

2021년 자살 관련 지표들과 추이

김현규^{1,2} · 허경덕^{1,2} · 김승훈^{2,3} · 박은철^{1,2} · 장성인^{1,2}

¹연세대학교 의과대학 예방의학교실, ²연세대학교 보건정책 및 관리연구소, ³을지대학교 의과대학 예방의학교실

Suicide Related Indicators and Trends in Korea in 2021

Hyunkyu Kim^{1,2}, Kyungduk Hurh^{1,2}, Seung Hoon Kim^{2,3}, Eun-Cheol Park^{1,2}, Sung-In Jang^{1,2}

¹Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine; ²Institute of Health Services Research, Yonsei University; ³Department of Preventive Medicine, Eulji University College of Medicine, Seoul, Korea

Background: This study aimed to update suicide-related indicators, including the number of suicidal deaths, suicide rate, and the prevalence of suicidal ideation and suicide attempts. We observed trends in suicide-related indicators based on up-to-date information.

Methods: This study used five data sources to evaluate the trends of suicide-related indicators: Statistics Korea (1983-2021), Korean Wealth Panel Study (KOWEPS, 2012-2021), and Korea Health Panel Survey (KHP, 2010-2013, 2016-2019), Korean National Health and Nutrition Examination (KNHANES, 2007-2013, 2015-2021), Korean Community Health Survey (KCHS, 2008-2009, 2013, 2017, 2021).

Results: The suicide rate per 100,000 population increased from 25.7 in 2020 to 26.0 in 2021. The rates of suicidal ideation from recently available data were 4.28% (KNHANES, 2021), 6.52% (KCHS, 2021), 1.61% (KOWEPS) and 7.10% (KHP, 2019). The suicidal attempts rates were 0.46% (KNHANES, 2021) and 0.34% (KCHS, 2021). The annual percentage change (APC) of suicide rate showed that suicide rates increased in the younger population (APC=9.02% in <19 years, APC=5.13 in 20-39 years) although the rates decreased in the older population (APC=-3.37 in 60-79 years, APC=-2.25 in >80 years).

Conclusion: The suicide rate and related indicators increased in 2021 compared to 2020. Thus, continuous observation and appropriate suicide prevention policies as well as studies about the factors that affected the increase in 2021 are needed.

Keywords: Suicide; Suicidal ideation; Suicide attempts; Suicide rate

서론

자살로 인한 사망은 매년 전 세계적으로 70만 명 이상이 일어나고 있으며, 이는 특정 국가에 국한되어 있지 않고 고소득 및 저소득 모든 국가에서 중요한 사망원인으로 제시되어 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 자살을 매우 심각한 보건 문제로 다루고 있다[1]. 이러한 자살의 심각성은 우리나라에서 더욱 두드러지는데, 우리나라는 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development) 자살통계에 의하면 2003년 이래로 2018년 가입한 리투아니아를 제외한다면 항상 1위를 기록하고 있고,

2018년 이후에도 2020년 현재까지 1등을 기록하고 있어 세계에서 가장 자살문제가 심각한 나라로 분류된다[2]. 우리나라 자살률을 세계 열적으로 보더라도 2017년까지는 감소하는 추세였다가 2018년 다시 증가추세로 반동하였으며 이후 비슷한 수준을 유지하고 있다[3]. 또한 통계청 사망원인통계에 따르면 전체 사망원인 중 5위를 기록하고 있으며, 특히 10대에서 30대까지에선 1위를 차지할 정도로 젊은 연령의 사망에 큰 기여를 하고 있다[4].

이러한 높은 자살률의 문제를 해결하기 위하여 우리나라는 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 2012년 제정 및 시행하고 있으며, 이 법을 근거로 5년마다 자살예방기본계획을 수립하고 이에 따

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: March 6, 2023, Revised: April 25, 2023, Accepted after revision: May 17, 2023

© 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.

라 자살예방정책들을 시행하고 있다. 또한 자살 가능성이 높은 우울증 환자 및 정신질환자를 조기 발견 및 개입을 위하여 국민건강검진에 우울증검사 시행을 하고, 자살예방 상담전화, 정신질환 만성화 예방 등의 국가차원의 개입정책을 시행 중이다. 이러한 정책 상황에서 정책 평가 이전에 다양한 형태로 수집된 자료를 바탕으로 자살률의 변화와 관련 지표들의 추이를 확인하는 것이 정책 평가 및 이후 자살 관련 정책을 수립하는 데 필요할 것이라 생각한다.

이에 따라 본 연구는 2017년부터 수행된 자살 관련 지표들의 추이를 확인하는 연구의 후속연구로 수행되었으며 2021년 수집된 자살 관련 데이터들을 바탕으로 기존 추이와 어떠한 변화가 발생하였는지 알아보고자 한다[3,5-8]. 또한 2021년은 본격적으로 코로나19 대유행의 영향을 받은 해로, 이러한 영향 속에 자살 관련 지표가 어떠한 변화를 보였는지를 파악하고자 한다.

방 법

1. 연구대상

이 연구에서는 연도별 자살률 및 자살사망자수의 추이를 확인하기 위하여 통계청의 사망원인통계 자료를 사용하였다. 통계법과 가족관계의 등록 등에 관한 법률에 따라 사망신고서를 집계해 매년 통계청이 발표하는 사망원인통계는 WHO의 사인분류지침에 따라 사망원인을 분류하며, 그 중 고의적 자해(자살)분류에 속한 사망자 수 및 사망률을 자료로 활용하였으며 1983년부터 2021년까지 분석에 포함하였다.

자살 관련 지표로 자살생각 및 자살시도를 활용하여 연도별로 추이를 확인하였으며, 이를 위해 해당 조사가 포함되어 있는 한국복지패널(Korean Wealth Panel Study), 한국의료패널(Korea Health Panel Survey), 국민건강영양조사(Korean National Health and Nutrition Examination), 지역사회건강조사(Korean Community Health Survey) 자료를 이용하였다. 자료에 따라 연도별로 자살시도 및 자살생각에 관한 질문을 하지 않은 경우도 있어 해당하는 연도를 제외한 자료를 활용하여 결과로 제시하였다. 이에 따라 이번 연구에서는 2015-2021년 국민건강영양조사, 2012-2021년 한국복지패널, 2008년, 2009년, 2013년, 2017년, 2021년 지역사회건강조사, 그리고 2010-2019년 한국의료패널을 활용하였다. 한국의료패널은 2018년까지는 version 1.7.3, 그리고 2019년도에는 2016년 등록센서스를 모집단으로 하는 신규패널을 활용한 version 2.0 자료가 포함되었다. 사용된 자료는 대한민국 정부기관 및 공공기관에 의하여 수집된 자료로 대상자에 대한

개인정보가 삭제된 데이터이다. 이 연구는 연세대학교 연구윤리 심의위원회의 면제심의승인을 받았다(과제번호: 4-2022-0207).

2. 변수 측정

자살생각에 대하여 측정하기 위해 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국의료패널은 “최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 하신 적이 있습니까?”라는 문항을 사용하여 측정하였으며, 한국복지패널은 “지난 한 해 동안 자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 있는지”라는 문항을 사용하였다. 자살시도에 대해서는 국민건강영양조사와 지역사회건강조사는 “최근 1년 동안 실제로 자살시도를 해본 적이 있습니까?”라는 질문을 사용하였고, 한국복지패널은 “지난 한 해 동안 자살을 시도했는지”라는 질문을 활용하였다. 이 연구에서는 각각의 질문에 대해 “예”라고 답한 대상자를 자살생각이 있는 대상자 혹은 자살시도를 한 대상자로 분류하여 결과를 제시하였다.

3. 연구방법

이 연구에서는 앞서 진행한 연구의 연장선상에서 과거 자료에 최신 자료를 추가하였으며, 그에 따라 최근의 자살 및 자살 관련 지표의 추이를 살펴보았다[3,5-8]. 2021년의 자살 및 자살 관련 지표로 추가된 항목들은 2021년 사망원인통계에 따른 자살사망자 수와 사망률, 국민건강영양조사 및 지역사회건강조사의 자살사고와 자살시도, 한국복지패널의 자살생각 자료이다. 또한 한국의료패널은 2019년 신규패널이 구축되어 2019년도 대상자들의 자살생각과 자살시도 자료를 포함하였다.

통계청 사망원인통계를 활용하여 연도별 자살사망자 수와 인구 100,000명당 자살률을 추세선으로 표현된 연도별 그래프로 시각화하였다. 또한 1990년부터 2021년까지 5년 단위로 성별(남성, 여성) 및 연령별(19세 이하, 20-39세, 40-59세, 60-79세, 80세 이상, 연령 미상) 자살사망자 수와 100,000명당 자살률을 제시하였다. 이때 연령별 자살률을 계산하기 위해 연령별 자살사망자 수와 해당 연도의 5세별 주민등록인구를 사용하였다. 자살생각과 자살시도의 경우 각 자료에서 해당 조사가 시행된 연도의 만 19세 이상 대상자의 자살생각률 및 자살시도율을 산출하였으며, 모집단의 인구구조를 반영하기 위하여 층화변수 및 가중치를 적용한 값 또한 제시하였다. 그리고 각 지표가 통계적으로 유의미한 경향성이 있는지 확인하기 위하여 연간퍼센트변화율(annual percentage change, APC)를 산출하였다. 이때 연도를 독립변수로, 각 자살지표를 종속변수로 하는 회귀모형을 구축하였으며 log-binomial 모형을 사용하였다. 자살률의 경우에는 log-linear 모형을 사용하여 5년 단위 APC를 산출하였다.

결 과

통계청의 사망원인통계 중 자살사망자수와 100,000명당 자살률을 연도에 따라 1983년부터 2021년까지 변화와 추세선을 Figure 1에 나타내었다. 자살사망자 수와 자살률은 꾸준히 상승하여 2011년에 15,906명의 자살사망자 수 및 31.7명/100,000명의 자살률로 최고점에 도달한 뒤 2017년까지 감소 추세였다가 다시 상승하였다. 2020년에는 2018-2019년의 상승세에 비해 소폭 감소한 수치를 보였으나(자살 사망자 수: 13,195명, 자살률 25.7명/100,000명), 2021년에는 다시 소폭 상승하여 자살사망자 수 13,352명 및 자살률은 인구 100,000명당 26.0명이었다. 가장 자살률이 높았던 2011년도부터 APC를 계산한 결과 -1.60%로 통계적으로 유의하게 감소 중인 것으로 계산되었다. 하지만 직전 선행연구에서 2011-2020년 간의 APC -1.87%에 비해서는 감소폭이 줄어든 것으로 나타났으며, 이는 이전 2019년까지의 변화율인 -2.11%로부터도 지속적으로 감소폭이 줄어들고 있음을 보여준다. 전체 추이에 대하여 다항추세선을 통해 시각화하였고, 2011년을 기점으로 감소하던 자살률이 2018년을 기점으로 다시 상승하는 추세를 보여준다. 이 추세선의 설명력은 약 96.2% ($R^2=0.9622$)이다(Figure 1).

2017년부터 2021년까지 20세 단위 연령별 성별 자살자 수와 자살률 그리고 5년간의 APC를 Table 1에 나타내었다. 인구 10만 명당 자살률을 살펴보면 이전 연구와 마찬가지로 고령층으로 갈수록 전체 인구 및 남성인구에서 증가하였으며, 여성의 경우 20대 이후 낮게 유지되다 80세 이상에서 다시 증가하는 양상을 보였다. 성별 차이로는 2021년 모든 연령대에서 남성에서 더 높은 자살률을 보였다. 5년간의 APC를 보면 40대 이하의 젊은 층에서는 지속적으로 증가하는 추세를 보였으나 50대 이상의 장/노년층에서는 통계적으로 유의하게 감소되는 양상을 보였다.

자살생각률을 자료에 따라 연도별로 추이를 확인해 보면 같은 조사 자료 내에서는 전반적으로 감소되는 추세를 보였다(Figure 2). 연간 변화율도 국민건강영양조사에서는 -13.0%, 지역사회건강조사는 -10.4%, 복지패널은 -10.4%, 한국의료패널 1기는 -11.5%로 통계적으로 유의하게 감소하는 추세를 보인다. 다만 새롭게 구성된 패널로 이루어진 2019년도 한국의료패널자료의 자살생각률은 7.44%로 이전 한국의료패널 마지막 연도인 2018년의 2.61과 비교했을 때 큰 폭으로 상승한 것으로 확인되었다. 자살시도율을 자료에 따라 연도별로 추이를 확인한 결과를 Figure 3에 그래프로 나타내었다. 자살생각률과 마찬가지로 전체적인 추세는 감소하는 양상을 보였으며 모두 통계적으로 유의한 연간변화율 감소를 나타내었다(국민건강영양조사 -5.1%, 지역사회건강조사 -3.1%). 다만 국민건강영양조사자료의 추이를 보면 전체적으로는 감소하나 2019년 최저치 이후 매년 소폭 상

승하는 양상을 확인할 수 있다.

소득분위에 따른 자살사고율 및 자살시도율을 Table 2에 제시하였다. 이를 살펴보면 모든 자료에서 소득수준이 낮은 집단에서 가장 높은 자살생각률을 보이는 것을 확인할 수 있다. 자살시도율의 경우 지역사회건강조사에서는 가장 낮은 소득분위에서 가장 높은 자살시도율을 보였으나 국민건강영양조사에서는 가중치를 고려하였을 경우 가장 높은 소득분위가 가장 높은 자살시도율을 보였고, 다음으로 가장 낮은 소득분위에서 두 번째로 높은 자살시도율을 보였다(Table 2).

고 찰

이 연구는 2017년부터 시작된 자살 관련 지표들의 추이 선행연구에서 제시하였던 2020년까지의 자살사망자수, 자살률, 자살생각, 자살 시도 등의 자살 관련 지표들의 추이에 최근 추가된 2021년 통계청 사망원인자료, 2021 국민건강영양조사 및 지역사회건강조사의 자살생각 및 자살시도 자료, 2021년 한국복지패널의 자살생각 자료, 2019년 한국의료패널의 자살생각 자료를 더하여 우리나라 자살 관련 지표 및 추이의 변화를 확인하였다.

통계청의 자살지표 변화를 살펴보면 우리나라의 자살률은 2011년 31.7명/10만 명으로 최고점에 도달한 뒤 2017년까지 감소 추세였으나 다시금 증가하고 있는 모습을 보여준다. 특히 2020년 소폭 감소하였으나 2021년 최근 자료에서는 다시금 증가하는 양상을 보였다. 자살시도율의 경우에도 2021년 자료가 추가된 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 경우 직전 조사자료에 비해 상승하는 모습을 보여주어 통계청의 자살률의 변화와 유사한 모습을 보인다. 자살생각률의 변화를 살펴보면 국민건강영양조사와 지역사회건강조사는 2021년 감소하는 양상을 보였으나 한국복지패널의 경우 2021년 1.78%로 1년 전의 1.48% 대비 상승하였다. 이는 조사에서 활용한 질문의 특성 차이에서 기인한 것으로 생각되는데, 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 경우 직전 1년간 죽고 싶은 생각이 있었는지 유무에 대해서만 질문한 반면, 한국복지패널의 경우 직전 1년간 자살하는 것에 대해 진지하게 생각하였는지에 대해 물음으로써 더 심각하고 높은 수준의 자살사고에 대해 질문하였다. 따라서 2021년 자료의 자살생각에서 나타난 조사자료별 차이의 경우 전반적인 죽음에 대한 생각은 감소한 반면, 높은 수준의 자살사고는 증가함으로써 증가된 자살시도율이나 높아진 자살률과 같은 양상을 보인다고 할 수 있다. 한편, 2019년 자료가 추가된 한국의료패널의 경우 자살사고율이 2018년 2.61%에서 2019년 7.44%로 갑자기 증가한 양상을 보이는데, 이는 새로이 구성된 패널로 인한 것으로 추측된다. 추후 이들의 자살생각률의

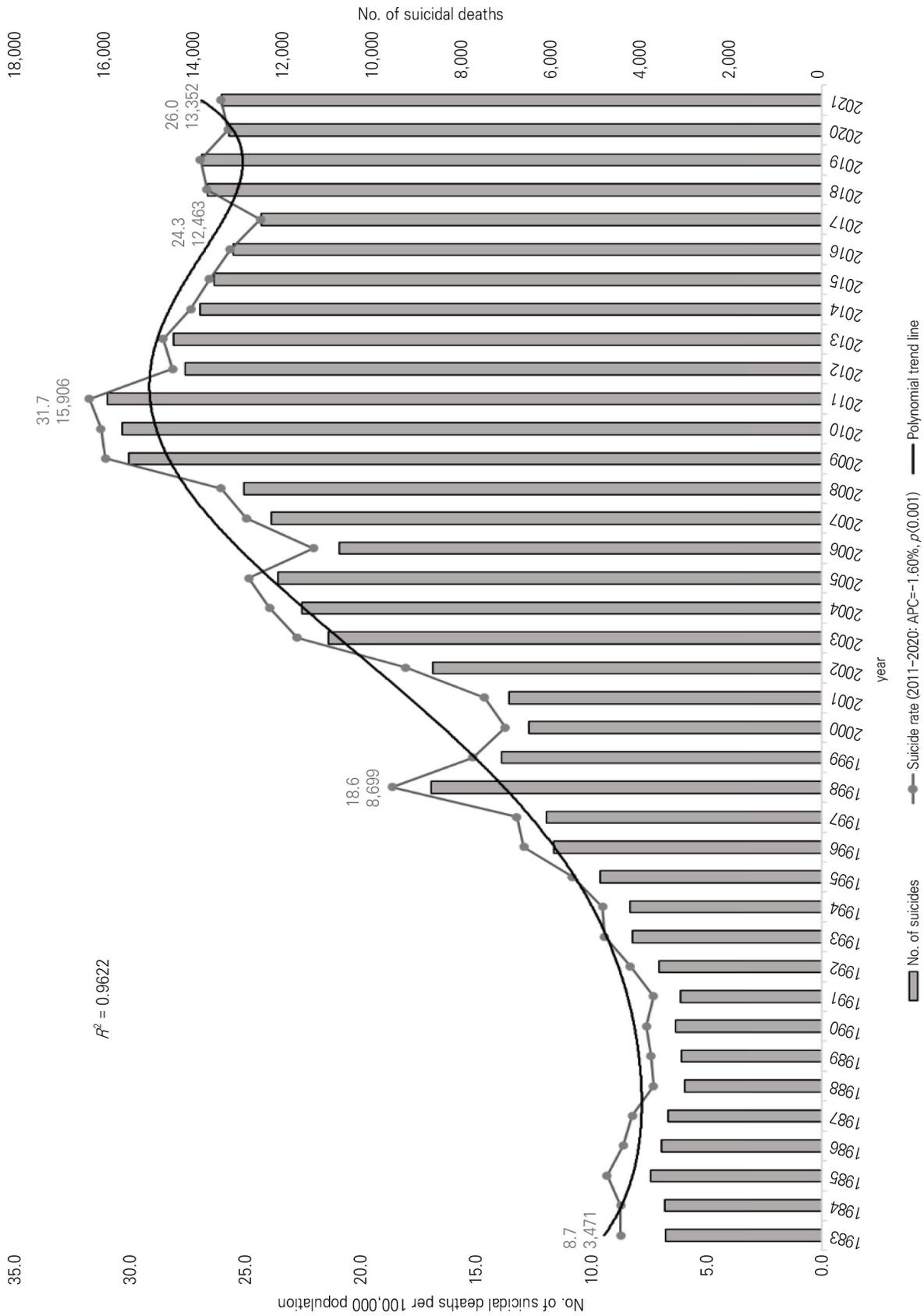


Figure 1. Death by intentional self-harm. From Statistics Korea. Cause of death. Daejeon: Statistics Korea; 2021 [4]. APC, annual percentage change.

Table 1. The number of population reporting suicidal deaths, suicide rate, and 5-year trends of suicide rate by sex and age groups from 2017 to 2021 (suicide rate per 100,000 population)

Data	Category	Year					2017-2021 APC	p-value
		2017	2018	2019	2020	2021		
Total		12,463 (24.3)	13,670 (26.6)	13,799 (26.9)	13,195 (25.7)	13,352 (26.0)	0.95	0.35
Overall	≤19	255 (2.6)	301 (3.1)	300 (4.3)	317 (3.5)	339 (4.0)	9.02	0.0213
	20-39	2,918 (20.6)	3,190 (22.7)	3,220 (23.2)	3,345 (24.4)	3,421 (25.6)	5.13	<0.0001
	40-59	4,976 (29.3)	5,488 (32.4)	5,425 (32.2)	5,011 (29.9)	4,867 (29.0)	-0.98	0.4865
	60-79	3,239 (35.5)	3,544 (38.9)	3,655 (38.3)	3,335 (33.2)	3,486 (32.0)	-3.37	0.0572
	≥80	1,073 (65.3)	1,147 (69.8)	1,193 (67.4)	1,187 (62.6)	1,239 (61.3)	-2.25	0.0348
	Unknown	2	0	6	0	-	-	-
Male	≤19	164 (3.2)	154 (3.1)	145 (4.0)	164 (3.5)	179 (4.1)	6.33	0.0084
	20-39	1,967 (26.8)	2,118 (29.1)	1,994 (27.6)	2,072 (29.1)	2,119 (30.4)	2.56	0.0022
	40-59	3,694 (43.1)	4,133 (48.3)	4,050 (47.6)	3,664 (43.2)	3,493 (41.0)	-1.98	0.2516
	60-79	2,428 (56.6)	2,727 (63.5)	2,765 (61.2)	2,452 (51.4)	2,591 (49.9)	-4.23	0.0467
	≥80	668 (126.7)	730 (138.5)	770 (133.4)	741 (118.0)	811 (119.4)	-2.65	0.0768
	Unknown	1	0	6	0	-	-	-
Female	≤19	91 (1.9)	147 (3.2)	155 (6.5)	153 (3.5)	160 (3.9)	9.76	0.3843
	20-39	951 (14.0)	1,072 (15.9)	1,226 (18.3)	1,273 (19.4)	1,302 (20.3)	9.38	<0.0001
	40-59	1,282 (15.3)	1,355 (16.2)	1,375 (16.5)	1,347 (16.2)	1,374 (16.6)	1.60	0.0031
	60-79	811 (16.8)	817 (16.9)	890 (17.7)	883 (16.8)	895 (15.7)	-1.33	0.1914
	≥80	405 (36.3)	417 (37.3)	423 (35.5)	446 (35.2)	428 (31.9)	-2.98	0.0006
	Unknown	1	0	0	0	-	-	-

Values are presented as number of suicide (%), unless otherwise stated.
APC, annual percent change.

변화를 추적하는 것이 필요할 것이다.

2021년은 코로나19 발생 이후 우리나라에서 본격적으로 많은 환자들이 발생하였으며 지속되는 사회적 거리두기가 국민들의 삶에 영향을 주는 시기로, 이때의 자살률 및 자살 관련 지표들의 변화를 확인하는 것은 코로나19로 인한 사회적 위기가 자살에 미치는 영향을 보여주는 지표로 중요하다. 앞서 살펴본 바와 같이 2020년에는 오히려 감소되었던 지표들이었지만 자살률, 자살시도율, 그리고 높은 수준의 자살생각률이 직전 조사에 비해 상승한 것을 볼 수 있다. 이와 같은 변화는 이전 수준의 가장 높았던 2011년의 자살률로 회귀한 수준은 아니나 하락하는 추세가 다시 반전되었다는 점에서 이에 대한 이유를 밝히는 연구가 필요하다. 코로나19와 자살과 관련된 선행연구에서도 코로나19 대유행 초기에는 고소득 국가 및 한국에서는 자살률이 더 증가하지 않는 양상을 보이지는 않았다[9-11]. 다만 선행연구들은 대부분 2020년 대유행 초반의 자료를 활용하여 수행된 연구로 2021년 우리나라의 대유행 상황과 차이가 있을 수 있다. 일부 지역과 특정 시설에서만 국한되어 발생하던 초기의 코로나 유행과 달리 2020년 후

반기부터 2021년으로 이어진 3차 대유행은 전 국민적으로 영향을 주었으며, 그에 수반된 강화된 사회적 거리두기 정책의 변화로 생활의 형태를 바꾸어 놓았다[12]. 이러한 강제적인 생활형태의 변화와 지속적인 사회적 거리두기로 인한 우울감, 불안감 등 정신과적 증상의 유병률이 증가되고, 그에 따라 자살생각, 자살률이 영향을 받았을 가능성이 있다[13,14]. 이러한 거리두기는 2022년에도 이어졌으므로 지속된 거리두기와 코로나19 대유행 상황이 자살 관련 지표가 어떠한 영향을 미쳤는지 지속적인 추적관찰이 필요하다.

2017년부터 2021년까지 최근 5년간 20세 단위 연령별, 성별로 자살률 추이를 확인해 보면 전체 자살률의 경우 앞서 Figure 1에서 보았던 2018, 2019년에 상승했다가 다시 감소 후 증가 추세로 통계적으로 유의하지 않은 추세를 확인할 수 있었다($APC=0.95, p=0.35$). 연령별로 나누어 추세를 확인한 결과, 이전 연구와 유사하게 노년층에서는 감소하는 추세이나 40세 미만의 젊은 연령층에서는 통계적으로 유의하게 지속적으로 늘어나는 양상을 확인할 수 있다. 또한 소득분위로 나누었을 때도 이전 연구와 유사하게 가장 소득분위가 낮은 층에서

Table 2. Percentage of population reporting suicidal ideation, or suicide attempts as nearest year

Data	Category	Total	Suicidal ideation			Suicide attempts		
			No.	Unweighted %	Weighted %	No.	Unweighted %	Weighted %
KNHANES (2021)	Overall	5,605	253	4.51	4.28	30	0.54	0.46
	Income level*							
	Low	1,528	106	6.94	6.98	13	0.85	0.59
	Low-middle	1,359	50	3.68	4.30	4	0.29	0.30
	Middle-high	1,320	48	3.64	3.38	4	0.30	0.35
High	1,398	49	3.51	3.15	9	0.64	0.62	
KCHS (2021)	Overall	229,229	16,070	7.01	6.52	777	0.34	0.34
	Income level*							
	Low	57,352	7,076	12.34	13.17	366	0.64	0.84
	Low-middle	35,370	2,623	7.42	8.29	121	0.34	0.39
	Middle-high	38,596	2,188	5.67	5.86	106	0.27	0.29
High	97,911	4,183	4.27	4.28	184	0.19	0.20	
KHP (2019)	Overall	11,593	862	7.44	7.10			
	Income level*							
	Low	3,767	426	11.31	11.49			
	Low-middle	3,012	189	6.27	6.01			
	Middle-high	2,448	145	5.92	6.65			
High	2,198	95	4.32	4.90				
KOWEPS (2020)	Overall	10,366	189	1.78	1.61			
	Income level*							
	Low	4,506	123	2.73	3.23			
	Low-middle	2,255	27	1.20	0.99			
	Middle-high	1,884	27	1.43	1.63			
High	1,721	7	0.41	0.51				

KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KHP, Korea Health Panel Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study. *Income=household income/ $\sqrt{\text{number of household members}}$.

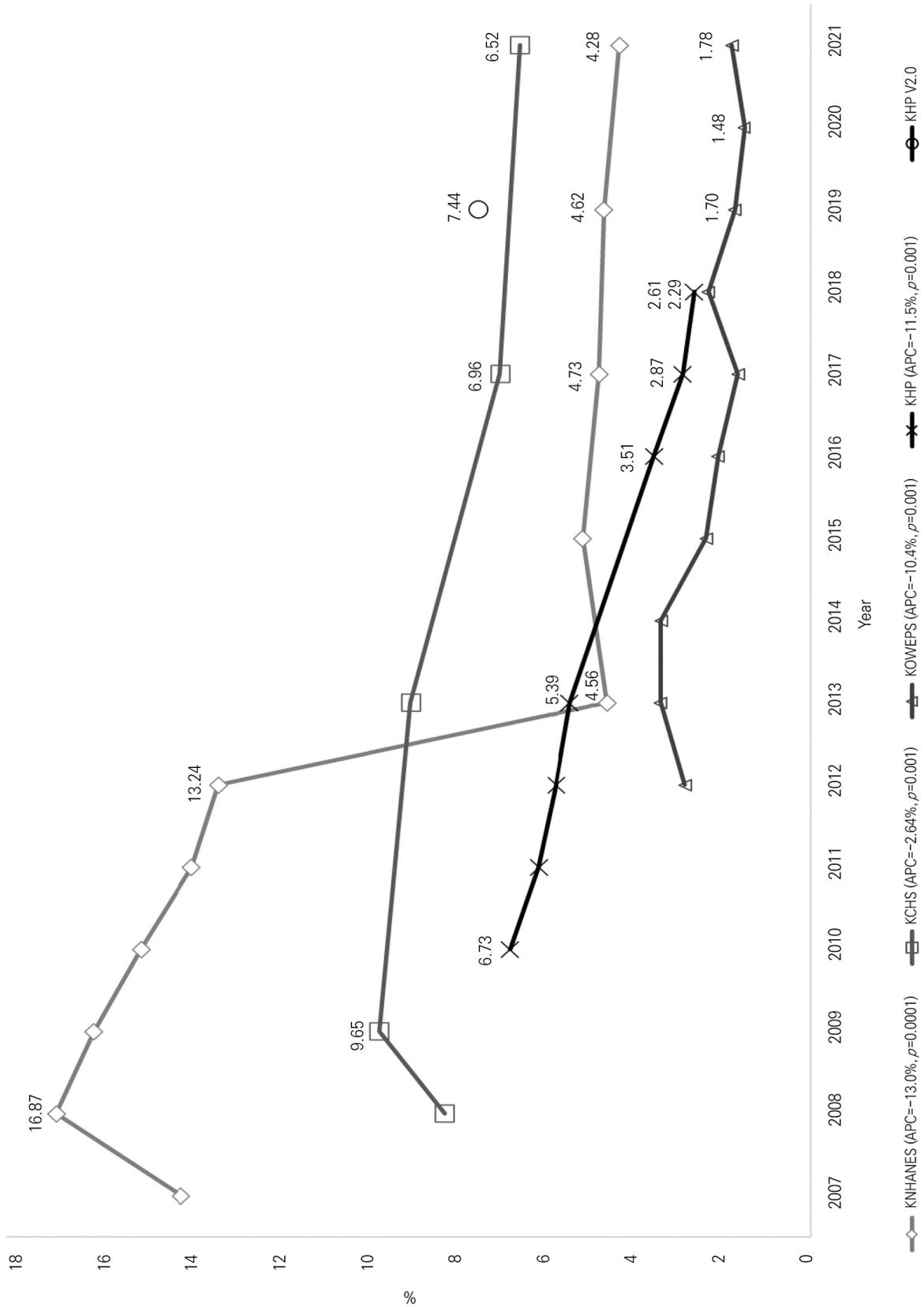


Figure 2. Proportion of population reporting suicidal ideation. KINHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study; KHP, Korea Health Panel Survey; APC, annual percentage change.

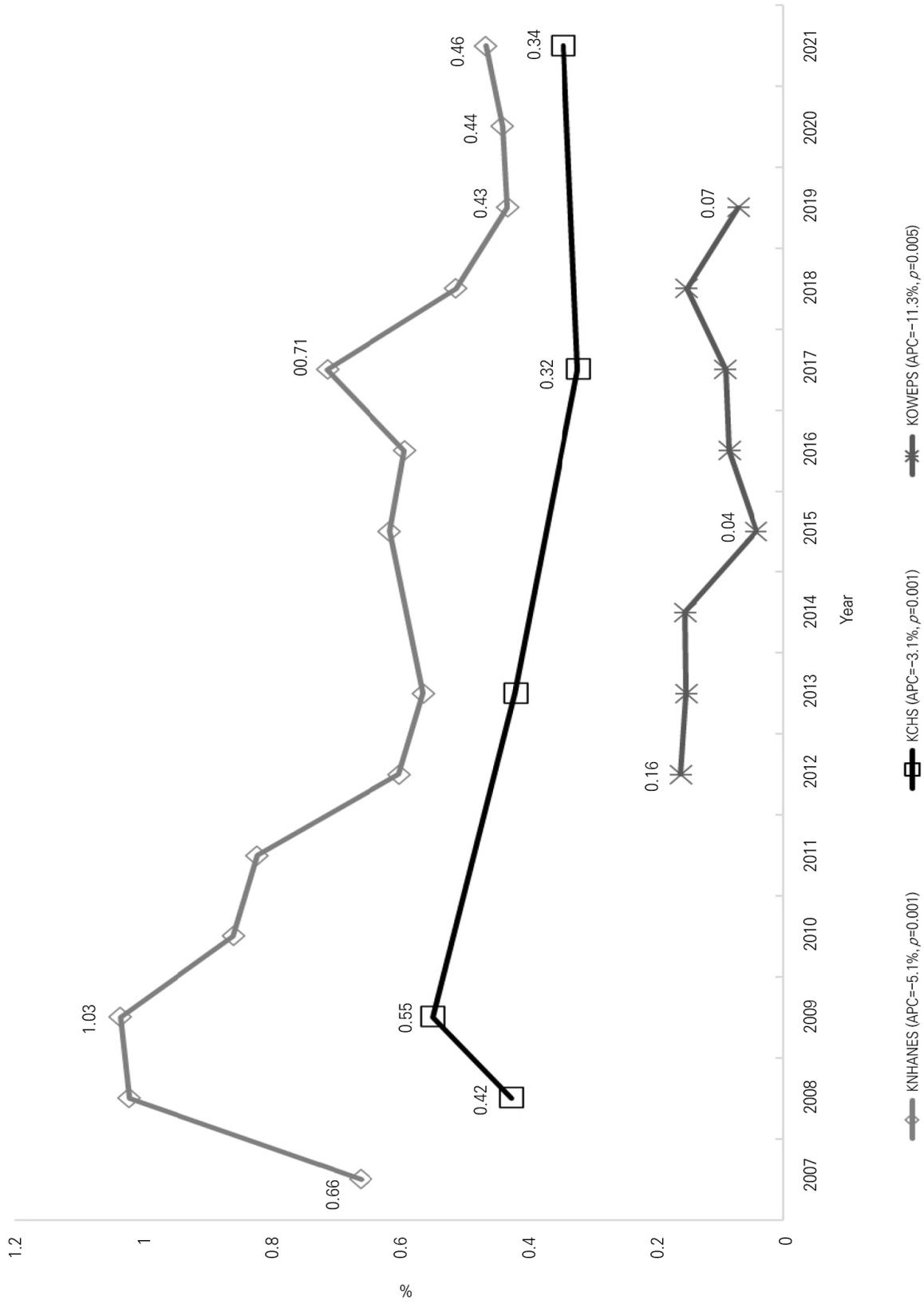


Figure 3. Proportion of population reporting suicide attempts. KNHANES, Korea National Health and Nutrition Examination Survey; KCHS, Korean Community Health Survey; KOWEPS, Korean Wealth Panel Study; APC, annual percentage change.

자살생각률 및 자살시도율이 높게 나오는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 여전히 계층별 연령별로 자살률의 추세가 다르게 나타나는 것으로 보아 그에 맞는 자살예방대책이 필요할 것으로 생각된다.

2021년 최신 데이터를 활용하여 기존 연구에 더하여 자살 관련 지표의 추이를 확인해 본 결과 2020년 대비 자살률, 자살시도율이 늘어났으며 자살생각률은 감소한 자료도 있었으나 심각한 수준의 자살생각률은 소폭 상승하여 다시금 상승하는 추세로 확인되었다. 이러한 자살률의 추세는 장/노년층의 감소 추세에도 불구하고, 특히 40세 미만의 젊은 층에서 상승세가 지속되는 것으로 보인다. 이와 같은 증가는 코로나19의 대유행시기의 영향과 더불어 젊은 연령층과 저소득층 등 대상자들의 특성에 따라 다르게 나타나고 있어 이에 대한 추가적인 연구와 더불어 특정에 맞는 적절한 자살예방대책이 필요할 것으로 생각된다.

이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 지원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 확인한다.

ORCID

Hyunkyuu Kim: <https://orcid.org/0000-0001-5862-9168>;
 Kyunduk Hurh: <https://orcid.org/0000-0002-8295-7767>;
 Seung Hoon Kim: <https://orcid.org/0000-0002-7704-6213>;
 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; 2021 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2021.

3. Hurh K, Kim SH, Lee DW, Park EC, Jang SI. Suicide related indicators and trends in Korea in 2020. *Health Policy Manag* 2022; 32(2):228-236. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2022.32.2.228>
4. Statistics Korea. Cause of death statistics in 2020. Daejeon: Statistics Korea; 2021.
5. Kim SH, Lee DW, Kwon J, Yang J, Park EC, Jang SI. Suicide related indicators and trends in Korea in 2019. *Health Policy Manag* 2021; 31(2):232-239. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2021.31.2.232>
6. Lee DW, Kwon J, Yang J, Ju YJ, Park EC, Jang SI. Suicide related indicators and trends in Korea in 2018. *Health Policy Manag* 2020; 30(1):112-119. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2020.30.1.112>
7. 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>
8. 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: <http://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.1.87>
9. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry* 2021;8(7):579-588. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
10. Sinyor M, Knipe D, Borges G, Ueda M, Pirkis J, Phillips MR, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic: one year on. *Arch Suicide Res* 2022;26(4):1944-1949. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784>
11. Ryu S, Nam HJ, Jhon M, Lee JY, Kim JM, Kim SW. Trends in suicide deaths before and after the COVID-19 outbreak in Korea. *PLoS One* 2022;17(9):e0273637. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273637>
12. Shin H, Ko K. Analysis of the impact of COVID-19 social distancing policy on changes in the living population in Seoul. *Legis Policy Stud* 2021;13(2):289-318. DOI: <https://doi.org/10.22809/nars.2021.13.2.011>
13. Esteves CS, de Oliveira CR, Argimon II. Social distancing: prevalence of depressive, anxiety, and stress symptoms among brazilian students during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 2021;8:589966. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.589966>
14. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pane-Farre CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res* 2020; 293:113462. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>