

2018년 자살 관련 지표들과 추이

이두웅^{1,2} · 권준현^{1,2} · 양지은^{2,3} · 주영준^{2,4} · 박은철^{2,5} · 장성인^{2,5}

¹연세대학교 대학원 보건학과, ²연세대학교 보건정책 및 관리연구소, ³한국보건과학연구원 신의료기술평가사업본부, ⁴아주대학교 의과대학 예방의학교실, ⁵연세대학교 의과대학 예방의학교실

Suicide Related Indicators and Trends in Korea in 2018

Doo Woong Lee^{1,2}, Junhyun Kwon^{1,2}, Jieun Yang^{2,3}, Yeong Jun Ju^{2,4}, Eun-Cheol Park^{2,5}, Sung-In Jang^{2,5}

¹Department of Public Health, Yonsei University Graduate School; ²Institute of Health Services Research, Yonsei University; ³Division of New Health Technology Assessment, National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, Seoul; ⁴Department of Preventive Medicine, Ajou University School of Medicine, Suwon; ⁵Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Suicide has been a long-standing problem for global public health, along with almost 800,000 deaths from suicide worldwide in 2016, accounting for 1.4% of all deaths. South Korea was ranked first in suicide mortality in 2018 among countries in the Organization for Economic Cooperation and Development. This study aimed to suggest up-to-date information about suicide-related indicators such as the rate of suicidal ideation, suicide attempt, and suicide death, and its trends by applying sampling weight to make it nationally representative. In this study, we used the data sources: Korea National Health and Nutrition Examination (KNHANES, '07-13, '15-18), Korean Community Health Survey (KCHS, '08-09, '13, '17), Korean Wealth Panel Study (KOWEPS, '12-18), Korea Health Panel Survey (KHP, '10-13), and Statistics Korea (1983-2017). The rate of suicidal ideation as recent year was 4.73% (KNHANES, '17), 6.96% (KCHS, '17), 2.29% (KOWEPS, '18), and 5.39% (KHP, '13). That of suicide attempt as recent year was 0.51% (KNHANES, '18), 0.32% (KCHS, '17), and 0.15% (KOWEPS, '18). Annual percentage change (APC) of suicidal ideation was -15.4% (KNHANES, '07-13, '15, '17), -2.5% (KCHS, '08-09, '13, '17), -10.8% (KOWEPS, '12-18), and -10.9% (KHP, '10-13). APC of suicide attempt was -4.4% (KNHANES, '07-13, '15-18), -4.4% (KCHS, '08-09, '13, '17), and -13.6% (KOWEPS, '12-18). APC of death by intentional self-harm was -1.25% (Statistics Korea, '07-18). All suicide-related indicators were found to be decreasing in the overall from 2009. Individuals with lower income level were more likely to experience suicidal ideation and suicide attempts. Even though suicide rate had been continuously decreasing from its highest point in 2011 (suicide rate: 31.7 per 100,000 population) to 2017 (suicide rate: 24.3 per 100,000 population), it increased again in 2018 (suicide rate: 26.6 per 100,000 population). This information would be grounded on policy implementation for suicide prevention, thus continuous data observation is necessary.

Keywords: Suicide; Suicidal ideation; Suicide, attempted; Income level; Korea

서 론

전 세계적으로 한 해에 약 800,000만 명이 자살로 인해 사망하고 있으며, 이는 인구 10만 명당 11.4명으로 전체 사망의 1.4%를 차지하고 있다[1]. 또한 자살로 인한 사망에는 자살생각, 자살시도와 같은 위험

행동들이 선행되며, 특히 자살시도는 자살로 인한 사망에 있어 가장 큰 위험요인이다[1]. 한국의 자살률은 2013년부터 감소세를 이어왔지만, 2018년 전년도 대비 9.7% 증가하면서 인구 10만 명당 26.5명 기록하였다[2]. 연령대로 살펴보면 10대(22.1%), 30대(12.2%), 40대(13.1%)에서 증가폭이 컸으며, 10-30대 사망원인 1순위를 차지하였다[2]. 특히 2017년에는 리투아니아의 Organization for Economic

Correspondence to: Sung-In Jang

Department of Preventive Medicine and Institute of Health Services Research, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea
Tel: +82-2-2228-1863, Fax: +82-2-392-8133, E-mail: JANGSI@yuhs.ac

Received: February 29, 2020, Revised: February 25, 2020, Accepted after revision: March 5, 2020

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cooperation and Development (OECD) 가입에 따라 자살률이 회원 국가운데 2위로 잠시 밀려났으나, 2018년 리투아니아의 자살률은 감소하는 반면(10만 명당 24.4명; 10만 명당 28.0명, 2017년), 한국의 자살률은 증가하여 OECD 회원국 가운데 자살률 1위를 다시 기록하였다[3].

이처럼 지속되는 한국의 자살문제를 해결하기 위해 정부는 2004년 1월 ‘국가자살예방 5개년 기본계획’을 통해 ‘제1차 자살예방 종합대책(2005-2009)’을 수립하고, 그 이후로 2008년 ‘제2차 자살예방종합대책(2009-2013)’, 그리고 2016년 ‘제3차 자살예방기본계획(2016-2020)’을 수립한 바 있다. 가장 최근에는 정부 국정운영 100대 과제 중 자살예방 관련 내용이 포함되어 국가가 자살예방정책을 주도적으로 추진하겠다는 의지를 표명한 바 있다. 이에 따라 ‘제3차 자살예방기본계획’ 내용을 기반으로 ‘자살예방 국가행동계획(2018-2022)’이 새롭게 추진되었으며, 2018년 2월에는 보건복지부 건강정책국 내에 ‘자살예방정책과’를 신설하였다. 이는 이전의 정신건강정책과의 업무 중 일부에 불과하던 자살예방정책을 중장정부 내의 전담부서 설치를 통해 적극적·효율적으로 추진하고자 하는 기반을 마련한 것으로 볼 수 있다.

이 연구는 일련의 자살예방정책들에 대한 평가가 목적이 아닌 한국의 자살 관련 데이터를 통해 최신 트렌드를 파악함으로써 자살 관련 연구나 정책추진 시에 유용한 기초자료가 되는 것을 목적으로 시행하였다. 또한 이 연구는 2017년부터 매년 자살 관련 지표를 파악했던 선행연구의 후속연구이다[4-6]. 해당 선행연구에서는 2008년 이후로 인구 자살생각률, 자살시도율, 그리고 자살률이 전반적인 감소추세에 있으며, 남성일수록, 소득수준이 낮을수록 이러한 자살 관련 행동들의 발생률이 높다고 보고한 바 있다. 뿐만 아니라 우리나라의 자살률이 OECD 회원국의 평균과 비교했을 때 약 2배 이상의 높은 수준을 10년 이상 유지하고 있다. 특히 2018년에는 자살률의 증가와 더불어 다시 OECD 자살률 1위가 되었기에 지속적인 자살 트렌드를 파악하는 것이 중요하다.

이에 따라 이 연구의 목적으로, 첫째, 최근의 사용 가능한 최신 데이터를 통해 자살 관련 지표를 업데이트하고 트렌드를 파악하는 것이다. 둘째, 2018년의 자살 관련 행동들의 발생률이 성별과 소득수준에 따라 차이가 있는지 파악하는 것에 목적이 있다. 마지막으로, 자살률을 제외한 자살생각률, 자살시도율의 자살 관련 행동들을 파악할 수 있는 데이터의 한계점을 논의하고 개선방안을 제언하는 것에 목적이 있다.

방 법

1. 연구데이터 및 연구대상

이 연구에서는 자살생각, 혹은 자살시도 대한 현황을 파악할 수 있는 4가지 데이터, 국민건강영양조사(Korea National Health and Nutrition Examination, KNHANES), 지역사회건강조사(Korean Community Health Survey, KCHS), 한국복지패널(Korean Wealth Panel Study, KOWEPS), 한국의료패널(Korea Health Panel Survey, KHP)과 자살사망의 현황을 파악할 수 있는 통계청 사망원인 데이터를 사용하였다.

KNHANES는 1995년 제정된 국민건강증진법 제16조에 근거하여 시행하는 전국 규모의 건강 및 영양조사로, 1998년부터 2005년까지 3년 주기로 시행하였으며, 국가통계의 시의성 향상을 위해 2007년부터 매년 시행하고 있다. KNHANES의 목적은 국민의 건강수준, 건강행태, 식품 및 영양섭취실태에 대한 국가단위의 대표성과 신뢰성을 갖춘 통계를 산출하고, 이를 통해 국민건강증진종합계획의 목표 설정 및 평가, 건강증진프로그램 개발 등 보건정책의 기초자료로 활용하는 것이다.

KCHS는 지역보건법 제4조(지역사회 건강실태조사) 및 동법시행령 제2조(지역사회 건강실태조사 방법 및 내용)에 근거하여 지역보건료계획을 수립 및 평가하고, 조사수행 체계를 표준화하여 비교 가능한 지역건강통계를 생산하고자 2008년부터 매년 전국 보건소에서 실시하고 있다.

KOWEPS는 2006년부터 매년 조사가 이루어지며, 전국대표성을 위해 약 7,000개의 표본가구를 첫 차년도에 모집하여 가구의 특성, 경제수준, 사회복지 욕구, 건강수준 등의 요인들에 대해 포괄적으로 조사하고 있다. 전국대표성을 유지하기 위해 원표본가구의 조사 탈락을 고려하여 일정 시점마다 신규 표본가구를 추가모집하여 조사하고 있다.

KHP는 2008년부터 매년 조사가 이루어지며, 전국대표성을 위해 2005년 인구주택총조사 90% 전수자료를 추출 틀로 약 8,000개의 표본가구를 선정하였으며, 원표본가구의 조사 탈락을 고려하여 일정 수준의 표본가구가 유지될 수 있도록 신규가구를 추가모집하여 조사하고 있다.

통계청 사망원인 데이터는 통계법과 가족관계의 등록 등에 관한 법률에 따라 매년 전국의 읍·면·동사무소 및 시·구청(재외국민은 재외공관)에 접수된 사망신고서를 주민등록지 기준으로 집계한 결과로, 사망원인은 세계보건기구(World Health Organization)의 사인분류지침에 따라 원사인을 기준으로 집계하고 있다.

통계청 사망원인 데이터를 제외한 KNHANES, KCHS, KOWEPS, KHP 데이터의 경우 자살생각 혹은 자살시도 관련 문항의 조사대상자가 만 19세 미만의 청소년이거나 아예 조사가 이루어지지 않은 연도가 있었기 때문에 모든 연도를 활용할 수 없었다(Appendix 1).

이에 따라 KNHANES는 2007-2013년, 2015-2018년 데이터, KCHS는 2008년, 2009년, 2013년, 2017년 데이터, KOWEPS는 2012-2018년 데이터, KHP는 2010-2013년 데이터, 그리고 통계청 사망원인 데이터는 1983-2018년 데이터를 이용하였다. 통계청 데이터를 제외한 4가지 데이터의 연구대상자는 만 19세 이상 성인으로 한정하였으며, 자살생각, 자살시도 여부에 모름으로 응답하거나 응답하지 않은 경우는 제외하였다. 제외기준을 적용한 연구대상자는 KNHANES 2007-2013년, 2015-2018년 총 63,394명, KCHS 2008년, 2009년, 2013년, 2017년 총 847,758명, KOWEPS는 2012-2018년 총 84,559명, KHP는 2010-2013년 총 49,181명이다.

2. 변수측정

이 연구에서 자살사망률은 통계청에서 매년 고시하는 사망원인 데이터를 활용하였으며, 자살생각률과 자살시도율은 KNHANES, KCHS, KOWEPS, KHP의 관련 문항을 통해 조사된 개인 대상자를 통해 산출하였다. 그러나 각 데이터별 자살생각과 자살시도에 대한 문항은 약간 상이하다. 우선 조사대상자의 자살생각 여부에 대한 문항으로 KNHANES, KCHS, KHP에서는 “최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있습니까?”인 반면, KOWEPS에서는 “지난 한 해 동안 자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 있는지”였다. 조사대상자의 자살시도 여부에 대한 문항으로는 KNHANES, KCHS, KHP에서 “최근 1년 동안 실제로 자살시도를 해본 적이 있습니까?”인 반면, KOWEPS에서는 “지난 한 해 동안 자살을 시도했는지”였다.

한편, KNHANES에서는 자살생각 문항에 대해 3번의 문구 변경이 있었다. KNHANES 제1기(1998)-제5기(2010-2012)는 “최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있습니까?”로, 제6기 1차 연도(2013)는 “최근 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있습니까?”로, 제6기 2, 3차 연도(2014, 2015)와 제7기 1, 2차 연도(2016, 2017)는 “최근 1년 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있습니까?”라는 문항으로 자살생각을 측정하였다.

이처럼 활용된 데이터 간의 문항이 다르기 때문에 자살생각률 및 자살시도율의 직접적인 비교에는 한계가 있을 수 있다. 또한 KNHANES의 경우 3번의 자체적 문항의 변경이 있었기에 자살생각률의 연도별 비교에는 한계가 있을 수 있다.

3. 분석방법

각 데이터에서 활용 가능한 연도의 만 19세 이상 성인의 자살생각률과 자살시도율을 산출하였으며, KCHS, KOWEPS, KHP의 패널조사 데이터의 경우 전체 인구구조를 반영하여 자살생각률과 자살시도율을 구하기 위해 각 데이터에서 제시하고 있는 횡단가중치를 적용하였다.

또한 데이터별로 연도별 자살생각률과 자살시도율의 증가 또는 감소 트렌드가 유의한지 확인하기 위해 log-binomial 모델을 통해 연도를 독립변수로, 자살생각과 자살시도를 종속변수로 놓고 회귀분석을 시행한 후, 산출된 회귀계수를 이용하여 관찰기간 동안의 연간퍼센트변화율(annual percentage change)을 제시하였다. 그리고 소득을 4분위로 나누어 소득수준에 따른 자살생각률과 자살시도율을 제시하였다. KNHANES의 경우 월평균 가구소득에서 가구원 수를 제곱근한 값으로 나누어 월평균 가구균등화소득을 구하였고, KOWEPS 데이터의 소득수준은 가구경상소득에서 가구원 수를 제곱근한 값으로 나누어 연간 가구균등화 경상소득을 구하였다. 그리고 각각의 계산된 가구소득을 4분위 그룹으로 나누었다. 또한 통계청 사망데이터를 통해 연간 자살사망자 수와 인구 100,000명당 자살률을 제시하였고, 다항식 추세선을 통해 연간 자살률의 경향성을 표현하였다. 그리고 통계청 사망데이터에서 자살로 인한 사망에 대해 집계를 시작한 1983년부터 가장 최근 조사연도인 2018년까지 5년 단위로 성별, 그리고 나이 그룹별로 구분하여 자살사망자 수와 인구 100,000명당 자살률을 제시하였다.

결 과

이전 연구들의 연장선상에서, 2018년도 새롭게 추가된 자살 관련 데이터는 KNHANES의 2018년 자살시도 문항, KOWEPS의 2018년 자살생각과 자살시도 문항, 그리고 통계청 사망원인 데이터의 2018년 자살률 및 자살사망자 수이다. 업데이트된 데이터를 통해 확인한 자살생각, 자살시도, 그리고 자살사망의 현황 및 추세는 다음과 같다.

우선 자살생각률과 자살시도율은 전반적으로 감소추세에 있는 것을 확인할 수 있으며, 자살사망률과 어느 정도 비슷한 추세가 있음을 시각적으로 확인할 수 있다(Figures 1-3). KNHANES를 통해 자살생각률이 2007년 14.09%에서 2008년 16.87%로 증가했던 이후로 2012년 13.24%까지 지속적으로 감소하다가 2013년부터는 4.56%로 크게 감소하였다(Figure 1).

2013년 이전까지의 자살생각률이 통계청 자살사망률과 비슷한 양

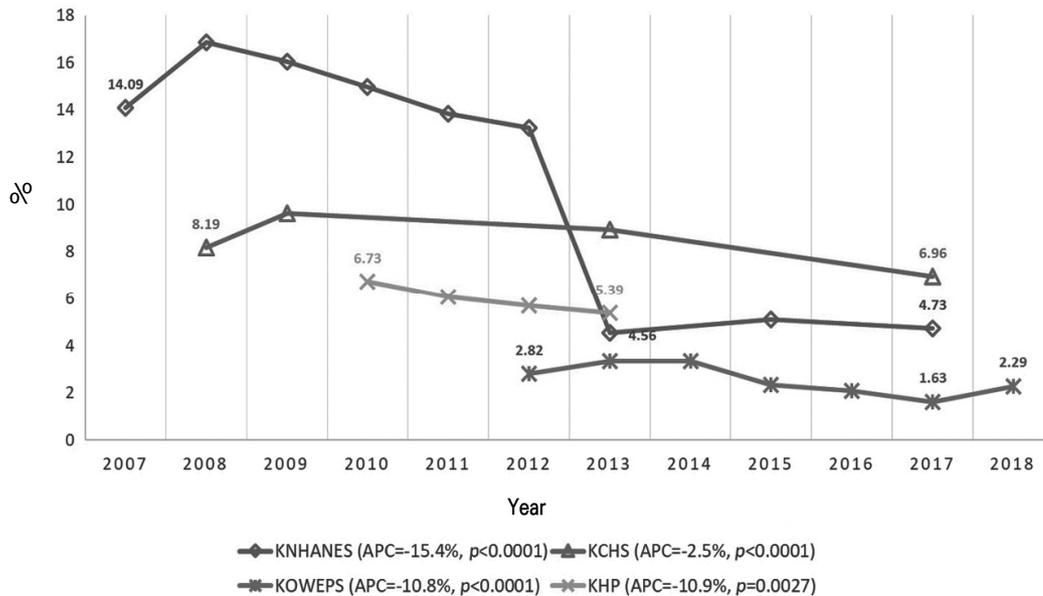


Figure 1. Proportion of population reporting suicidal ideation. KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study; KHP, Korea Health Panel Survey; APC, annual percentage change.

상을 보이다가 2013년부터 급격한 감소가 이루어졌다는 것은 KNHANES에서 조사방식의 변화에 이유가 있을 것으로 짐작해볼 수 있고, 그 중 유력한 원인은 자살생각 측정문항의 변경에 의한 것으로 생각할 수 있다. 그러나 KNHANES의 경우 2014, 2016, 2018년에는 성인 대상으로 자살생각 문항이 측정되지 않아 2013년 이후의 자살생각의 추세를 정확히 파악할 수 없었다. 마찬가지로 KCHS도 2008, 2009, 2013, 2017년을 제외하고 자살생각 문항이 측정되지 않아 추세를 정확히 파악할 수 없었다. KHP도 2010-2013년에만 자살생각 문항이 측정되어 정확한 추세 파악이 어렵다는 동일한 문제가 있었다. 그러나 KOWEPS의 경우 2012년부터 2018년까지 꾸준히 자살생각 문항이 측정되어 자살생각에 대한 추세 파악이 다른 데이터보다 상대적으로 용이했다. KOWEPS의 2012년 자살생각률이 2.82%에서 2013년 3.35%로 소폭 증가하였다가 2017년 1.63%까지 지속적으로 감소하였다. 그러나 2018년 2.29%로 다시 증가하게 되었다. KOWEPS의 자살생각률 변화의 추세와 통계청의 자살사망률의 변화의 추세가 유사한 모습을 보이고 있다.

자살시도율의 경우 2007년 0.66%에서 2008년 1.02%로 크게 증가한 후에 2009년 1.03%로 약간 증가하였다(Figure 2).

그 이후로 2013년 0.56%까지 지속적으로 감소하였다가 2017년 0.71%까지 증가하는 추세를 보였다. 하지만 2018년에는 0.51%로 다시 감소하였다. KCHS에서는 앞선 자살생각률과 마찬가지로 자살시도율이 2008, 2009, 2013, 2017년에만 조사되어 추세를 정확히 파악할

수 없었다. 반면, KOWEPS의 경우 2012년부터 2018년까지 꾸준히 자살시도 문항이 측정되어 자살시도에 대한 추세 파악이 다른 데이터보다 상대적으로 용이했다. KOWEPS의 2012년 자살시도율이 0.16%에서 2015년 0.04%로 지속적으로 감소한 이후로 2018년 0.15%까지 지속적으로 증가하였다. KOWEPS의 자살시도율 변화의 추세와 통계청의 자살사망률의 변화의 추세가 유사한 모습을 보이고 있다.

2018년 업데이트된 데이터를 포함하여 경향성 분석(trend test)을 통해 자살생각률의 추세를 살펴보면 변화하는 크기의 차이는 있으나, 모든 데이터에서 유의하게 감소하는 추세를 확인할 수 있었다(p for trend: KNHANES, $p < 0.0001$; KCHS, $p < 0.0001$; KHP, $p = 0.0027$; KOWEPS, $p < 0.0001$). 마찬가지로 자살시도율의 추세도 감소하는 것을 확인할 수 있었다(p for trend: KNHANES, $p < 0.0001$; KCHS, $p < 0.0001$; KOWEPS, $p = 0.0004$).

통계청 사망원인 데이터를 통해 1983년부터 2018년까지의 자살사망자 수와 자살사망률의 추세를 살펴본 바는 다음과 같다(Figure 3). 자살사망률 변화의 추세가 1983년부터 2011년까지 꾸준히 증가하다가 2011년 자살자 수 및 자살률이 최고점(자살사망자 수, 15,906명; 자살률, 31.7)을 기록하고 그 이후로 2017년까지 감소하였지만, 최근 2018년에는 자살사망자 수 및 자살률이 모두 증가하였다(자살사망자 수, 13,670명; 자살률, 26.6). 이처럼 사망률의 꾸준한 증가가 다시 감소하는 추세는 다항 추세선을 통해서 시각적으로 확인할 수 있으며, 이 추세선의 설명력은 96.1% ($R^2 = 0.9617$)이다. 또한 자살사망자

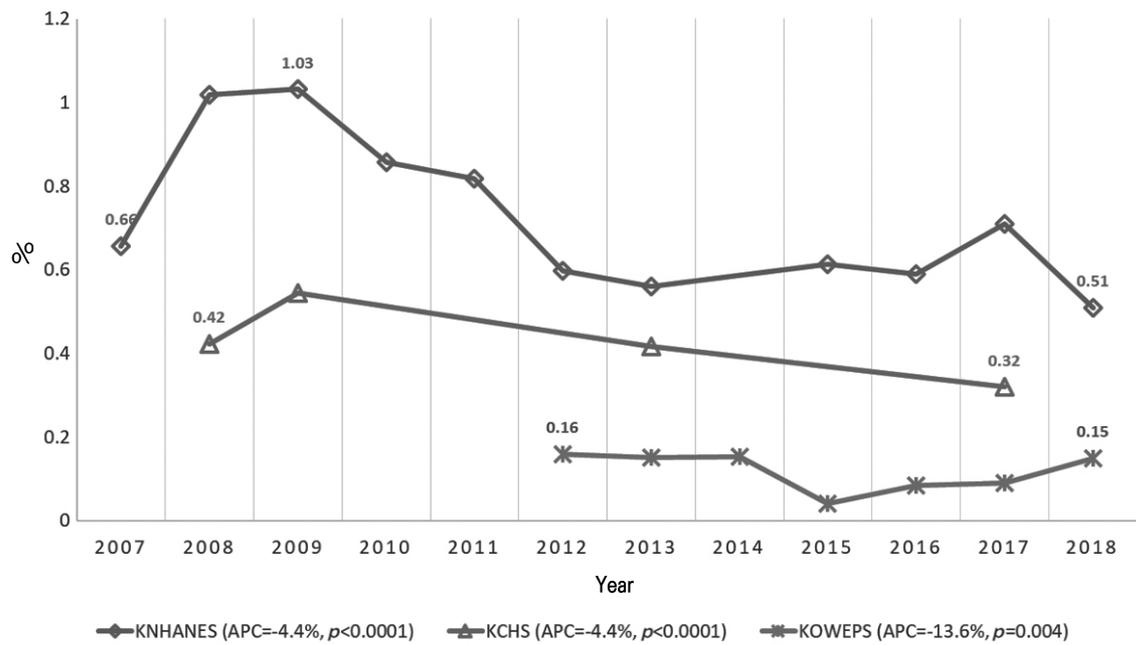


Figure 2. Proportion of population reporting suicidal ideation. KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study; KHP, Korea Health Panel Survey; APC, annual percentage change.

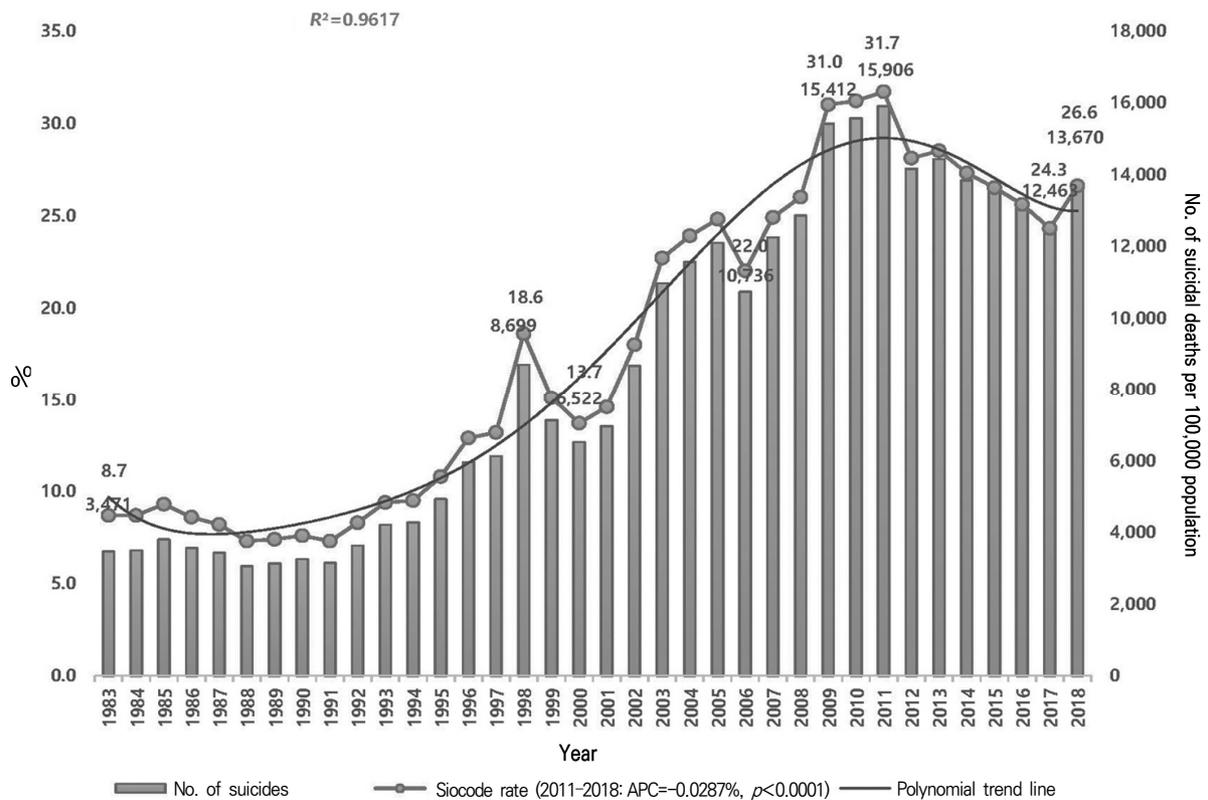


Figure 3. Death by intentional self-harm. From Statistics Korea. Cause of death. Daejeon: Statistics Korea; 2018 [2].

수와 자살률의 최고치였던 2011년 이후로 2018까지 연간 자살률 변화는 약 -0.0287%이며, 이는 통계적으로 유의하다.

2018년도 데이터가 업데이트된 KNHANES의 자살시도율과 KOWEPS의 자살생각율 및 자살시도율을 4분위 소득수준으로 나누어 살펴보았다. 모든 관측치에서 소득수준이 낮을수록 자살생각률과 자살시도율이 높았다(Table 1).

자살사망률은 1983년 이후로 지속적으로 증가하였고 모든 시점에서 여성보다 남성의 자살사망률이 높았다. 연령층별로 보았을 때 60세 이상의 고령층에서 자살사망률 증가폭이 크며, 특히 고령의 남성에게서 자살사망률 증가폭이 가장 크다(Table 2).

Table 1. Percentage of population reporting suicidal ideation or suicide attempts as nearest year

Variable	Total	Suicidal ideation			Suicide attempts		
		No.	Unweighted (%)	Weighted (%)	No.	Unweighted (%)	Weighted (%)
KNHANES (2018)							
Overall	6,166				39	0.63	0.51
Income level*							
Low	1,540				17	1.10	0.74
Low-middle	1,551				12	0.77	0.82
Middle-high	1,541				6	0.39	0.27
High	1,534				4	0.26	0.15
KOWEPS (2018)							
Overall	11,481	281	2.45	2.29	10	0.09	0.15
Income level*							
Low	5,121	177	3.46	4.18	6	0.12	0.31
Low-middle	2,440	63	2.58	2.87	2	0.08	0.14
Middle-high	2,098	27	1.27	1.35	2	0.10	0.14
High	1,822	14	0.77	0.76	0	0.00	0.00

KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study.

*Income=household income/ $\sqrt{\text{(number of household members)}}$.

Table 2. The number of the population reporting suicidal deaths and its rate by sex and age groups (suicide rate per 100,000 population)

Variable	Age (yr)	Year							
		1983	1988	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Total		3,471 (8.7)	3,057 (7.3)	4,208 (9.4)	8,699 (18.6)	10,973 (22.7)	12,858 (26)	14,427 (28.5)	13,670 (26.6)
Overall	≤19	339 (8)	334 (7)	351 (9)	476 (12)	301 (9)	318 (9)	308 (9)	301 (11)
	20-39	1,795 (52)	1,540 (41)	1,970 (46)	3,453 (78)	3,184 (75)	3,762 (94)	3,459 (93)	3,190 (90)
	40-59	976 (57)	784 (39)	1,212 (55)	3,031 (117)	3,864 (127)	4,414 (123)	5,830 (142)	5,488 (130)
	60-79	337 (58)	366 (57)	588 (75)	1,503 (152)	2,945 (252)	3,478 (242)	3,772 (219)	3,544 (165)
	≥80	24 (12)	33 (13)	87 (24)	235 (51)	679 (114)	886 (113)	1,057 (95)	1,147 (70)
	Unknown	0	0	0	1	0	0	1	0
	Male	≤19	228 (10)	217 (9)	229 (11)	258 (13)	184 (11)	178 (10)	186 (11)
20-39		1,293 (72)	1,129 (58)	1,338 (60)	2,431 (108)	2,125 (98)	2,067 (100)	2,209 (115)	2,118 (115)
40-59		781 (95)	597 (60)	918 (85)	2,438 (188)	2,925 (193)	3,184 (179)	4,367 (211)	4,133 (193)
60-79		241 (95)	234 (90)	385 (123)	1,032 (251)	1,977 (399)	2,390 (385)	2,744 (359)	2,727 (278)
≥80		11 (23)	14 (22)	40 (42)	115 (92)	357 (209)	441 (194)	553 (169)	730 (139)
Unknown		0	0	0	1	0	0	1	0
Female		≤19	111 (5)	117 (5)	122 (6)	218 (12)	117 (8)	140 (9)	122 (8)
	20-39	502 (30)	411 (23)	632 (30)	1,022 (48)	1,059 (51)	1,695 (87)	1,250 (70)	1,072 (63)
	40-59	195 (22)	187 (19)	294 (26)	593 (45)	939 (61)	1,230 (67)	1,463 (71)	1,355 (65)
	60-79	96 (32)	132 (36)	203 (44)	471 (87)	968 (152)	1,088 (138)	1,028 (110)	817 (72)
	≥80	13 (9)	19 (10)	47 (17)	120 (36)	322 (76)	445 (80)	504 (64)	417 (37)
	Unknown	0	0	0	0	0	0	0	0

Values are presented as number (rate).

고 찰

앞선 연구들에 KNHANES 2018년도 자살시도 데이터, KOWEPS 2018년도 자살생각 및 자살시도 데이터, 그리고 2018년도 통계청 사망원인 데이터를 추가하여 우리나라 자살 관련 지표들과 추이를 파악하였다.

자살생각률과 자살시도율은 이전 연구의 결과들과 마찬가지로 전체 평균적으로 봤을 때 감소추세에 있는 것을 확인하였다. 그러나 통계청 사망원인 데이터를 통해 2018년 자살사망률이 증가했다는 점과 KOWEPS 데이터를 통해 2018년 자살생각률과 자살시도율이 증가했다는 점은 자살 관련 지표들이 감소하는 추세에 있다는 단순한 결론을 내리기에 무리가 있다.

2018년도의 데이터를 통해 자살생각률과 자살시도율이 소득수준이 낮은 집단에서 높다는 것은 앞선 연구들과 맥락을 같이한다[4-6]. 따라서 앞선 연구에서 저소득층을 대상으로 한 자살예방정책의 우선적 개입을 제언한 것은 여전히 유효한 것으로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 노인의 자살률 증가폭이 다른 연령층에 비해 높으며, 특히 남성 노인의 자살률 증가폭이 두드러진다는 점에서 우리나라 자살률의 증가는 노인 자살률(특히 남성)의 증가에 의한 것이라 파악된다. 연령 및 성별에 따른 자살률의 차이가 있음을 확인할 수 있으며, 이를 근거로 노인에 대한 자살예방정책의 필요성을 제언한다.

자살은 전 세계적으로 가장 큰 문제 중에 하나이며, 이러한 가운데 2018년 기준 OECD 회원국 중 우리나라는 자살률 1위라는 타이틀을 다시 잃어지게 되었다. 뿐만 아니라 2018년 사망원인통계에 따르면 암(26.5%), 심장질환(10.7%), 폐렴(7.8%), 뇌혈관질환(7.7%)에 이어 자살(4.6%)이 2015년 이후로 4년 동안 사망원인의 5위에 위치하고 있다. 또한 과거의 자살시도 경험이 있는 사람의 경우 지속적으로 자살을 시도할 가능성이 높고, 이들의 자살로 사망확률이 일반인구집단에 비해 25배 높은 것으로 보고된 바 있다. 특히 자살시도자의 경우 정신과적 문제뿐만이 아닌 사회경제적 어려움에 의해 자살시도를 하는 경우가 상당하며, 이를 위해선 정신건강의학적 조치와 사회복지적 조치가 함께 이루어져야 한다[7]. 이처럼 자살과 관련된 다수의 문제를 해결하기 위해 효과적이고 지속적인 정책이 마련되어야 할 것이다. 이러한 배경에서 자살 관련 지표들과 추이를 전국적으로 파악할 수 있는 체계적인 데이터 수집이 필요할 것이다. 현재 우리나라에서 자살 관련 지표를 활용할 수 있는 전국 대표성이 있는 데이터는 없으며, 자살 관련 지표가 있는 KNHANES, KCHS, KHP 등의 데이터도 지속적으로 조사가 이루어지고 있지 않아 자살 관련 지표들에 대한 정

확한 파악이 이루어지고 있지 않다. 효과적이고 지속적인 자살예방 정책을 수립하기에 앞서 자살생각률 및 자살시도율과 같은 현황 파악이 선행되어야 할 것이며, 보다 정확한 자살현황을 파악하기 위해 전국 대표성 있는 자살 데이터 구축이 필요하다. 그러나 개인정보보호법 등의 이유로 특히 정보의 접근이 어려운 자살 관련 데이터는 국가의 정책적 차원에서 근거가 뒷받침되어야 이루어질 수 있을 것이다.

ORCID

Doo Woong Lee: <https://orcid.org/0000-0002-8843-2099>;
 Junhyun Kwon: <https://orcid.org/0000-0001-5453-6650>;
 Jieun Yang: <https://orcid.org/0000-0002-6065-0940>;
 Yeong Jun Ju: <https://orcid.org/0000-0003-4891-0524>;
 Eun-Cheol Park: <https://orcid.org/0000-0002-2306-5398>;
 Sung-In Jang: <https://orcid.org/0000-0002-0760-2878>

REFERENCES

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Statistics Korea. Cause of death. Daejeon: Statistics Korea; 2018.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2019. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2019.
4. Ju YJ, Jang SI. Suicide related indicators and trend of Korea in 2015. *Health Policy Manag* 2017;27(1):75-79. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.75>.
5. Yang J, Ju YJ, Park EC, Jang SI. Suicide related indicators and trends in Korea in 2016. *Health Policy Manag* 2018;28(1):87-90. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.1.87>.
6. Kwon J, Yang J, Ju YJ, Park EC, Jang SI. Suicide related indicators and trends in Korea in 2017. *Health Policy Manag* 2019;29(1):77-81. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.77>.
7. Park EC. The need of integrated approach for suicide prevention. *Health Policy Manag* 2019;29(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.1>.

Appendix 1. Summary of data sources for suicidal behaviors by every survey year

Data source	Year	Suicidal Ideation		Suicide Attempt	
		Study subject	Inclusion in analyses	Study subject	Inclusion in analyses
KNHANES	2007	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2008	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2009	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2010	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2011	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2012	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2013	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2014	Adolescent only	Not included	Adolescent only	Not included
	2015	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2016	Adolescent only	Not included	Adult/adolescent	Included
	2017	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2018	Adolescent only	Not included	Adult/adolescent	Included
KCHS	2007	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2008	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2009	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2010	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2011	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2012	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2013	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2014	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2015	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2016	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2017	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2018	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
KHP	2007	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2008	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2009	Adult/adolescent	Included	Not investigated	Not included
	2010	Adult/adolescent	Included	Not investigated	Not included
	2011	Adult/adolescent	Included	Not investigated	Not included
	2012	Adult/adolescent	Included	Not investigated	Not included
	2013	Adult/adolescent	Included	Not investigated	Not included
	2014	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2015	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2016	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2017	Data not released	Not included	Data not released	Not included
	2018	Data not released	Not included	Data not released	Not included
KOWEPS	2007	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2008	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2009	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2010	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2011	Not investigated	Not included	Not investigated	Not included
	2012	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2013	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2014	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2015	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2016	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2017	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included
	2018	Adult/adolescent	Included	Adult/adolescent	Included

KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study.