

자살행동에 미치는 요인에 관한 연구

이태용¹, 신중헌², 유미선³, 김광환^{4*}

¹충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실, ²충남대학교 대학원 의학과,

³충남대학교 대학원 보건학과, ⁴건양대학교 병원관리학과

A study on suicidal behavior factors

Tae-Yong Lee¹, Jong-Hun Shin², Mi-Seon Yu³ and Kwang-Hwan Kim^{4*}

¹Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine,

²Department of Medicine, Graduate School,

³Department of Public Health, Graduate School, Chungnam National University Daejeon, Korea,

⁴Department of Hospital Management Gyeongsang University

요 약 2008년 9월부터 2009년 3월까지 6개월간 일개 도의 7개 시군에 주민등록을 갖고 있는 만 19세 이상의 성인 1,400명을 조사대상으로 설문조사를 실시하였다. 지역사회 주민의 자살행동 평생유병률을 구하고, 자살생각만 하는 집단과 자살생각 및 자살계획을 갖는 집단의 위험요인을 비교하였다. 조사대상자의 자살생각률은 15.9%, 자살계획은 4.3%, 자살시도율은 1.8%이었으며, 자살생각자 중 27.0%가 자살계획을, 자살 계획자 중 42%가 자살시도를 하였다. 결론적으로 자살행동을 효과적으로 예방 관리하기 위하여 우울증, 스트레스, 연령, 삶의 질, 사회적 갈등, 실직 상태에 놓인 사람들을 우선적으로 관리할 필요성이 있다.

Abstract The aims of this study is to look for lifetime prevalence of suicide and to identify and compare their risk factors of suicidal ideation group and suicidal planning group. For six months from September 2008 to March 2009, researchers of Chungnam province studied 1,400 adults living in 7 cities and counties who are more than nineteen years old. Of those surveyed, suicide ideation, suicide plan and suicide attempt rates were 15.9%, 4.3% and 1.8% each.

In conclusion, to prevent and manage suicide behavior effectively, we propose that people with more stress, greater depression, old age, lower quality of life and unemployment should be managed primarily.

Key Words : Suicidal, Prevalence, Quality of life

1. 서 론

우리나라에서 최근 10년간 자살에 의한 연령표준화 사망률은 1999년 인구 10만명당 15.0명에서 2009년 31.0명으로 증가하였고, 사망자수는 15,413명으로 전체 사망자의 6.2%가 되었다[1]. 성별 자살생각률은 여자가 20.4%로 남자 9.4%보다 높았으며, 연령이 높을수록, 소득수준이 낮을수록 높았다[2]. 우리나라의 자살사망률은 OECD 국가 중에서도 가장 높으며, 사망자수와 사망률이 점차 증가하고 있는데 문제가 있다. 이는 고령인구가 높은 일본, 사회복지가 잘된 서구국가들과 비교하였을 때

우리나라만이 갖는 독특한 자살 위험요인의 차이 때문이라고 생각할 수 있으므로 이런 자살 위험요인들을 찾아서 자살예방대책을 세우는 것이 필요하다고 본다. 또한 자살은 10대부터 50대까지의 연령별 사망원인에서 중요한 3대 사인으로 포함되어 있고[3], 10대 이후의 모든 연령층에서 자살률이 증가하고 있으므로 자살률 감소를 위한 대책수립이 시급하다. 우리나라의 60세 이상 노인의 자살자수는 2009년 현재 전체 자살자 15,413명 중 5,051명으로 32.8%가 되고 있다[1]. 65세 이상 노인 자살자수는 1990년 314명에서 2007년 3,541명으로 17년동안에 약 11.4배가 증가하였다. 이는 우리나라 노인인구 증

*교신저자 : 김광환(kkh@konyang.ac.kr)

접수일 11년 04월 18일

수정일 11년 04월 29일

게재확정일 11년 06월 09일

가율과 증가속도를 넘는 높은 수준으로 노인자살예방에 대한 새로운 정책의 필요성을 시사하고 있다. 성별로 남성노인의 자살이 여성노인보다 2배 이상 높으며, 특히 80세 이상 고령남성노인의 자살이 높다. 고령노인에서 경제적 문제, 외로움, 중한 신체적 질병, 그리고 자식에게 어려움을 주지 않으려는 이타적 사고, 낮은 수준의 삶의 질 등이 노인자살에 중요한 요인으로 작용하고 있다[4]. OECD국가와 비교해도 고령화 수준은 낮은데, 자살률은 수위를 차지하고 있다. 우리나라는 의료기관의 정신과에서 자살과 관련된 연구들은 있지만 지역사회에서 자살생각, 자살계획 및 시도의 관련성에 대한 연구가 거의 없다[5]. 문화와 가치관이 국가마다 차이가 있고, 자살생각만 있는 사람에 비하여 자살생각 후 자살계획(이후 자살생각/자살계획), 자살생각 후 자살시도(이후 자살생각/자살시도)의 상태에 있는 사람은 동일한 위험요인이라도 더 높은 강도(strength)를 보이거나, 위험요인의 차이 또는 수준의 차이를 보일 것이라는 가정하에서 본 연구를 실시하였다. 또한 위험요인의 조합에 의하여 자살생각 및 시도의 위험이 높아질 것이므로 한정된 예산 및 인력을 감안할 때 이런 위험집단을 우선적으로 관리하는 것이 필요하다. 본 연구를 통하여 우리나라 사람들의 자살생각 및 계획에 영향을 미치는 요인들을 찾아냄으로써 현실에 맞는 자살예방 및 관리대책을 세우는데 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 연구 대상 및 방법

1. 조사대상자 및 기간

본 연구는 충청남도의 지역사회 건강조사와 정신건강조사에서 얻어진 2개의 자료를 활용하였다. 지역사회 건강조사는 지방자치단체의 보건정책에 기초가 되는 통계자료를 생산하기 위해 2008년에 보건복지부 질병관리본부가 충청남도 7개 시군에서 지역별로 19세 이상 성인 800여명을 집락추출하여 건강관련 설문조사를 한 자료이다.

자살 및 정신건강조사는 2009년 5월 1일부터 6월 30일까지 2개월에 걸쳐서 실시하였으며, 설문조사 결과 응답을 거부하거나 설문지 수거가 되지 않는 대상을 제외한 1,163명의 자료를 분석하였다.

2. 연구방법 및 내용

설문조사는 기 작성된 조사표를 이용하여 7개 시군에서 채용한 인턴사원들을 활용하여 실시하였으며, 설문조사를 실시하기 전에 이들에게 설문조사의 목적, 조사방

법, 변수의 정의, 조사 시 유의사항 등에 대하여 1일 동안 교육을 실시하였다. 조사원들은 조사를 나가기 전에 대상 가구에 전화하여 조사에 대한 동의와 조사 위치 및 시간을 사전에 예약하였다. 조사팀은 지역별로 정신보건센터 직원 1명과 인턴사원 1명이 1조가 되어 조사하는 것을 원칙으로 하였다.

조사된 설문지는 조사당일 결측자료가 없는지 확인한 후에 보건소 담당자에게 인계하고, 담당자는 설문조사에 문제가 없는지 확인하였으며, 확인된 설문지는 전산자료로 입력되었다. 자료입력은 조사가 끝나는 대로 각 지역별로 실시하였고, 자료입력에 필요한 부호화를 위한 지침은 연구진에서 작성하여 제공하였다.

설문지는 지금까지 많은 정신보건관련 역학조사에서 자주 사용되고 신뢰성과 타당성이 인정되는 보건지표들을 사용하였다.

3. 분석방법

개인용 컴퓨터로 SPSS 통계프로그램(버전 16.0)을 사용하여 분석하였다. 유병률은 응답한 대상자의 수를 모집단 대비 백분율로 계산하였으며 각 변인들의 차이는 명목척도 변수는 카이스퀘어 검정, 연속변수는 t-검정을 실시하였다. 각 독립변수의 변화에 따른 자살행태의 변화율을 파악하기 위해서 카이스퀘어 검정 중에서 linear-by-linear association의 p값으로 판정하였다. 자살생각만 있는 군과 자살생각 및 자살계획이 함께 있는 군에 대하여 먼저 개별변수들로 multinomial logistic regression을 실시하고, 이런 단변량 분석에서 통계적인 유의성이 있는 변수들을 보정한 상태에서 심각한 질환, 65세 이상 노인, 사회적 지지 등이 자살행동에 미치는 영향을 단계별 다변량분석을 실시하여 교차비(odds ratio)를 계산하였다. 모든 통계적 유의 수준은 $P < 0.05$ 로 결정하였다. 조사대상자 중 자살생각이 없다가 자살시도한 사람은 2명(1.1%)으로 매우 적기 때문에 층동적 자살에 대해서는 분석에서 고려하지 않았다.

3. 결 과

1. 조사대상자의 성별, 연령, 조사지역, 가족형 태별 자살행동 유병률

조사대상자의 1,162명의 자살생각률은 15.9%, 자살계획은 4.3%, 자살시도율은 1.8%이었으며, 자살생각자 중 27.0%가 자살계획을, 자살계획자 중 42.0%가 자살시도를 하였다.

성별로는 자살생각의 경우 여자가 18.9%로 남자 13.1%보다 높았으며(p<0.01), 자살계획과 자살시도는 차이가 없었다.

연령별 자살생각은 30대가 20.5%, 50대 19.5%, 40대 16.9%, 70세 이상 14.3% 등의 순으로 중장년에서 다른 연령군에 비하여 상대적으로 높았으며, 자살계획은 30대 6.6%, 70세 이상 5.3%, 60대 4.6%, 50대 3.4% 등의 순이었고, 자살시도는 50대 2.4%, 60대 2.3%, 30대와 40대 1.8% 등의 순으로 통계적인 유의성은 없었지만 자살생각과 다른 양상을 보였다. 생애주기 연령별로는 10세 간격 연령구분을 했을 때와 비슷한 양상을 보였고, 65세를 기준으로 한 연령구분에서는 자살생각은 64세 이하에서 17.0%, 65세 이상에서 13.8%로 64세 이하가 높았고, 자살계획은 65세 이상이 5.2%로 64세 이하 3.9%보다 높았고, 자살시도는 64세 이하 1.9%, 65세 이상 1.6%로 64세 이하에서 높았으나 통계적 유의성은 없었다.

조사지역별 자살생각은 도시지역 16.9%, 농촌지역 15.4%, 자살시도는 도시지역 1.9%, 농촌지역 1.8%로 차이가 없었으나, 자살계획은 농촌지역이 5.6%로 도시지역 1.6%보다 유의하게 높았다(p<0.01).

가족형태별 자살생각은 1세대 16.8%, 2세대 15.6%, 3세대 14.7%, 자살계획은 1세대 5.6%, 2세대 3.2%, 3세대 4.2%, 자살시도는 1세대 2.4%, 2세대 1.6%, 3세대 1.1%로 세대간에 유의한 차이가 없었다[표 1].

2. 교육수준, 직업유무, 의료보험 종류, 가족 수입, 삶의 질, 음주수준에 따른 자살행동의 교차비

교육수준이 자살생각에 미치는 영향은 대졸을 기준으로 했을 때 전체 자살생각군, 자살생각군, 자살생각/계획군에서 모두 유의한 차이는 없었지만, 자살생각/계획군에서 학력이 낮을수록 교차비가 커지는 양상을 보이고 있다.

[표 1] 조사대상자의 성별, 연령, 조사지역, 가족형태별 자살행동 유병률

[Table 1] Lifetime prevalence of suicide-related behavior by general characteristics of study subjects

Unit : Number(%)

Factors	Suicidal behavior	Total subject	Ideation		Plan		Attempt	
			No	%	No	%	No	%
Sex								
Male		602	79	13.1	22	3.7	10	1.7
Female		560	106	18.9	28	5.0	11	2.0
p-value				.009		.325		.867
Age								
≤ 29		82	8	9.8	2	2.4	0	0.0
30 - 39		166	34	20.5	11	6.6	3	1.8
40 - 49		225	38	16.9	6	2.7	4	1.8
50 - 59		205	40	19.5	7	3.4	5	2.4
60 - 69		219	27	12.3	10	4.6	5	2.3
≥ 70		265	38	14.3	14	5.3	4	1.5
p-value				.086		.371		.794
Age (Life span)								
19 - 44		338	59	17.5	15	4.4	4	1.2
45 - 64		439	73	16.6	15	3.4	11	2.5
≥ 65		385	53	13.8	20	5.2	6	1.6
p-value				.351		.450		.353
Age								
≤ 64		777	132	17.0	30	3.9	15	1.9
≥ 65		385	53	13.8	20	5.2	6	1.6
p-value				.158		.368		.830
Survey region								
Urban		378	64	16.9	6	1.6	7	1.9
Rural		784	121	15.4	44	5.6	14	1.8
p-value				.513		.003		.999
Type of family								
1st generation		465	78	16.8	26	5.6	11	2.4
2nd generation		507	79	15.6	16	3.2	8	1.6
3rd generation		190	28	14.7	8	4.2	2	1.1
p-value				.781		.174		.445
Total		1,162	185	15.9	50	4.3	21	1.8

직업이 자살생각에 미치는 영향은 전체 자살생각군의 경우 직업군을 기준으로 하였을 때 무직군에서 교차비가 1.710배(95% CI=1.243-2.354) 높았고, 자살생각군은 1.471배(95% CI=1.019-2.124) 높았으며, 자살생각/계획군에서도 2.580배(95% CI=1.446-4.602) 유의하게 높았다.

의료보험 종류가 자살생각에 미치는 영향은 전체 자살생각군의 경우 의료보험군을 기준으로 하였을 때 의료보험에서 교차비가 2.756배(95% CI=1.389-5.469) 높았고, 자살생각군은 2.584배(95% CI=1.184-5.638) 높았으며, 자살생각/계획군에서도 3.241배(95% CI=1.085-9.681) 유의하게 높았다.

가족수입이 자살생각에 미치는 영향은 월 300만원 이하군을 기준으로 하였을 때 전체 자살생각군과 자살생각군은 유의한 차이가 없었고, 자살생각/계획군은 99만원 이하군에서만 교차비가 5.153배(95% CI=1.203-22.075)

유의하게 높았다.

삶의 질이 자살생각에 미치는 영향은 4사분위수를 기준으로 하였을 때 전체 자살생각군은 1사분위수에서 교차비가 6.122배(95% CI=3.778-9.921) 높았고, 자살생각군도 1사분위수에서 4.065배(95% CI=2.436-6.783) 높았으며, 자살생각/계획군은 1사분위수 53.426배(95% CI=7.262-393.026), 2사분위수에서 8.753배(95% CI=1.087-70.469) 유의하게 높았다.

음주는 CAGE로 분류한 경우 비의존군을 기준하였을 때 전체 자살생각군과 자살생각군에서는 유의한 차이가 없었지만 자살생각/계획군에서는 2.504배(95% CI=1.057-5.931) 유의하게 높았고, AUDIT-K로 분류한 경우 12점 미만을 기준으로 하였을 때 모든 군에서 유의한 차이가 없었다[표 2].

[표 2] 교육수준, 직업유무, 의료보험 종류, 가족수입, 삶의 질, 음주수준에 따른 자살행동의 교차비
[Table 2] Odds ratio for suicide-related behavior according to education, employment, type of insurance, family income, quality of life, and alcohol level

	Total Suicide ideation		Suicide ideation only		Suicide ideation & plan	
	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI
Education						
None	.906	.550-1.493	.678	.385-1.193	2.547	.878-7.389
Elementary	.674	.422-1.078	.500	.295-.849	1.929	.689-5.404
Middle	.703	.396-1.248	.534	.276-1.032	1.922	.596-6.196
High	.772	.484-1.230	.684	.413-1.132	1.407	.472-4.187
College	1		1		1	
Employment						
Employed	1		1		1	
Unemployed	1.710	1.243-2.354	1.471	1.019-2.124	2.580	1.446-4.602
Type of insurance						
Health insurance	1		1		1	
Medical aid	2.756	1.389-5.469	2.584	1.184-5.638	3.241	1.085-9.681
Income of family(₩1,000,000)						
≤ 99	.886	.557-1.407	.601	.363-.997	5.153	1.203-22.075
100 - 199	.729	.422-1.28	.509	.276-.940	4.021	.868-18.629
200 - 299	1.004	.568-1.775	.906	.498-1.650	2.472	.445-13.719
≥ 300	1		1		1	
Quality of life(KvSBQOL)						
1st quartile	6.122	3.778-9.921	4.065	2.436-6.783	53.426	7.262-393.026
2nd quartile	1.641	.953-2.827	1.332	.748-2.372	8.753	1.087-70.469
3rd quartile	1.199	.671-2.143	1.059	.576-1.947	4.429	.492-39.885
4th quartile	1		1		1	
Alcohol drinking(CAGE)						
<2(independent)	1		1		1	
≥2(dependent)	1.507	.903-2.513	1.243	.680-2.270	2.504	1.057-5.931
Alcohol drinking(AUDIT-K)						
<12	1		1		1	
≥12	1.056	.634-1.760	1.002	.562-1.786	1.248	.481-3.240

3. 자살생각과 자살생각/계획에 영향을 주는 요인들의 다변량분석

다변량분석에서 자살생각과 자살생각/계획에 영향을 미치는 요인들로만 단계별 다변량분석을 실시한 결과 우울, 스트레스, EQ-5D, 사회적 갈등, 삶의 질, 가족수입, 연령, 조사지역의 순으로 입력이 되었다.

자살생각의 경우 우울은 비우울군에 비하여 보통 우울군의 교차비가 4.786배(95% CI=2.020-11.340) 높았고, 심한 우울군의 교차비는 6.420배(95% CI=2.471 -16.678)로 우울이 심할수록 높아졌다.

스트레스는 비스트레스군에 비하여 스트레스군의 교차비가 2.792배(95% CI= 1.485-5.251) 높았으며, EQ-5D는 0.050점 이하군에 비하여 0.051-0.092점군의 교차비는 1.767배(95% CI=.627-4.977), 0.093점 이상군은 .708배(95% CI=.302-1.663)로 통계적 유의성은 없었지만 건강상태가 나쁠수록 자살생각이 많았다.

사회적 갈등은 모든 군에서 통계적인 유의성은 없었지만 사회적 갈등이 많을수록 자살생각이 높아지는 경향을 보였으며, 삶의 질은 4사분위수에 비하여 1사분위수의 교차비가 6.064배(95% CI=2.034 -18.080)로 높았고, 2사분위수와 3사분위수는 통계적인 유의성은 없었지만 삶의 질이 낮아질수록 자살생각이 높아졌다.

가족수입이 자살생각에 미치는 영향은 월 300만원 이상군에 비하여 99만원 이하군의 교차비가 0.276배(95% CI=.111-.686), 100-199만원군이 0.263배(95% CI=.102-.677), 200-299만원군이 0.941배(95% CI=.421-2.103)로 가족수입이 적을수록 자살생각이 낮아졌다.

연령은 64세 이하에 비하여 65세 이상군의 교차비가 0.240배(95% CI=.083-.697)로 65세 이상군의 자살생각이 낮았으며, 조사지역은 농촌에 비하여 도시의 교차비가 1.094배(95% CI=.580-2.065)로 약간 높았으나 통계적인 유의성은 없었다.

[표 3] 자살생각과 자살생각/계획에 영향을 주는 요인들의 다변량분석
[Table 3] Multivariate analysis of risk factors affecting for total suicide ideation

	Suicide ideation only		Suicide ideation & plan	
	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI
Depression (Ref: None)				
Moderate	4.786	2.020-11.340	3.718	.636-21.717
Severe	6.420	2.471-16.678	14.288	2.759-74.006
Stress (Ref: No)				
Yes	2.792	1.485-5.251	2.262	.609-8.394
EQ-5D (Ref: .50)				
.51-.92	1.767	.627-4.977	1.940	.594-5.634
≥ .93	.708	.302-1.663	2.716	.609-12.102
Social conflict (Ref: 1st quartile)				
2nd quartile	.515	.156-1.704	.168	.007-4.012
3rd quartile	2.167	.797-5.893	.659	.044-9.870
4th quartile	1.805	.671-4.857	2.102	.185-23.859
Quality of life (Ref: 4th quartile)				
1st quartile	6.064	2.034-18.080	-	-
2nd quartile	1.719	.672-4.398	-	-
3rd quartile	1.108	.430-2.853	-	-
Income of family (Ref: ≥ 300)				
≤ 99	.276	.111-.686	1.614	.139-18.675
100-199	.263	.102-.677	3.371	.301-37.723
200-299	.941	.421-2.103	3.650	.291-45.723
Age (Ref: ≤ 64)				
≥ 65	.240	.083-.697	.112	.018-.685
Survey region (Ref: Urban)				
Rural	1.094	.580-2.065	23.668	1.816-308.398

자살생각/계획의 경우 우울은 비우울군에 비하여 보통 우울군의 교차비가 3.718배(95% CI=.636-21.717) 높았고, 심한 우울군의 교차비는 14.288배(95% CI=2.759-74.006)로 우울이 심할수록 높아졌다.

스트레스는 비스트레스군에 비하여 스트레스군의 교차비가 2.262배(95% CI=.609-8.394) 높았으며, EQ-5D는 0.050점 이하군에 비하여 0.051-0.092점군의 교차비는 1.940배(95% CI=.594-5.634), 0.093점 이상군은 2.716배(95% CI=.609-12.102)로 통계적 유의성은 없었지만 건강상태가 나쁠수록 자살생각이 많았다.

사회적 갈등은 모든 군에서 통계적인 유의성은 없었지만 사회적 갈등이 많을수록 자살생각/계획이 높아지는 경향을 보였으며, 삶의 질은 표본의 크기가 작아서 계산을 할 수가 없었다.

가족수입이 자살생각/계획에 미치는 영향은 월 300만원 이상군에 비하여 99만원 이하군의 교차비가 1.614배(95% CI=.139-18.675), 100-199만원군이 3.371배(95% CI=.301-37.723), 200-299만원군이 3.650배(95% CI=.291-45.723)로 가족수입이 적을수록 자살생각/계획이 낮아졌다.

연령은 64세 이하에 비하여 65세 이상군의 교차비가 0.112배(95% CI=.018-.685)로 65세 이상군의 자살생각/계획이 낮았으며, 조사지역은 농촌에 비하여 도시의 교차비가 23.668배(95% CI=1.816-308.398)로 높았다[표 3].

IV. 고 찰

자살은 복잡해진 현대사회에서 중요한 사인 중 하나이다. 우리나라는 자살사망이 중요한 사인이고, 매년 증가하는 경향이며, OECD 국가 중에서도 자살로 인한 사망률이 가장 높은 국가이므로 이에 대한 국가적 예방대책이 조속히 수립되어야 한다. 지금까지 우리나라에서 실시된 자살관련 연구들은 주로 응급실 내원 자살관련 환자[6], 또는 정신과 상담에서 밝혀지는 임상자료를 이용한 연구들이 대부분이었으며[7], 지역사회 자료를 활용한 연구들은 많지 않았다[8].

본 연구는 조사대상이 일부 지역 주민이기 때문에 우리나라 전체를 대표할 수는 없지만, 지역사회의 자살관련 행동을 분석할 수 있었다는 점에서 중요한 의의를 부여할 수 있다. 지역사회 조사대상자의 성별은 남자가 51.8%, 여자가 48.2%로 남녀가 비슷하였으며, 이는 연구대상 지역의 전체 인구의 남녀 구성비인 남자 50.9%, 여자 49.1%와도 비슷한 결과였다. 연령별로는 60세 이상의 노인층이 많이 조사되었고, 상대적으로 20대가 적었다.

이는 농촌지역 조사에서 흔히 나타날 수 있는 현상으로 직장 출근으로 혹은 타지에 나간 젊은 사람들을 조사하지 못하였기 때문으로 생각된다.

우리나라와 경제사회적 여건이 비슷한 대만의 평생유병률은 자살생각이 2.84%[9]로 우리나라보다 매우 낮다. 전반적인 자살관련행동의 유병률은 세계적인 수준의 범주에 있으나 특히 자살생각의 유병률이 다른 나라에 비해 높고 자살시도의 유병률은 그리 높지 않다. 자살생각만 높은 이유는 우리나라만 갖고 있는 특별한 사회적 가치 평가일수도 있으므로 추후 이런 부분에 대한 연구가 더 진행되어야 할 것이다. 그리고 자살생각을 갖고 있는 사람들은 언제나 충동적으로 자살시도를 할 가능성이 있다고 하므로 이에 대한 주의도 역시 필요하다.

성별 자살생각률은 여자가 18.9%로 남자 13.1%보다 높았는데(p=.009), 제4기 국민건강영양조사에서는 여자가 20.4%로 남자 9.4%보다 높아, 성별로 여자가 높은 것은 동일하였으나, 자살생각 유병률은 여자는 국민건강영양조사가 높고, 남자는 본 연구에서 높은 차이를 보였다. 이와 같이 자살생각은 여자가 높지만 실제 자살은 전 세계적으로도 국가간에 약간의 유병률 차이는 있지만 남자가 여자보다 높으며 그 수준은 3:1~7.5:1까지 차이가 있다. 인도와 중국 등 일부 국가에서 남녀간의 차이가 없는 데 이는 해당 국가에서 여성의 사회적 위치가 낮아서 권한이 없고, 자살시 더 치명적인 방법을 사용하기 때문인 것으로 추측하고 있다[10].

연령별로는 본 연구에서 30~50대에서 높았는데 국민건강영양조사에서는 50대 16.6%, 60대 24.5%, 70대 31.6%로 연령이 증가할수록 높은 것과 차이를 보였다. 이와같이 60대와 70대 이상의 자살생각률에 큰 차이가 발생한 것이 조사지역 또는 조사시점의 차이, 응답자 오차에 의한 것인지는 추후 더 조사되어야 할 것이다. 본 조사에서 60대 이상의 고령자에서 자살생각률이 낮았기 때문에 65세를 기준으로 한 자살생각률에서도 64세 이하에서 더 높은 결과를 초래하였다.

결혼은 자살의 환경적 요인 중 사회적 지지에 포함되는 것으로 미혼 또는 사별에서 자살생각이 높을 수 있다. 본 연구에서는 이혼/사별/별거에서 자살생각이나 자살계획이 높은 것은 일치하였지만, 미혼에서는 오히려 낮은 결과를 보였다. 이는 조사지역에 농촌지역이 포함되어 있어서 독신으로 살고 있는 사람들이 상대적으로 많아서 나타난 결과로 사료된다.

본 연구에서는 자살행동이 교육수준이 대졸이상과 무학에서 높았는데, 그 이유를 설명하기는 어려우며, 외국 연구[10][11]에서는 학력이 낮은 집단에서 높았는데 그 이유도 아직 잘 설명되지 않고 있다.

자살에는 다양한 요인들이 관련되어 있어서 여러 요인들 중에서 가장 결정적인 요인이 무엇인지 평가하는 것이 매우 어렵다. 자살의 위험요인 중 성별, 연령, 학력과 같은 인구학적 요인 단독으로는 자살을 예측하기가 더욱 어려우므로 다른 환경적 요인과 행동요인을 감안한 위험요인들로 평가하는 것이 바람직하다. 최근에는 제한된 자료들에 가중치를 주어서 자살가능성의 위험정도를 파악하는 것을 제시하고 있다[12].

자살의 과정 중 자살생각을 갖고 있으면서 자살계획을 숙고하는 것이 자살의 다른 위험요인을 갖고 있는 것보다 더 위험하다. 따라서 본 연구에서 단독으로 자살생각만 갖고 있는 경우와 자살생각과 자살계획을 함께 갖고 있는 사람들의 위험요인은 서로 다르거나, 같더라도 그 위험도에서 차이가 클 것으로 보인다. 자살생각군과 자살생각/계획군에 미치는 위험도의 차이를 확인하고자 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

성별과 연령은 자살생각군에 영향을 주었지만 자살생각/계획군에는 조사지역이 영향을 주었다. 직업에서는 자살생각/계획군에서 직업군에 비하여 비직업군에 비하여 교차비가 2.580배로 자살생각군의 1.471배보다 크게 높았다. 또한 보험에서도 자살생각/계획군에서 의료보험에 비하여 의료보호에서 교차비가 3.241배로 자살생각군의 2.584배보다 높아졌다[13].

전체 독립변수간의 영향을 보정한 상태에서 다변량분석을 한 결과 우울증, 스트레스, 연령, 삶의 질, 사회적 갈등, 직업이 전체 자살생각에 영향을 주며, 자살생각만에도 우울, 스트레스, 삶의 질이 중요한 요인이며, 자살생각/계획에는 우울증과 조사지역이 중요한 요인으로 확인되었다.

References

- [1] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008. Available at http://www.studenthere.com/redirect.php?url=http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Accessed September 29, 2010.
- [2] Dong-seok Kim, Soo-won Kang, Ji-won Park. Mortality and Potential years of Life Lost comparison of lung cancer between Korea and OECD countries. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. Vol.11, No. 7, pp. 2515-2521, 2010.
- [3] Tae-Yong Lee, Seon-Rye Kim, Byung-Jun Cho, jeong-Hyun Park. The Analysis of Acute Drue Intoxication in Emergency Medical Center, Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. Vol11, No 2., pp. 750-757, 2009.
- [4] Erlangsen A, Bille-Brahe U, Jeune B. Differences in suicide between the old and the oldest old. BASEL; Soc Sci. 58B(5), pp.125-130, 2003
- [5] Poisondex, www.poisindex.com
- [6] Choi DC, Kim HR, Kim CH, Park SH, Kim SH, Cho YR et al. Sociodemographic characteristics of suicide attempters visiting emergency room. Korean J Psychopathology, Vol 9, pp.36-49. 2006.
- [7] Silverman MM, Verman AL, Sanddal ND, et al. Rebuilding the Tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: background, rationale, and methodology. Suicide Life Threat Behav Vol. 37, pp. 248-63, 2007
- [8] Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJG, Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. Arch Gen Psychiatry, Vol. 62, pp. 1249-1257, 2005
- [9] Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. J Formos Med Assoc.Vol,109(2), pp.138-47. 2010.
- [10] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal behavior. Epidemiol Rev, Vol, 30. pp.133-154. 2008.
- [11] Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand Vol. 104, pp.117-121, 2001
- [12] Haeng-Jeong Choi, Kwang-Hwan Kim. National hospital discharge survey for the hospitals with fewer than 100 beds: A pilot project and evaluation. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. Vol 11, No. 9, pp.3336-3340. 2010.
- [13] Hyun-Kyung Kim, Tae-Yong Lee, Kwang-Hwan Kim. The Effects of Health Promotion Behavior of Shifting Nurses on the Health Conditions. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. Vol 11, No. 3, pp.1126-1132. 2010.

이 태 용(Tae-Yong Lee)

[정회원]



- 1990년 : 연세대학교 보건학박사
- 1988년 9월 ~ 현재 : 충남의대 예방의학 교실, 전임강사 ~ 교수

<관심분야>

역학(암, 심혈관질환, 전염병)

김 광 환(Kwang-Hwan Kim)

[정회원]



- 2001년 : 계명대학교 보건학 박사
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교병원 의무기록실장
- 2006년 3월 ~ 현재 : 건양대학교 조교수

<관심분야>

의무기록정보, 보건관리, 병원관리

신 종 헌(Jong-Hun Shin)

[정회원]



- 2011년 2월 : 충남대학교 의학 박사
- 2011년 현재 : 참사랑병원 병원장

<관심분야>

의무기록정보, 보건관리, 병원관리

유 미 선(Mi-Seon Yu)

[정회원]



- 2008년 2월 : 충남대학교 보건 대학원 석사

<관심분야>

의무기록정보, 보건관리, 병원관리