “자살하려는 사람들은 그렇지 않은 사람들과 근본적으로 다르지 않다”, “자살하려는 사실 자체만으로 어떤 사람인지 잘 드러난다”, “자살하거나 자살을 생각하고 있는 사람들은 보통 사람들과 다르다” 등과 유사한 의미를 나타내는 것으로, 한국 사회의 자살 낙인과 관련성이 높은 중요한 문항이기도 하다(Lee & An, 2016). 실제로, 본 연구에서 진행한 온라인 심층 조사 결과에서도 자살의 원인을 “나약한 사람”, “정신력이 약한 사람”, “죄를 지은 사람”, “실패한 사람”, “삶에 미련이 없는 사람” 등 개인의 잘못에 기인하는 경우가 많았다. 이러한 인식에는 자살을 시도하는 사람을 외집단화하고, 차별 행동을 일으킬 위험성이 담겨 있을 가능성이 높다(Corrigan et al., 2017). 따라서 본 연구에서는 자살이 특정 사람에게만 발생하는 문제가 아니라는 점을 지각시키는 측면에서 한국형 자살 리터러시 척도에 반드시 포함되어야 하는 문항이라고 판단했다.

본 연구는 한국 사람을 대상으로 자살 예방에 관한 지식을 탐색적으로 조사하고, 이에 대한 측정 도구를 개발한 첫 연구로서 학문적, 실천적 함의를 가진다. 그동안 자살에 대한 태도나 낙인을 측정하는 도구에 대한 개발은 진행된 바 있지만, 자살 예방에 도움이 되는 지식에 초점을 둔 측정 도구에 대한 개발이 상대적으로 미흡했다. 무엇보다 자살 예방을 위한 게이트키퍼 교육에 사용되는 지식측정 도구들은 일반인이 사용하기에 이해하기 어려운 용어들과 정답을 고르기 난해한 항목들이 포함되어 있다. 무엇보다, 기존 지식 척도는 자살의 원인과 위기신호 등에 초점을 두었기 때문에, 실질적으로 자살 예방에 방해가 되는 자살 낙인을 측정하고 수정하는 데 활용하기 어려운 측면이 있다. 반면, 본 연구에서 개발한 자살 예방정보 이해력 척도는 일반인들을 대상으로 이들이 평소 자살에

관해 가지고 있던 잘못된 정보나 편견 등을 살펴보고 반영했다는 측면에서 실무적 활용도가 높다.

본 연구의 필요성을 제기하며 언급한 바 있듯이, 자살 리터러시는 자살 낙인을 감소하고, 도움 행동의 적극성을 높이는 데 긍정적 효과가 있음이 선행연구들을 통해 입증됐다(An & Lee, 2019; Cruwys et al., 2018; Han et al., 2018). 자살을 둘러싼 오해와 편견을 바로 잡고, 자살 시도자를 향한 사회적 낙인을 해소하는 것은 자살 예방을 위해 매우 중요한 일이다(WHO, 2014). 이러한 측면에서 본 연구를 통해 개발된 한국형 자살 리터러시 척도는 한국적 상황에 맞는 자살 예방 활동에 유용하게 활용될 수 있을 것이다. 해당 척도를 이용해 참가자들의 자살 예방정보 이해력을 평가한다면, 어떠한 측면의 지식이 부족한지 확인하고, 이에 맞는 교육이나 개입 방안을 마련할 수 있다. 따라서 본 척도는 자살 예방 교육이나 활동의 효과를 평가하는 차원에도 사용될 수 있을 뿐만 아니라 타깃별 맞춤형 자살 예방 교육을 수립하는 데에도 전략적으로 사용할 수 있을 것이라 기대한다.

본 연구의 제한점을 밝힌다. 첫째, 본 연구에서 도출된 요인별 구성 문항에 대한 타당도 검증 결과에서 AVE 값이 .5를 초과하지 못했다. 비록 개념 신뢰도가 .7 이상으로 나타나 타당도 확보에 문제가 없었지만(이용 외, 2019), 이는 후속연구를 통해 반드시 재확인할 필요가 있는 부분이다. Cleave et al.(2021)의 연구에서도 그랬듯이, 각 요인을 설명하는 문항들의 분류가 명확하지 않은 점이 있기 때문이다. 예를 들어, “가족이나 친구를 자살로 잃은 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 높다”의 경우, 상황 자체로 봤을 때 위기에 처했다고 볼 수 있지만, 자살 발생률을 높이는 위험요소로 볼 수도 있기 때문이다. 본 연구는 각 요인의 판별 타당도가 검증되었음을 확인했지만, 척도의 설명력을 높이기 위해선 지속적인 수정 및 보완 작업이 요청된다. 사실 자살이라는 질병 특성으로 인해, 위기 신호, 위기대응·예방, 위험요소 등 각 요인에 대한 개념적 정의와 분류가 어려운 것은 사실이다. 하지만 국민의 자살 리터러시를 높이는 것은 자살률 감소를 위해 필수적인 작업이기에, 자살 관련 다양한 분야 전문가들의 협조를 통해 문항 보완과 타당도 및 신뢰도를 보완하는 후속 작업이 적극적으로 이루어져야 할 것이다. 특히, Cleave et al.(2021)도 이야기했듯이, 자살은 상당히 민감한 이슈이기 때문에 문항에 사용된 단어나 진술 방식에 따라 전달되는 의미가 달라질 수 있음에 주의하고 신중한 수정 작업이 진행될 필

요가 있다.

둘째, 본 연구에서는 초기 57개 문항이 15개로 축소되면서 기존 척도에서 확인된 ‘원인·기폭제’ 요인이 추출되지 않았다. 자살은 다양한 내/외부 원인이 복잡하게 연관되어 발생하기 때문에, 그 원인을 명확히 규명한다는 것이 현실적으로 불가능할 수 있다. 하지만 자살 생각이나 충동성을 자극하는 기폭제(trigger)에 대한 지식은 알고 있을 필요가 있다. 한편, Cleave et al.(2021)이 개발한 원척도에서도 기폭제와 원인이 섞여져 있었는데, “자살에 대한 언론 보도”, “자살에 관해 이야기하는 것” 이외에 자살 위험을 촉발하는 자극제나 위험요소가 무엇인지 확인할 수 있는 문항이 없었다. 후속 연구에서는 이러한 점을 충분히 고려하여, 자살 예방을 위해 실질적으로 도움이 되는 정보 위주의 척도가 될 수 있도록 보완하는 작업이 진행될 필요가 있다. 덧붙여서, 현재의 자살 리터러시 척도는 자살 위기 수준에 따른 구분이 명확하지 않다는 한계점을 가진다. 예를 들어, 어렴풋이 자살 생각을 하는 경우, 구체적인 자살 계획을 세우고 있는 경우, 갑작스럽게 자살 충동을 느끼는 경우 등에 따라 신호나 증상이 다를 수 있으며, 자살 위기 수준에 따른 대처 방법 역시 달라져야 한다. 앞으로의 척도 보완 작업에서는 이러한 부분도 중요하게 고려해야 할 것이다.

셋째, 현재 개발된 자살 리터러시 척도는 각 문항을 진위형으로 평가하기 때문에, 문제가 되는 부분들이 있다. 예를 들어, “과거 자살 시도 경험이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 자살을 시도할 가능성이 더 높다”라는 문항은 사실이지만, 이러한 설명은 자살을 시도한 경험이 있는 사람은 모두 언젠가 또다시 자살하게 될 것이라고 확대해석하게 될 우려가 있기 때문이다(Cleave et al., 2021, p. 5). 또한, 정답을 맞힐 확률이 50%이기 때문에, 유도형 질문으로 서술된 문항의 경우는 사실상 정답을 잘 모르고 있더라도 맞출 가능성이 있다. 자살 예방을 위한 지식수준을 어떠한 척도를 이용해 측정하는 것이 가장 적절할지에 대한 고민도 후속연구에서 논의되어야 할 것이다. 또한, 동일한 자료를 가지고 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 시행한 점도 본 연구의 제한점이다. 비록 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 통해 차원 구분과 문항 축소를 거친 후 전문가 델파이 조사를 통해 축소된 문항에 관한 내용 타당도를 검증받고, 그 이후 최종적으로 확인적 요인분석을 한 것이었지만, 이러한 검증만으로는 본 연구에서 개발한 문항의 타당도가 완벽하게 확보되었다고 보기 어렵다. 후



속연구에서는 이러한 점을 보완해 다른 연구 대상자에게서도 같은 결과가 나타나는지 살펴볼 필요가 있다.

현재 한국 사회는 높은 자살률을 낮추고자 국가적 차원의 자살 예방 정책과 사업 추진에 힘쓰고 있다. 자살 고위험군을 보호하고 관리하기 위한 적극적인 지원뿐만 아니라, 우리 사회가 자살 문제에 경각심을 가질 수 있도록 생명존중문화를 조성하기 위한 노력도 함께 진행 중이다(한국생명존중희망재단, 2021). 하지만 전 국민을 대상으로 한 자살 예방 캠페인이나 교육적 활동이 여전히 부족한 편이다. 약 40분에 1명씩 자살로 사망할 정도로 한국의 자살률이 매우 높음에도 불구하고, 한국 사람들은 자살을 나와 상관없는 문제로 인식하는 경향이 있다(안순태, 이하나, 2017b). 자살 위기에 대한 무관심은 자살을 개인적 문제로 치부하게 만들고, '자살하는 사람을 이해할 수 없다'거나 '자살 위기에 처한 사람을 도와줄 준비가 되어 있지 않다' 등 자살 예방을 방해하는 인식을 형성하는데 영향을 미친다(안순태, 이하나, 2017b). 자살을 주위의 적극적인 관심을 통해 예방 가능한 질병으로 인식시키기 위해서는 사회적 낙인을 개선하는 작업과 동시에 자살 리터러시 증진을 위한 노력이 진행되어야 할 것이다.

최근 통계청(2020)은 2019년 한국 사회의 1일 평균 사망자 수는 37.8명으로, 전년 대비 0.9% 증가했다고 발표했다. 아직 2020년과 2021년 자살 통계자료가 발표되지 않아 정확

한 파악은 어렵지만, 2020년 시작된 코로나19 이후 우울감을 느끼는 사람이 대폭 늘어났다고 한다. 게다가 코로나19로 인한 경제적 상황 악화는 우울증뿐만 아니라 자살 위기를 높였을 가능성이 크다(Hyun et al., 2021). 전 세계적으로 코로나19로 인한 정신건강 문제가 심각해짐에 따라, 전문가들은 정신건강 리터러시(mental health literacy)의 중요성을 강조하고 있다(Duplaga & Grysztar, 2021; Hermans, Van den Broucke, Gisle, Demarest, & Charafeddine, 2021). 이러한 맥락에서, 개인의 자살 리터러시 수준 역시 정신건강 악화에 따른 자살 위기를 극복하는 데 상당히 밀접하게 관여할 것이다. 본 연구를 시작으로 국내에서도 자살 리터러시의 중요성에 대한 학문적 관심이 높아지길 기대한다.

안순태는 미국 The University of North Carolina at Chapel Hill에서 매스커뮤니케이션 박사학위, The University of Alabama에서 광고/홍보 석사학위, 서강대학교에서 매스커뮤니케이션 석사학위, 이화여대에서 법학사 학위를 받았다. Kansas State University에서 조교수/부교수로 봉직하였고 현재는 이화여자대학교 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 취약계층 미디어 효과와 헬스커뮤니케이션이다. (E-mail: soontae@ewha.ac.kr)

이하나는 이화여자대학교에서 언론학 석사학위 및 박사학위를 받았다. 현재는 이화 연령통합고령사회연구소에 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 사회적 취약계층, 사회적 낙인, 정신건강 및 자살예방 연구이다. (E-mail: hannah21@ewha.ac.kr)

## 참고문헌

- 김대업. (2008). Amos A to Z: 논문작성절차에 따른 구조방정식 모형 분석. 파주: 학현사.
- 김정수, 김지은, 송인한. (2018). 2017년 광역자치단체 자살예방정책: 제3차 국가자살예방기본계획 및 지자체 자살예방시행계획 수립매뉴얼을 기준으로 한 구성요소 및 세부과제 분석. *보건사회연구*, 38(3), pp.580-610.
- 안순태, 이하나. (2017a). 자살에 대한 인식과 태도. *한국사회복지조사연구*, 52, pp.95-117.
- 안순태, 이하나. (2017b). 자살시도자를 향한 사회적 낙인척도의 단축형 개발과 타당화: 인구통계학적 특성에 따른 낙인인식 검증. *정신건강과 사회복지*, 45(4), pp.83-108.
- 이용, 임세원, 신영철, 신동원, 오강섭, 김선영, 김영환, 전상원. (2019). 한국판 GRIT 척도: 신뢰도, 타당도 및 요인구조 연구. *대한불안의학회지*, 15(1), pp.53-60.
- 전석균(2009). 정신보건사회복지사의 슈퍼비전이 직무환경과 소진에 미치는 영향에 대한 연구. *정신보건과 사회사업*, 32(8), pp.106-134.
- 중앙심리부검센터. (2019). 2018 심리부검 면담 결과 보고서. 중앙심리부검센터.
- 통계청. (2020). 2019년 사망원인통계. <http://kostat.go.kr>에서 2020. 9. 22. 인출.
- 홍세희. (2000). 구조 방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 19(1), pp.161-177.
- 한국생명존중희망재단. (2021). 2021 자살예방백서. 보건복지부.
- An, S., Cruwys, T., Lee, H., & Chang, M. X. L. (2020). Cultural differences in reactions to suicidal ideation: a mixed methods comparison of Korea and Australia. *Archives of suicide research*, 24(3), pp.415-434.
- An, S., Lee, H. (2019). Content Analysis of Online Suicide Prevention Information and Reader's Comments: Positive and Negative Functions of Suicide Prevention Information, *Mental Health and Social Work*, 47(1), pp.258-290.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), pp.406-417.
- Calear, A. L., Batterham, P. J., Trias, A., & Christensen, H. (2021). The literacy of suicide scale: Development, validation, and application. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication.
- Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), pp.64-73.
- Corrigan, P. W, Dubke, R., & Sheehan, L. (2017). The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatry Research*, 256, pp.40-45.
- Cruwys, T., An, S., Chang, M. X. L., & Lee, H. (2018). Suicide literacy predicts the provision of more appropriate support to people experiencing psychological distress. *Psychiatry Research*, 264, pp.96-103.
- Domino, G., Su, S., & Shen, D. (2000). Cross-cultural investigation of a new set of scales for the Suicide Opinion Questionnaire. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 41(4), pp.307-321.
- Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2017). The effects of brief, passive psychoeducation on suicide literacy, stigma, and attitudes toward help-seeking among Latino immigrants living in the United States. *Stigma and Health*, 2(1), pp.28-42.
- Duplaga, M., & Grysztar, M. (2021). The Association between Future Anxiety, Health Literacy and the Perception of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 9(1), p.43.
- Han, KM., Won, E., Paik, JW., Lee, MS., Lee, HW., & Ham, BJ. (2016). Mental health service use in adults with suicidal ideation within a nationally representative sample of the Korean population. *Journal of Affective Disorders*, 193, pp.339-347.
- Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Ma, J. (2018). Seeking professional help for suicidal ideation: A comparison between Chinese and Australian university students. *Psychiatry Research*, 270, pp.807-814.
- Hermans, L., Van Den Broucke, S., Gisle, L., Demarest, S., & Charafeddine, R. (2021). Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: the role of health literacy. *BMC Public Health*, 21(1).

- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2021). The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: a systematic review. *Archives of suicide research*, 25(2), pp.177-207.
- Hubbard, R. W., & McIntosh, J. L. (1992). Integrating Suicidology into Abnormal Psychology Classes: The Revised Facts on Suicide Quiz. *Teaching of Psychology*, 19(3), pp.163-166.
- Hyun, J., Kim, S., Kim, H., Choi, Y. J., Choi, Y. K., Lee, Y. R., ... & Sohn, S. (2021). COVID-19 and Risk Factors of Anxiety and Depression in South Korea. *Psychiatry Investigation*, 18(9), p.801.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), pp.396-401.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of structural equation modeling*. The Guilford Press
- Lee, H., & An, S. (2016). Social stigma toward suicide: Effects of group categorization and attributions in Korean health news. *Health Communication*, 31(4), pp.468-477.
- Lester, D. (2013). *Suicide prevention: Resources for the millennium*. Taylor & Francis.
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). Suicide literacy and suicide stigma - results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, pp.1-7.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), pp.382-386.
- Renberg, E. S., & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), pp.52-64.
- Smith, April R., Silva, Caroline, Covington, David W., Joiner Jr., Thomas E. (2014). An assessment of suicide-related knowledge and skills among health professionals. *Health Psychology*, 33(2), pp.110-119.
- Tzeng, W. C., & Lipson, J. G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 14(3), pp.345-358.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), pp.104-115.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)에서 2020. 2. 25. 인출.

# Development and Construct Validation of the Korean Suicide Literacy Scale

An, Soontae<sup>1</sup> | Lee, Hannah<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ewha Womans University

<sup>2</sup> Ewha Institute for Age Integration Research

---

## Abstract

The purpose of this study was to develop a scale to measure suicide literacy. Based on the Scale of Suicide Literacy (LOSS), we attempted an exploratory study reflecting culture-specific items. This study focused on constructing items that can help reduce the suicide rate in Korean society. After compiling exploratory items based on the literature review and an online in-depth survey, we first extracted distinctive factors with a Delphi expert consultation. In this study, items that were difficult to answer clearly were deleted through the scale-reduction process. Then, based on another survey of 552 adults, we conducted an exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis. The results yielded 3 factors with 15 items: 1) treatment/prevention, 2) risk factors, 3) signs. The final scale was strengthened items measuring treatment/prevention and signs. This study discussed the academic and practical implications of a Korean suicide literacy scale.

**Keywords:** Suicide, Suicide Literacy, Mental Health, Scale Development, Scale Validation