

국내성인에 있어서 우울증이 자살생각에 미치는 영향에 관한 실증연구: 국민건강영양조사 2008~2012 자료를 중심으로

An Empirical Analysis of Effects of Depression on Suicidal Ideation of Korean Adults: Emphasis on 2008~2012 KNHANES Dataset

전현규, 심재문, 이건창
성균관대학교 경영대학/창의성과학연구소

Hyeon Gyu Jeon(biblesos@chol.com), Jae Mun Sim(deskmoon@gmail.com),
Kun Chang Lee(kunchanglee@gmail.com)

요약

자살생각은 자살행위의 초기 결정요인으로써 자살시도의 중요한 예측 인자이다. 그런데, KNHANES (국민건강영양조사) 자료를 분석한 선행연구에서는 자살 위험에 따라 대상 집단을 정하고 그 집단에 대한 구체적인 연구들은 활발하게 이루어진 반면, 우리나라 성인을 대상으로 한 연구는 미흡할 실정이다. 뿐만 아니라, 우울증 경험 유무에 따른 자살생각 위험요인 간의 관련성을 실증적으로 분석한 연구는 충분하지 않다. 따라서 본 연구에서는 국민건강영양조사(KNHANES) 자료를 바탕으로, 우리나라 성인들의 연령대별 자살생각 관련 위험요인을 밝히고, 더 나아가 우울증이라는 감성요인의 경험과 자살생각 위험요인 간의 관련성을 실증적으로 분석하고자 한다. 이를 위해 국민건강영양조사(KNHANES) 제4기(2008~2009년) 및 제5기(2010~2012년)의 최근 5년치 자료를 이용하여 자살생각 영향요인을 분석하였다. 성별에 따른 자살생각의 차이는 청·장년층, 중년층, 및 노년층 모두에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 전체적으로 모든 연령층에서 남성보다 여성이 자살생각을 크게 가지며, 연령으로 비교해보면 노년층이 청·장년층이나 중년층보다 자살생각을 크게 갖는 것으로 분석되었다. 우울증은 모든 연령층에서 자살생각과 긴밀한 관계가 있음이 확인되었다.

■ 중심어 : | 국민건강영양조사 | 자살생각 | 우울증 | 로지스틱 회귀분석 |

Abstract

Suicidal ideation has received much attention from both practitioners and researchers as Korean society becomes aging and individualistic. However, previous researches on the suicide ideation have focused on young generations instead of adults who seem to be more suffered from economic pressure and all kinds of exterior environments causing depression. Besides, there were research voids in the suicidal ideation area where depression was never taken into consideration. In this sense, we attempted to launch empirical studies on analyzing explanatory factors relevant to suicidal ideation in all the age groups by using KNHANES dataset from 2008~2012 years. Especially, we further analyzed KNHANES dataset to know how much depression affects suicidal ideation. Empirical results showed that depression is in a significant relationship with the suicidal ideation in all the demographic dimensions such as age, education, living area, etc.

■ keyword : | KNHANES | Suicidal Ideation | Depression | Logistic Regression |

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2014S1A3A2038108).

접수일자 : 2015년 05월 28일

수정일자 : 2015년 06월 09일

심사완료일 : 2015년 06월 11일

교신저자 : 이건창, e-mail : kunchanglee@gmail.com

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라의 자살률이 급상승하고 있다. 이러한 경향은 1990년대 후반부터 드러난 현상으로, OECD 국가들의 평균자살률이 감소하는 추세와는 반대의 양상이다. 우리나라 자살률 증가의 주요 원인은 중년남성들에 의한 것으로 중년여성 자살률의 두 배에 이른다[1]. 2009년 OECD 통계에 따르면, 한국의 자살률은 1994년 한해 10만명당 9.4명에서, 2007년 10만명당 24.8명으로 증가하였는데, 특히 45세에서 54세의 연령대에서 급증한 것으로 나타났다. 이는 10만명당 11.9명인 OECD 국가들의 평균 자살률에 비해 한국의 자살률이 가장 높은 수치를 보이는 것이다. 우리나라 통계청자료[2]에서도 이러한 자살빈도는 해마다 증가하여 2010년에는 33.5명까지 육박하면서, 전체 사망원인 중 4번째를 차지하였다. 특히, 청장년층의 경우에는 사망원인의 첫 번째 원인이 자살인 것으로 밝혀졌다. OECD 회원국의 평균 자살률은 5년 전에 비해 남녀 모두 감소했으나 우리나라는 증가세를 보여 심각성을 더하고 있다. 전국정신질환 실태 역학조사에 의하면, 전 국민의 3.2%가 평생 한 번 이상의 자살기도를 한 적이 있는 것으로 나타났다[3]. 이러한 결과는 1997년 말 시작된 경제위기가 고용불안과 경쟁적 근로환경을 조성함으로써 가계경제뿐만 아니라 자살증가에 악영향을 미친 것으로 분석된다[4].

자살(suicidal)은 포괄적 개념으로 자살생각(suicidal ideation), 자살시도(attempted suicide), 및 자살행위(suicide behavior)에 이르는 연속적 개념으로 정의할 수 있는데, 이중 특히 자살생각은 절박한 최초 경고신호로 자살시도 및 자살성공의 위험을 증가시키는 것과 연관되어 있다[5]. 자살은 치료가 필요하고 예방할 수 있는 의학적 상태로[6], 자살시도가 성공하면 자살에 이르게 된다[7]. 자살한 사람들의 경위를 조사해보면 자살을 성공한 사람들의 대다수가 첫 번째 자살 시도에서 성공한다고 한다[3][8]. 그런데, 자살과 관련된 선행연구들은 주로 실제자살(completed suicide)이나 자살시도(attempted suicide)에 주로 집중되어, 자살생각(suicidal ideation)에 대한 연구는 사실상 부족한 상황

이다. 그러나, 자살생각(suicidal ideation)은 자살행위로 이어지는 중요한 과정이기 때문에 이에 대한 연구의 필요성이 커지고 있다[1].

선행연구에 의하면, 자살생각(suicidal ideation)과 자살시도(attempted suicide)의 위험요인은 유사하며, 자살생각을 가진 사람들이 충동이나 불안 상황에서 자살생각을 갖게 되어 자살까지 이르게 되며, 이러한 자살생각을 가진 사람들 중 60%가 1년 이내에 자살을 계획하거나 시도한다[9]. 자살생각이나 자살시도의 위험요인에는 심리적 요인(우울, 불안 등), 정신과 질환(정신신경증 등), 및 약물이나 알코올 남용 등이 있는데[8], 인구사회학적 요인으로는 홀로 생활하는 사람들이 자살생각을 많이 가진 것으로 나타났으며[10], 이러한 자살생각을 가진 사람들 중에 여성, 젊은 나이, 낮은 학력, 적은 수입, 미혼, 및 경제활동이 없는 사람들일수록 자살행동이나 자살시도가 더 많은 것으로 나타났다[9]. 국내에서는 성인들의 자살생각에 대한 연구는 일천하다. 연구의 대부분이 주로 청소년을 대상으로 연구가 이루어져 왔기 때문이다. 성인들의 자살생각에 영향을 주는 요인에는 음주, 우울, 불안, 기타 정신질환[6], 나이, 신체상, 및 수면시간[11], 우울, 정신질환 가족력, 수면시간[12], 그리고, 높은 우울점수 및 낮은 가족결속력[13] 등이 있는 것으로 알려져 있다[3]. 개인적인 수준에서 자살과 관련된 다양한 잠재적인 요인들은 성별과 연령에 따라 상이하지만, 여러 연구에서 자살생각에 가장 강력한 영향을 미치는 요인은 우울(depression)인 것으로 밝혀졌다[14]. 연령대별 특징을 살펴보면 20~39세 연령대에서는 전문기술직일수록, 40~64세 연령대에서는 친구관계, 취미활동, 신체활동, 사회적 지지 등이, 65세 이상 집단에서는 종교, 정서적 안정 등이 자살생각에 긍정적인 역할을 했으며, 스트레스와 우울은 모든 집단에서 높은 관련성이 있었다[5][15]. 이와 같이, 10대 미만을 제외한 전 연령층에서 질병사를 제외한 가장 큰 사망 원인이 자살인 점을 고려하면[2], 성인의 자살 문제와 관련하여 자살생각(suicidal ideation)에 대한 연구가 필요하다.

그러므로 성인의 자살을 예방하기 위해 자살시도 이전에 나타날 수 있는 자살생각의 위험요인을 파악하고,

요인들간 인과관계를 밝힐 필요가 있다[3]. 또한, 자살 생각과 자살시도에 영향을 주는 위험요인 중 우울 [6][8][12][14] 같은 감성적 요인이 얼마나 자살생각과 자살시도에 영향을 주는지를 분석하는 것은 의미 있는 연구라 할 수 있다.

2. 연구의 목적

자살생각은 자살행위의 초기 결정요인으로써 자살시도의 중요한 예측 인자라는 점과 자살예방을 위한 정책 수립의 중요한 지표가 되므로, 자살생각에 대한 이해의 증가와 그에 대한 관련 연구는 그 중요성이 매우 크다고 할 수 있다. 최근 우리나라의 국민건강영양조사(KNHANES)[16] 자료가 공개되면서 이를 활용한 연구가 활발히 진행되고 있다. 그런데, 이러한 자료를 분석한 선행연구에서는 자살 위험에 따라 대상 집단을 정하고 그 집단에 대한 구체적인 연구들은 활발하게 이루어진 반면, 우리나라 성인을 대상으로 한 연구는 미흡한 실정이다[5][17]. 뿐만 아니라, 자살생각이나 자살시도의 위험요인이 우울과 같은 감성요인과 관련이 있을 것으로 고려되는데, 이러한 우울증 경험 유무에 따른 자살생각 위험요인 간의 관련성을 실증적으로 분석한 연구 역시 충분하지 않은 것으로 판단된다.

국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조에 근거하여 시행하는 국민의 건강 형태, 만성질환 유병현황, 식품 및 영양섭취실태를 조사한 자료이며, 매년 전국민을 대상으로 표본 추출하여 진행하고 있다. 본 연구의 분석 대상이 된 자료는 자살관련 설문 문항이 동일했던 2008년~2012년에 해당한다. 분석 자료 중 2008~2009년까지 각각 200개 표본조사구, 4600가구를 선정하여 조사를 실시하였고, 2010~2012년까지 각각 192개 표본조사구, 3840가구를 대상으로 조사를 실시하였다[16].

따라서 본 연구에서는 국민건강영양조사(KNHANES) 자료를 바탕으로, 우리나라 성인들의 연령대별 자살생각 관련 위험요인을 밝히고, 더 나아가 우울증이라는 감성요인의 경험과 자살생각 위험요인 간의 관련성을 실증적으로 분석하고자 하며, 이를 통해 우리나라 성인들의 자살시도 및 자살행위를 예방하기 위한 국가정책의 기초연구자료로 제공하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료분석

본 연구는 우리나라 성인들의 생애주기를 연령대별로 구분하여 각 생애주기별 자살생각 관련 위험요인을 밝히고, 더불어 우울증이라는 감성요인과 자살생각 위험요인 간의 관련성을 실증적으로 분석하는데 있다. 이를 위해 국민건강영양조사(KNHANES) 제4기(2008~2009년) 및 제5기(2010~2012년)의 최근 5년치 자료[16]를 이용하여 자살생각 영향요인을 분석하였다. 본 연구에서는 우리나라 20세 이상의 성인을 연구대상으로 하였으며, 김선영 등[5]의 선행연구를 토대로 연령대를 청·장년층(20~39세), 중년층(40~59세), 노년층(60세 이상) 군으로 구분하여 분석결과를 도출하였다. 해당 기간의 국민건강영양조사(KNHANES) [17] 설문대상자 45,811명 중, 자살생각과 관련된 질문에 모두 응답한 총 26,061명을 최종 분석대상으로 선정하였다. 자살생각 경험과 관련 위험요인과의 관련성을 확인하기 위해서 SPSS 18.0을 이용하여 복합표본 교차분석(χ^2 -test)을 실행하였으며, 각 위험요인들 간의 인과관계를 확인하기 위해서 복합표본 로지스틱 회귀분석을 수행하였다.

자살생각과 우울증 간의 관련성을 살펴보기 위해, 각 위험요인 변수들을 우울증 경험 유무에 따라 세분화하여 그에 따른 자살생각 위험률의 차이를 비교하였다. 성별의 경우, 우울증 경험이 있는 남자, 우울증 경험이 있는 여자, 우울증 경험이 없는 남자, 우울증 경험이 없는 여자와 같이 4가지 유형으로 구분하여 분석하였다. 기타 위험요인들에 대한 구분 유형은 [표 4]에서 제시하는 카테고리(Category)와 같다. 자살생각과 우울증 간의 관계는 우울증 경험군과 무경험군 간의 개별 위험요인 변인 수준에서 자살생각 위험확률에 대한 교차비를 통해 직접 비교 결과를 제시하였다.

2. 연구 변수

국민건강영양조사(KNHANES)[16]에서 수집된 자료 중 성인들의 자살생각 위험요인으로 인구통계학적 요인과 건강행태 요인들을 고려하였다.

인구통계학적 요인으로는 성별, 거주지역, 결혼상태

여부, 가구소득 사분위, 교육수준, 경제활동 상태, 기초생활 수급 등을 고려하였다. 성별은 남성과 여성 구분하였으며, 거주지역은 주소지를 기준으로 동, 면, 읍 단위로 구분하여 동 단위 거주자들을 도시 거주자군으로, 면, 읍 단위 거주자들을 농어촌 거주자군으로 구분하였다. 결혼상태 여부는 크게 결혼군과 미혼군으로 구분하였는데, 결혼군은 유배우자와 동거군, 유배우자와 별거군, 사별군, 이혼군으로 나누어 분석하였다. 가구소득 사분위는 가구별 총소득을 조사한 뒤 월평균가구균등화소득(가구월소득/√가구원수)으로 변환하여, 이를 다시 하위, 중하위, 중상위 및 상위와 같이 사분위로 구분하였다. 사분위수 구분 기준금액은 연도별로 계산되도록 하였다. 교육수준은 초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였다. 경제활동 상태는 취업자를 경제활동 참여군, 실업자 및 비경제활동인구를 경제활동 미참여자군으로 구분하였다. 기초생활 수급은 현재 기초수급을 계속 받고 있는 경우를 기초생활 수급군으로, 과거에는 받았지만 현재는 받지 않는 경우를 과거수급군으로, 받은 적이 없는 경우를 기초생활 비수급군으로 구분하였다.

건강행태 요인으로는 신체활동 실천, 흡연, AUDIT(알코올 사용장애 선별검사), 주관적 건강상태 등을 고려하였다. 신체활동 실천은 걷기를 1회 30분 이상, 주 3일 이상 수행한 경우를 신체활동 실천군으로, 그렇지 않은 경우를 신체활동 미실천군으로 구분하였다. 흡연은 현재 흡연 중인 경우 흡연군으로, 과거 흡연 및 비흡연을 비흡연군으로 구분하였다. AUDIT는 알코올 사용장애 선별검사로 음주습관 관련 질문 10개 항목([표 1]의 c.1~c.10 문항)으로 구성되었다. 응답에 대한 총합을 AUDIT 점수로 하고, 1~12점을 정상군, 13~19점을 알코올의존증 의심군, 20점 이상을 알코올의존증군으로 분류하였다. 주관적 건강상태는 평소 자신의 건강상태에 대해 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 구분하여 분석을 실시하였다. 하지만 로지스틱 성인이 지각하는 감성요인 중 우울증과 자살생각 간의 관계를 밝히기 위해, 우울증에 대해서는 최근 1년간 연속적으로 2주 이상 일생생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느꼈다고 응답한 우울증 경험군과 그렇지

않은 무경험군을 비교하여 분석하였다. 자살생각에 대해서는 최근 1년 동안 자살을 생각한 적이 있다고 응답한 자살생각 경험군과, 없다고 응답한 무경험군으로 구분하여 비교분석하였다.

표 1. KNHANES 관련 문항

문항	응답 항목
성별	1. 남자 / 2. 여자
동/읍면 구분	1. 동 / 2. 읍·면
결혼상태	1. 유배우자, 동거 / 2. 유배우자, 별거 / 3. 사별 / 4. 이혼
소득 사분위수(가구)	1. 하 / 2. 중하 / 3. 중상 / 4. 상 *가구소득(만원을 조사하여 사분위수 구분 기준금액으로 변환
교육수준 재분류 코드	1. 초졸이하 / 2. 중졸 / 3. 고졸 / 4. 대졸이상
경제활동 상태	1. 예(취업자) / 2. 아니오(실업자, 비경제활동인구)
기초생활수급 여부	1. 그렇다 / 2. 지금은 아니다 / 3. 아니다
걷기 실천율	0. 걷기 1회 30분이상, 주3회이상 실천하지 않음 / 1. 실천함 문항(a.1-4~8) & 문항(a.2)≥20)
(b.1)평생흡연 여부	1. 5갑(100개비) 미만 / 2. 5갑(100개비) 이상 / 3. 피운 적 없음
(b.2)현재흡연 여부	1. 피움 / 2. 가끔피움 / 3. 과거엔 피웠으나, 현재 피우지 않음
현재 흡연여부	0. 과거 흡연, 비흡연 / 1. 현재흡연(문항(b.1)-2 & 문항(b.2-1)2)
(c.1)1년간 음주빈도	1. 최근 1년간 전혀 마시지 않았다 / 2. 월 1회미만 / 3. 월1회정도 / 4. 월2-4회 / 5. 주2-3회정도 / 6. 주4회이상
(c.2)한번에 마시는 음주량	1. 1-2잔 / 2. 3-4잔 / 3. 5-6잔 / 4. 7-9잔 / 5. 10잔 이상
(c.3)폭음 빈도	
(c.4)여자 폭음 빈도	
(c.5)음주 자제안된 경우의 빈도	1. 전혀 없음 / 2. 월1회미만 / 3. 월1회정도 / 4. 주1회정도 / 5. 거의매일 \
(c.6)음주로 인한 일상생활 지장 빈도	
(c.7)음주 다음날 아침 해장술 빈도	1. 전혀 없음 / 2. 월1회미만 / 3. 월1회정도 / 4. 주1회정도 / 5. 거의매일 / 9. 모름, 무응답
(c.8)음주 후 후회 빈도	
(c.9)음주 후 취중 일 망각 빈도	
(c.10)음주로 인한 상해여부	1. 없었다 / 2. 과거에는 있었지만 최근 1년 동안에는 없었다 / 3. 최근 1년 동안에 그런 적이 있었다
AUDIT	AUDIT점수 *문항c.1~10(알코올사용장애 선별검사 10항목) 점수합
주관적 건강상태	1. 매우 좋음 / 2. 좋음 / 3. 보통 / 4. 나쁨 / 5. 매우 나쁨
2주이상 연속 우울감 여부	1. 예 / 2. 아니오
1년간 자살 생각 여부	1. 예 / 2. 아니오

III. 연구 결과

1. 성인의 자살생각 위험요인

1.1 인구통계학적 요인과 자살생각에 대한 분석결과

성별에 따른 자살생각의 차이는 청·장년층, 중년층, 및 노년층 모두에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층에서 여자 17.8%, 남자 7.7%로 여성이 남성보다 높게 나타났다($p<0.001$). 중년층에서도 여자 17.3%, 남자 10.9%로 여성이 남성보다 높게 나타났다($p<0.001$). 노년층에서도 여자 28.7%, 남자 15%로 여성이 높게 나타났다($p<0.001$). 전체적으로 모든 연령층에서 남성보다 여성이 자살생각을 크게 가지며, 연령으로 비교해보면 노년층이 청·장년층이나 중년층보다 자살생각을 크게 갖는 것으로 분석되었다.

거주지역에 따른 자살생각의 차이는 노년층에서만 통계적으로 유의하였는데, 농어촌 거주자군 23.9%, 도시 거주자군 20%로 농어촌 거주자군이 도시 거주자군보다 더 높게 나타났다($p<0.01$).

결혼상태 여부에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층에서는 이혼의 경우가 23.8%로 가장 높게 나타났으며, 그 외에 사별 20%, 미혼 13.4%, 유배우자 별거 11.5%, 유배우자 동거 11.4% 순으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다($p<0.001$). 중년층에서도 이혼의 경우가 26.3%로 자살생각이 가장 높았으며, 그 외에 미혼 22.3%, 사별 21%, 유배우자 별거 20.5%, 유배우자 동거 12.6% 순으로 나타났다($p<0.001$). 그런데 노년층에서는 미혼의 경우가 32.6%로 가장 높게 나타났으며, 그 외에 사별 30.5%, 이혼 28.3%, 유배우자 별거 22.3%, 유배우자 동거 18% 순으로 높게 나타났다($p<0.001$).

가구소득 사분위에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났는데, 대체로 소득수준이 낮을수록 자살생각이 높게 나타났다. 청·장년층에서는 하위 18%, 중상위 12.9%, 중하위 12.8%, 상위 10.6% 순으로 자살생각이 높게 나타났으며($p<0.001$), 중년층에서는 하위 25.9%, 중하위 16.2%, 중상위 12.6%, 상위 10.1% 순으로 나타났고($p<0.001$), 노년층에서는 하위 27.4%, 중하위 18.4%, 중상위 15%, 상위 13.1% 순으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다($p<0.001$). 가구소득에 따른 자살생각을 연령대별로 비교해보면, 연령대가 높을수록 낮은 가구소득군에서 자

살생각이 더 크게 경합한 것으로 나타났다.

교육수준에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층, 중년층, 및 노년층 모두에서 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 청·장년층에서는 초졸 이하(23.3%), 중졸(22.1%), 고졸(14.2%), 대졸 이상(10.4%), 중년층에서는 초졸 이하(22.7%), 중졸(16.0%), 고졸(12.4%), 대졸 이상(10.0%), 노년층에서는 초졸 이하(27.4%), 중졸(13.5%), 고졸(10.4%), 대졸 이상(10.1%)로 나타났다($p<0.001$).

경제활동 상태에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층에서는 취업인 경우 15.2%, 미취업인 경우 11.1%로 취업인 경우가 자살생각이 더 높은 것으로 나타났고($p<0.001$), 중년층에서는 각각 19.2%(취업), 12.3%(미취업)이었으며($p<0.001$), 노년층에서는 23.3%(취업), 18.2%(미취업)로 나타났다($p<0.001$). 전체 연령층에서 공통적으로 취업인 경우가 비취업인 경우에 비해 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

기초생활 수급에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층에서는 기초수급을 현재 받고 있는 기초생활 수급군의 경우 28.7%, 과거에는 받았지만 현재는 받지 않는 과거수급군의 경우 11.1%, 받은 적이 없는 기초생활 비수급군의 경우 12.4%로 나타났다($p<0.001$). 중년층에서는 각각 33.6%(수급군), 21.1%(과거수급군), 13.2%(비수급군) 순으로 나타났으며($P<0.001$), 노년층에서는 각각 39.8%(수급군), 29.1%(과거수급군), 19.8%(비수급군) 순으로 자살생각이 높은 것으로 나타났다($p<0.001$). 기초생활 수급 여부에 따른 자살생각의 차이는 청·장년층을 제외하면 대체로 수급군이나 과거수급군이 비수급군에 비해 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

1.2 건강행태 요인과 자살생각에 대한 분석결과

신체활동 실천 여부에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 흡연 여부에 따른 자살생각의 차이는 중년층에서만 통계적으로 유의하게 나타났는데, 흡연 14.2%, 비흡연 12.7%

표 2. Factors associated with suicidal ideation

(N=26,061)

Factors	Category	Young Adults (age:20~39)					Middle-aged Adults (age:40~59)					The Elderly (age:60≥)				
		Yes		No		p-value ³⁾	Yes		No		p-value	Yes		No		p-value
		W/P ¹⁾	U/P ²⁾	W/P	U/P		W/P	U/P	W/P	U/P		W/P	U/P	W/P	U/P	
Sex	Female	17.8(0.7)	895	82.2(0.7)	4,430	0.000	17.3(0.6)	945	82.7(0.6)	4,527	0.000	28.7(1.0)	859	71.3(1.0)	2,191	0.000
	Male	7.7(0.5)	308	92.3(0.5)	3,589		10.9(0.5)	494	89.1(0.5)	4,248		15(0.7)	544	85(0.7)	3,031	
Region	City	12.8(0.5)	1,062	87.2(0.5)	6,999	0.163	13.6(0.5)	1,107	86.4(0.5)	6,946	0.137	20(0.9)	845	80(0.9)	3,451	0.006
	Urban	11(1.1)	141	89(1.1)	1,020		15.1(0.9)	332	84.9(0.9)	1,829		23.9(1.2)	558	76.1(1.2)	1,771	
Marital status	Not married	13.4(0.6)	526	86.6(0.6)	3,058	0.000	22.3(3.2)	49	77.7(3.2)	193	0.000	32.6(9.3)	10	67.4(9.3)	20	0.000
	Divorce	23.8(4.0)	31	76.2(4)	102		26.3(2.1)	132	73.7(2.1)	358		28.3(4.5)	43	71.7(4.5)	81	
	Separated by death	20(10.0)	5	80(10)	13		21(2.9)	64	79(2.9)	231		30.5(1.5)	453	69.5(1.5)	1,039	
	Without spouse	11.5(4.1)	8	88.5(4.1)	53		20.5(4.2)	29	79.5(4.2)	113		22.3(6.1)	13	77.7(6.1)	44	
	With spouse	11.4(0.5)	633	88.6(0.5)	4,793		12.6(0.5)	1,165	87.4(0.5)	7,880		18(0.7)	884	82(0.7)	4,038	
Household income	Low	18(1.7)	124	82(1.7)	520	0.000	25.9(1.7)	236	74.1(1.7)	744	0.000	27.4(1)	831	72.6(1.0)	2,176	0.000
	Mid-low	12.8(0.8)	338	87.2(0.8)	2,019		16.2(0.9)	413	83.8(0.9)	1,981		18.4(1.2)	320	81.6(1.2)	1,464	
	Mid-high	12.9(0.7)	419	87.1(0.7)	2,808		12.6(0.7)	419	87.4(0.7)	2,699		15(1.4)	153	85(1.4)	884	
	High	10.6(0.7)	322	89.4(0.7)	2,672		10.1(0.6)	371	89.9(0.6)	3,351		13.1(1.4)	99	86.9(1.4)	698	
Educational level	≤Elementary school	23.3(7.3)	13	76.7(7.3)	37	0.000	22.7(1.4)	379	77.3(1.4)	1,300	0.000	27.4(0.9)	1,101	72.6(0.9)	2,918	0.000
	Middle school	22.1(3.4)	46	77.9(3.4)	144		16(1)	270	84(1.0)	1,397		13.5(1.2)	136	86.5(1.2)	825	
	High school	14.2(0.6)	618	85.8(0.6)	3,555		12.4(0.7)	512	87.6(0.7)	3,531		10.4(1.1)	112	89.6(1.1)	968	
	≥College	10.4(0.5)	526	89.6(0.5)	4,283		10(0.7)	278	90(0.7)	2,547		10.1(1.6)	54	89.9(1.6)	511	
Employment status	Employed	15.2(0.7)	522	84.8(0.7)	2,864	0.000	19.2(1)	492	80.8(1.0)	2,105	0.000	23.3(0.9)	897	76.7(0.9)	2,918	0.000
	Unemployed	11.1(0.5)	681	88.9(0.5)	5,155		12.3(0.5)	947	87.7(0.5)	6,670		18.2(1.0)	506	81.8(1.0)	2,304	
Social-care	Yes	28.7(4.6)	36	71.3(4.6)	97	0.000	33.6(3.5)	92	66.4(3.5)	158	0.000	39.8(3.2)	148	60.2(3.2)	196	0.000
	No-existent	11.1(2.2)	32	88.9(2.2)	204		21.1(3.1)	50	78.9(3.1)	168		29.1(3.3)	90	70.9(3.3)	194	
	No	12.4(0.4)	1,135	87.6(0.4)	7,718		13.2(0.4)	1,297	86.8(0.4)	8,449		19.8(0.7)	1,165	80.2(0.7)	4,832	
Regular physical activity	No	12.6(0.5)	1,017	87.4(0.5)	6,781	0.828	14.2(0.5)	1,203	85.8(0.5)	7,201	0.152	21.5(0.7)	1,272	78.5(0.7)	4,613	0.129
	Yes	12.3(1.0)	186	87.7(1.0)	1,238		12.7(0.9)	236	87.3(0.9)	1,574		18.4(1.9)	131	81.6(1.9)	609	
Smoking status	Smoking	11.6(0.7)	328	88.4(0.7)	2,259	0.110	15.7(0.9)	369	84.3(0.9)	2,095	0.010	21.8(1.5)	263	78.2(1.5)	893	0.663
	No-smoking	13(0.5)	875	87(0.5)	5,760		13.2(0.5)	1,070	86.8(0.5)	6,680		21.1(0.8)	1,140	78.9(0.8)	4,329	
AUDIT	Normal	14(0.9)	267	86(0.9)	1,479	0.092	16.1(0.9)	345	83.9(0.9)	1,831	0.002	17.8(1.6)	165	82.2(1.6)	688	0.017
	Doubt	13(1.0)	226	87(1.0)	1,453		11.4(1)	158	88.6(1.0)	1,245		18.3(1.9)	111	81.7(1.9)	543	
	Abnormal	11.8(0.5)	710	88.2(0.5)	5,087		13.7(0.5)	936	86.3(0.5)	5,699		22.2(0.8)	1,127	77.8(0.8)	3,991	
Perceived health status	Much bad	54.1(7.5)	33	45.9(7.5)	27	0.000	49.6(4.1)	101	50.4(4.1)	110	0.000	50.3(2.7)	275	49.7(2.7)	274	0.000
	Bad	25.5(1.6)	283	74.5(1.6)	808		24.4(1.3)	426	75.6(1.3)	1,225		31.8(1.4)	529	68.2(1.4)	1,186	
	Average	12.9(0.6)	550	87.1(0.6)	3,611		12.5(0.6)	544	87.5(0.6)	3,937		15.1(0.9)	359	84.9(0.9)	1,928	
	Good	7.9(0.5)	337	92.1(0.5)	3,573		9.5(0.6)	368	90.5(0.6)	3,503		12(0.9)	240	88(0.9)	1,834	

1) W/P: Weighted population(%) and Standard error of W/P(%), 2)U/P: Unweighted population, 3) chi-square test

로 흡연군의 자살생각이 비흡연군에 비해 다소 높은 것으로 나타났다($p<0.05$). 음주 여부에 따른 자살생각의 차이는 중년층과 노년층에서만 통계적으로 유의하게 나타났다. 중년층에서는 정상군 16.1%, 알코올의존증 의심군 11.4%, 알코올의존증군 13.7%로였으며($p<0.01$), 노년층에서는 정상군 17.8%, 알코올의존증 의심군

18.3%, 알코올의존증군 22.2%로 나타났다($p<0.05$). 중년층과 노년층의 자살생각의 차이를 비교해보면, 중년층에서는 정상군의 자살생각이 높게 나타난 반면, 노년층에서는 중년층에 비해 전체적으로 다소 높게 나타났지만, 대체로 알코올의존증군의 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

주관적 건강상태에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 청·장년층에서는 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 7.9%, 보통 12.9%, 나쁨 25.5%, 매우 나쁨 54.1%의 순으로 평소 자신의 건강상태를 나쁘게 인식할수록 자살생각이 높은 것으로 나타났다($p < 0.001$). 중년층에서는 매우 좋음 또는 좋음 9.5%, 보통 12.5%, 나쁨 24.4%, 매우 나쁨 49.6%의 순으로 나타났고($p < 0.001$), 노년층에서는 매우 좋음 또는 좋음 12.0%, 보통 15.1%, 나쁨 31.8%, 매우 나쁨 50.3%의 순으로 나타났고($p < 0.001$). 연령대별로 자살생각의 차이를 비교해보면, 건강이 매우 나쁜 경우 자살생각이 대단히 높게 나타나는 것으로 분석된다. 이상의 분석결과는 [표 2]에서 제시하는 바와 같다.

2. 우울증과 자살생각 간의 관계

2.1 인구통계학적 및 건강행태 요인과 자살생각 간의 관계

인구통계학적 및 건강행태 요인과 자살생각 간의 관계에 대한 복합표본 로지스틱 회귀분석 결과, 청·장년층에서는 성별, 거주지역, 가구소득, 음주, 주관적 건강상태가, 중년층에서는 성별, 결혼상태 여부, 신체활동 실천, 음주, 주관적 건강상태, 노년층에서는 성별, 가구소득, 신체활동 실천, 흡연, 주관적 건강상태가 자살생각에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

먼저, 청·장년층에서의 인구통계학적 및 건강행태 요인과 자살생각 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 여성의 자살생각이 남성보다 3.21배 높았고, 거주지역과 관련하여, 도시 거주자군에 비해, 농어촌 거주자군의 자살생각이 1.17배 높게 나타났다($p < 0.001$), 가구소득과 관련하여, 가구소득 사분위에서는 상위군에 비해, 중하위군 1.09배, 중상위군 1.25배, 하위군 1.39배의 순으로 자살생각이 높게 나타났다($p < 0.05$). 음주 여부와 관련하여, 알코올의존증 정상군에 비해, 알코올의존증 의심군이 1.15배, 알코올의존증군 1.62배로 자살생각이 높게 나타났다($p < 0.05$). 주관적 건강상태와 관련하여, 주관적 건강상태가 매우 좋

음 또는 좋음 응답군에 비해, 좋음 응답군 1.61배, 나쁨 응답군 3.36배, 매우 나쁨 응답군 11.75배순으로, 매우 나쁜 주관적 건강상태의 경우에서 자살생각이 대단히 높게 나타났다($p < 0.001$).

다음으로, 중년층에서의 인구통계학적 및 건강행태 요인과 자살생각 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 남성에 비해, 여성의 자살생각이 2.24배 높았고($p < 0.001$), 결혼상태 여부와 관련하여, 미혼에 비해, 사별 1.04배, 이혼 1.28배, 유배우자 별거 1.47배, 유배우자 동거 1.84배의 순으로 자살생각이 높게 나타났다($p < 0.05$). 신체활동과 관련하여, 격렬한 신체활동 비실천군에 비해, 실천군이 1.03배 높게 나타났다($p < 0.01$). 음주와 관련하여, 알코올의존증 정상군에 비해, 알코올의존증 의심군 1.09배, 알코올의존증군 1.69배로 자살생각이 높은 것으로 나타났다($p < 0.01$). 주관적 건강상태와 관련하여, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군에 비해, 좋음 응답군 1.26배, 나쁨 응답군 2.4배, 매우 나쁨 응답군 6.03배순으로 자살생각이 높게 나타났는데, 특히 주관적 건강상태가 매우 나쁜 응답군의 자살생각이 월등히 높게 나타났다($p < 0.001$).

마지막으로, 노년층에서의 인구통계학적 및 건강행태 요인과 자살생각 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 남성에 비해, 여성의 자살생각이 1.83배 높았고($p < 0.001$), 가구소득과 관련하여, 가구소득 사분위에서는 상위군에 비해, 중하위군 1.03배, 중상위군 1.14배, 하위군 1.43배순으로 자살생각이 높게 나타났다($p < 0.05$). 신체활동과 관련하여, 격렬한 신체활동 비실천군에 비해, 실천군이 0.95배로 낮았으며($p < 0.001$), 흡연과 관련하여, 흡연군에 비해, 비흡연군의 자살생각이 1.71배 높은 것으로 나타났다($p < 0.01$). 주관적 건강상태와 관련하여, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군에 비해, 좋음 응답군 1.21배, 나쁨 응답군 2.74배, 매우 나쁨 응답군 5.7배순으로 자살생각이 높게 나타났는데, 역시 주관적 건강상태가 매우 나쁜 응답군의 자살생각이 월등히 높았다($p < 0.001$). 이상의 분석결과는 [표 3]에서 제시하는 바와 같다.

표 3. Multiple logistic regression analysis for relating factors of suicidal ideation

(N=26,061)

Factors (reference value)	Category	Young Adults				Middle-aged Adults				The Elderly			
		Exp(B)	95% confidence interval		p-value	Exp(B)	95% confidence interval		p-value	Exp(B)	95% confidence interval		p-value
			upper	lower			upper	lower			upper	lower	
Sex (male)	Female	3.21	2.60	3.96	0.000	2.24	1.83	2.74	0.000	1.83	1.50	2.22	0.000
Region (city)	Urban	1.17	0.91	1.51	0.000	0.96	0.80	1.15	0.133	1.01	0.84	1.23	0.508
Marital status (with spouse)	Not married	1.41	1.21	1.64	0.094	1.84	1.22	2.78	0.043	1.55	0.63	3.82	0.117
	Divorce	1.38	0.84	2.27		1.47	1.10	1.95		1.26	0.76	2.07	
	Separated by death	0.98	0.26	3.64		1.04	0.70	1.56		1.15	0.94	1.41	
	Without spouse	0.88	0.40	1.94		1.28	0.73	2.27		1.06	0.54	2.10	
Household income (high)	Low	1.39	1.04	1.87	0.034	1.66	1.29	2.15	0.141	1.43	1.07	1.90	0.000
	Mid-low	1.09	0.89	1.35		1.32	1.08	1.61		1.14	0.84	1.55	
	Mid-high	1.25	1.04	1.51		1.16	0.96	1.40		1.03	0.73	1.45	
Educational level (≥college)	≤Elementary school	1.74	0.74	4.13	0.459	1.45	1.14	1.85	0.086	1.65	1.11	2.46	0.757
	Middle school	2.11	1.35	3.28		1.15	0.91	1.45		0.98	0.65	1.48	
	High school	1.32	1.13	1.54		1.00	0.82	1.21		0.84	0.54	1.29	
Employment status (unemployed)	Employed	1.15	0.98	1.35	0.187	1.21	1.03	1.42	0.548	1.03	0.85	1.24	0.087
Social care (No)	Yes	1.56	0.94	2.58	0.655	1.22	0.79	1.87	0.716	1.63	1.22	2.17	0.407
	No-existed	0.81	0.51	1.27		1.13	0.76	1.68		1.08	0.77	1.52	
Regular physical activity-walking (Yes)	No	0.93	0.75	1.15	0.432	1.03	0.86	1.24	0.002	0.95	0.73	1.24	0.020
Smoking status (No)	Yes	1.19	0.95	1.50	0.40	1.22	1.83	0.32	1.38	1.71	1.13	1.71	0.002
AUDIT (normal)	Abnormal	1.62	1.30	2.03	0.012	1.69	1.38	2.09	0.008	1.36	1.04	1.79	0.572
	Doubt	1.45	1.16	1.81		1.09	0.87	1.38		1.22	0.90	1.65	
Perceived health status (Good)	Much bad	11.75	5.86	23.57	0.000	6.03	4.17	8.73	0.000	5.70	4.38	7.44	0.000
	Bad	3.36	2.69	4.19		2.40	1.99	2.90		2.74	2.22	3.38	
	Average	1.61	1.34	1.93		1.26	1.06	1.48		1.21	0.98	1.50	

2.2 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계

우울증 경험 유무에 따른 인구통계학적 요인과 자살생각 간의 관계에 대한 로지스틱 회귀분석 결과, 청·장년층에서는 성별, 결혼상태 여부, 교육수준, 음주, 주관적 건강상태가, 중년층에서는 성별, 가구소득, 흡연, 음주, 주관적 건강상태가, 노년층에서는 성별, 교육수준, 흡연, 주관적 건강상태가 자살생각에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

먼저, 청·장년층에서의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 우울증 무경험 남성과 비교하여, 우울증 경험

남성의 자살생각 1.34배, 우울증 무경험 여성의 자살생각 2.08배, 우울증 경험 여성의 자살생각 9.34배순으로 자살생각이 높게 나타났다($p < 0.001$). 결혼상태 여부와 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 우울증 무경험자로 유배우자 동거군과 비교하여, 우울증 무경험 별거군 0.84배, 우울증 무경험 이혼군 0.2배, 우울증 무경험 미혼군 0.64배순으로 자살생각이 낮은 것으로 나타났다. 반면, 우울증 경험군에서는, 우울증 무경험자로 유배우자 동거군과 비교하여, 우울증 경험 배우자 동거군 1.00배, 우울증 경험 별거군 0.74배, 우울증 경험 사별군 0.84배, 우울증 경험 이혼군 1.24배, 우울증 경험 미혼군

0.98배순으로 낮게 나타났다($p<0.001$). 교육수준과 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 우울증 무경험자로 대졸 이상군과 비교하여, 우울증 무경험 고졸군 1.26배, 우울증 무경험 중졸군 2.22배, 우울증 무경험 초졸 이하군 2.12배순으로 자살생각이 나타났다. 반면, 우울증 경험군에서는, 우울증 무경험자로 대졸 이상군과 비교하여, 우울증 경험 고졸군 1.21배, 우울증 경험 중졸군 0.93배, 우울증 경험 초졸 이하군 0.96배순으로 자살생각이 나타났다($p<0.05$). 교육수준의 경우, 동일 교육수준 수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군이 경험군보다 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 음주 여부와 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 알코올의존증 정상군과 비교하여, 알코올의존증 의심군 1.50배, 알코올 의존증군 1.45배순으로 높게 나타났으며, 우울증 경험군에서는, 알코올의존증 정상군과 비교하여, 알코올의존증 의심군 1.47배, 알코올 의존증군 1.31배 높게 나타났다($p<0.05$). 음주의 경우, 동일 알코올의존증 수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군이 우울증 경험군보다 자살생각이 조금 더 높게 나타났다. 주관적 건강상태와 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 0.93배, 나쁨 응답군 1.52배, 매우 나쁨 응답군 2.84배순으로 나타났으며, 우울증 경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 1.68배, 나쁨 응답군 1.84배, 매우 나쁨 응답군 3.46배순으로 높게 나타났다($p<0.001$). 주관적 건강상태의 경우, 동일 건강인식 수준을 비교했을 때, 우울증 경험군의 자살생각이 더 높게 나타났다.

다음으로, 중년층에서의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 우울증 무경험 남성과 비교하여, 우울증 경험 남성의 자살생각 9.54배, 우울증 무경험 여성의 자살생각 2.09배, 우울증 경험 여성의 자살생각 46.9배로 나타났다($p<0.001$). 가구소득과 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 가구소득 사분위에서는 상위군과 비교하여, 중상위군 1.36배, 중하위군 1.53배, 하위군 1.49배순으로 높게 나타났으며, 우울증 경험군에서는, 가구소득 사분위에서는 상위군과 비교하여, 중상위군 0.99배, 중

하위군 1.10배, 상위군 1.31배로 낮거나 높은 것으로 나타났다($p<0.05$). 가구소득의 경우, 동일 소득수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군 자살생각이 더 높게 나타났다. 흡연과 관련하여, 우울증 무경험 비흡연군과 비교하여, 우울증 무경험 흡연군 1.52배, 우울증 경험 흡연군 1.41배로 높게 나타났다($p<0.01$). 흡연의 경우, 동일 소득수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군의 자살생각이 높게 나타났다. 주관적 건강상태와 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 1.74배, 나쁨 응답군 1.88배, 매우 나쁨 응답군 3.63배순으로 높게 나타났으며, 우울증 경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 0.82배, 나쁨 응답군 0.83배, 매우 나쁨 응답군 1.25배로 자살생각이 낮거나 높은 것으로 나타났다($p<0.001$). 주관적 건강인식의 경우, 동일 건강인식 수준에서 우울증 무경험군이 경험군보다 자살생각이 높게 나타났다.

마지막으로, 노년층에서의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 성별과 관련하여, 우울증 무경험 남성과 비교하여, 우울증 경험 남성의 자살생각이 4.67배, 우울증 무경험 여성의 자살생각 1.62배, 우울증 경험 여성 6.23배로 높게 나타났다($p<0.001$). 교육수준과 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 우울증 무경험자로 대졸 이상군과 비교하여, 우울증 무경험 고졸군 0.94배, 우울증 무경험 중졸군 1.25배, 우울증 무경험 초졸 이하군 2.31배순으로 자살생각이 나타났다. 우울증 경험군에서는, 우울증 무경험자로 대졸 이상군과 비교하여, 우울증 경험 고졸군 0.6배, 우울증 경험 중졸군 0.62배, 우울증 경험 초졸 이하군 0.94배로 낮게 나타났다($p<0.001$). 흡연과 관련하여, 우울증 무경험 비흡연군과 비교하여, 우울증 무경험 흡연군 1.16배, 우울증 경험 흡연군 1.82배로 높게 나타났다($p<0.01$). 흡연의 경우, 동일 소득수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군의 자살생각이 높게 나타났다. 주관적 건강상태와 관련하여, 우울증 무경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 1.77배, 나쁨 응답군 1.80배, 매우 나쁨 응답군 4.12배순으로 자살생각이 높게 나타났으며, 우울

표 4. Multiple logistic regression analysis for relating factors of suicidal ideation (by depress experience)
(N=26,061)

Factors (reference value)	Category	Young Adults			p-value	Middle-aged Adults			p-value	The Elderly			p-value
		Exp(B)	95% confidence interval			Exp(B)	95% confidence interval			Exp(B)	95% confidence interval		
			upper	lower			upper	lower			upper	lower	
Sex (male)	Female (with depression)	9.34	3.17	27.54	0.000	46.69	11.27	193.45	0.000	6.23	0.51	75.52	0.000
	Male (with depression)	3.83	1.30	11.27		39.66	9.54	164.89		4.67	0.37	58.27	
	Female	2.80	2.12	3.69		2.09	1.59	2.75		1.62	1.30	2.02	
Marital status (with spouse)	Not married (with depression)	0.98	0.71	1.35	0.000	0.55	0.23	1.29	0.133	2.08	0.40	10.75	0.508
	Divorce (with depression)	1.24	0.29	5.24		0.44	0.15	1.33		5.13	0.58	45.63	
	Separated by death (with depression)	0.84	0.09	7.87		0.57	0.20	1.61		2.19	0.42	11.27	
	Without spouse (with depression)	0.74	0.31	1.72		0.84	0.32	2.21		1.71	0.27	10.72	
	With spouse (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Not married	0.64	0.53	0.78		0.52	0.31	0.87		0.55	0.15	2.07	
	Divorce	0.20	0.05	0.88		0.77	0.29	2.02		0.20	0.03	1.40	
	Seperated by death	0.00	0.00	0.00		0.51	0.25	1.05		0.64	0.17	2.41	
Household income (high)	Without spouse	0.84	0.39	1.81	0.60	0.33	1.11	0.77	0.19	3.16			
	Low (with depression)	2.15	1.18	3.93	0.094	1.31	0.86	2.00	0.043	1.27	0.74	2.19	0.117
	Mid-low (with depression)	1.44	0.96	2.15		1.10	0.77	1.57		0.92	0.52	1.63	
	Mid-high (with depression)	1.51	1.04	2.19		0.99	0.71	1.39		0.93	0.50	1.74	
	High (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Low	1.12	0.76	1.67		1.48	1.00	2.19		1.40	0.98	2.00	
	Mid-low	0.99	0.77	1.29		1.53	1.17	2.00		1.25	0.84	1.86	
Mid-high	1.16	0.91	1.47	1.36		1.07	1.75	0.99		0.64	1.55		
Educational level (≥college)	≤Elementary school (with depression)	0.96	0.24	3.77	0.034	1.46	0.95	2.25	0.141	0.94	0.47	1.87	0.000
	Middle school I (with depression)	0.93	0.44	1.96		1.17	0.77	1.80		0.62	0.28	1.36	
	High school I (with depression)	1.21	0.89	1.65		1.24	0.86	1.79		0.60	0.27	1.34	
	≥Collegel (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	≤Elementary school	2.12	0.60	7.53		1.25	0.92	1.69		2.31	1.33	4.02	
	Middle school	2.22	1.27	3.89		1.05	0.77	1.43		1.25	0.70	2.23	
	High school	1.26	1.05	1.51		0.89	0.69	1.14		0.90	0.49	1.65	
Employment Status (unemployed)	Employed (with depression)	1.17	0.86	1.58	0.459	1.25	0.94	1.67	0.086	0.89	0.64	1.24	0.757
	Unemployed (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Employed	1.08	0.88	1.33		1.21	0.96	1.51		1.04	0.84	1.29	
Social care (No)	Yes (with depression)	1.83	0.71	4.67	0.187	1.14	0.60	2.14	0.548	1.62	0.90	2.92	0.087
	No-existed (with depression)	0.77	0.31	1.89		1.59	0.76	3.30		0.92	0.49	1.74	
	No (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Yes	1.56	0.74	3.27		1.39	0.75	2.56		1.52	1.06	2.18	
	No-existed	0.62	0.35	1.11		1.08	0.60	1.96		1.19	0.81	1.74	

Regular physical activity-walking (Yes)	No (with depression)	1.08	0.72	1.61	0.655	1.08	0.78	1.49	0.716	1.26	0.78	2.05	0.407
	Yes (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	No	0.89	0.68	1.17		1.09	0.84	1.43		0.85	0.61	1.19	
Smoking Status (No)	Yes (with depression)	1.25	0.85	1.85	0.432	1.41	0.98	2.02	0.002	1.82	1.16	2.86	0.020
	No (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Yes	1.11	0.83	1.49		1.52	1.16	2.00		1.16	0.88	1.54	
AUDIT (normal)	Abnormal (with depression)	1.31	0.88	1.93	0.012	1.00	0.71	1.41	0.008	0.94	0.58	1.52	0.572
	Doubt (with depression)	1.47	0.95	2.27		0.91	0.61	1.36		1.12	0.62	2.03	
	Normal (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Abnormal	1.45	1.08	1.95		1.67	1.27	2.19		1.30	0.91	1.86	
	Doubt	1.50	1.15	1.97		1.19	0.87	1.61		1.21	0.84	1.74	
Perceived health status (Good)	Much bad (with depression)	3.46	1.49	8.01	0.000	1.25	0.64	2.44	0.000	3.75	1.39	10.13	0.000
	Bad (with depression)	1.84	0.81	4.19		0.83	0.43	1.63		1.83	0.66	5.09	
	Average (with depression)	1.68	0.72	3.92		0.82	0.42	1.62		1.34	0.47	3.82	
	good (with depression)	1.00	.	.		1.00	.	.		1.00	.	.	
	Much bad	2.84	1.72	4.68		3.63	2.06	6.41		4.12	2.15	7.90	
	Bad	1.52	0.96	2.41		1.88	1.08	3.28		1.80	0.94	3.44	
	Average	0.93	0.58	1.49		1.74	0.99	3.06		1.77	0.90	3.47	

중 경험군에서는, 주관적 건강상태가 매우 좋음 또는 좋음 응답군과 비교하여, 보통 응답군 1.34배, 나쁨 응답군 1.83배, 매우 나쁨 응답군 3.75배순으로 높게 나타났다($p < 0.001$). 이상의 분석결과는 [표 4]에서 제시하는 바와 같다.

IV. 논의

본 연구에서는 선행연구를 토대로 우리나라 성인들의 생애주기를 연령대별로 구분하여 각 생애주기별 자살생각 관련 위험요인을 밝히고, 우울증이라는 감성요인에 따른 각 연령군의 자살생각의 위험요인 간의 차이를 실증적으로 밝힘으로써, 우리나라 성인들의 자살 시도 및 자살행위를 예방하기 위한 국가정책의 기초연구 자료로 제공하고자 하였다. 이를 위해 2008년부터 2012년까지의 국민건강영양조사(KNHANES)[16] 최근 5년간 자료를 이용함으로써 여러 선행연구에 비하여 보다 일반화된 통계결과를 얻고자 하였다.

연구결과, 성별에 따른 연령군별 자살생각의 차이를 살펴보면, 모든 연령층에서 여성이 남성보다 자살생각을 높게 갖는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구

구[4]의 결과와도 일치하였다. 본 연구에서도 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과, 모든 연령층에서 우울증 경험군 여성이 무경험군 남성에 비해 자살생각을 월등히 높게 갖는 것으로 나타났다. 이를 통해 본 연구에서 고려한 바와 같이, 우울은 자살에 영향을 미치는 것으로 추정된다. 우울증은 자살과 유의한 관계가 있다고 보고되고 있다. 우울증의 주요 증상 중의 하나가 자살생각이나 충동과 관련이 되어 있기 때문이다. 그리고 자살자의 대부분이 우울증상을 가지고 있다[18][19]. 그리고 남성의 경우 평균 우울증을 겪을 확률이 5~12%인 반면에 여성은 10~25%로 두배 정도 높은 것으로 나타났다[20]. 이를 종합해볼 때 정신적 및 신체적 특징으로 인해서 우울증에 노출되기 쉬운 여성층에서 자살의 선행 사건인 자살생각의 비율이 높은 것으로 고려된다.

결혼상태와 자살생각에 대한 선행연구를 살펴보면, 기혼자에 비해 미혼자의 자살생각 위험이 높는데 [21][22], 이는 가족과의 교류가 자살생각을 완화시켜주기 때문이라고 밝히고 있다[5]. 또한 우리나라 20대 이상 성인을 대상으로 한 연구에서는 기혼일 경우 보다 한 번도 결혼을 하지 않은 미혼을 때 1.48배, 이혼을 하였을 경우에는 1.15배 자살생각이 많은 것으로 나타났다

다[3]. 본 연구에서도 [표 2]의 교차분석결과 자살생각 위험요인에 대한 분석결과에서는 전 연령층에서 결혼 상태에 따른 자살생각의 차이가 있는 것으로 나타났다.

하지만, [표 3]에서 중년층만 결혼상태가 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 유배우자 동거에 비하여 미혼일 경우에 1.41배, 이혼일 경우에 1.38 배 자살생각 경험이 높은 것으로 나타났다. 이는 선행연구와 일치한다. 사회적지 부족은 자살 생각을 높이는 중요한 요인 하나이다. 이런 측면에서 미혼 및 이혼일 경우, 가족이 없을 가능성이 높고 이로 인해서 사회적지 체계가 약할 수 있다. [표 4]의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과, 청·장년층에만 결혼상태가 자살생각과 관련이 있는 것으로 나타났다. 우울증 경험이 없는 경우에는, 미혼상태보다는 유배우자와 동거나 별거상태일 때 자살생각이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 30~40대인 청·장년층은 사회경제적 지위를 이루어가는 과정에서, 가족을 위한 주택마련, 자녀에 대한 경제적 지원 등에 부담감을 많이 느끼는 것이 원인으로 고려된다. 그러나 우울증 경험이 있는 경우에는, 이혼의 경우가 자살생각에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 젊은 청·장년층이 다른 연령층 보다 상대적으로 이혼에 대한 스트레스가 크기 때문으로 생각된다. 비교적 젊은 나이에 결혼 실패 대한 자책과 미래에 대한 부정적 인식은 우울증을 유발할 개연성이 크고, 이로 인해서 자살생각 생각에 유의하게 영향을 미치는 것으로 보인다.

가구소득이 낮을수록 자살생각 위험이 높아지는 것으로 밝혀졌다[5] 하지만, 가구소득이 자살생각에 미치는 결과는 연구마다 다르게 나타난다. 박은옥과 최수정 연구[3]에서는 20대 이상 성인을 전체를 대상으로 했을 때 가구소득이 자살생각에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 하지만, 엄현주와 전혜정의 연구[23]에서는 한국 중년남성을 대상으로 했을 때 남성의 경우에 가구소득이 낮아질수록 자살생각이 높아지는 지는 것으로 나타났다. 이는 인구 통계학적 특성에 따라 가구소득이 자살생각에 미치는 영향이 다르다는 것을 의미한다. 본 연구의 자살생각 위험요인에 대한 [표 2]의 교차 분석 결과에서는 전 연령대에서 가구소득에 따라 자살생각의

차이가 있는 것으로 나타났다. [표 3]의 우울증 구분이 없을 때 자살생각과 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과에서는 청·장년층 및 노년층에서 소득수준이 낮아질수록 자살생각이 높아지는 것으로 나타났다. 하지만, [표 4]의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과를 살펴보면 청·장년층에서만 소득수준이 자살생각에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 때 소득이 낮아질수록 자살생각이 높아지지만, 동일 소득수준을 비교했을 때, 우울증 무경험군의 자살생각이 더 높게 나타났다. 이는 지속적인 가난상태가 자살생각에 유의하게 영향을 미치기도 하지만, 갑작스런 가계부도와 같은 사건이 자살생각에 더욱 영향을 미치는 것이 원인으로 고려된다[24]. 그리고 소득수준에 있어서는 모든 연령층에서 가구소득이 자살생각에 영향을 미치지만 장년층은 우울증과도 관련이 있는 것으로 추측된다.

교육수준과 자살생각에 대한 선행 연구결과를 살펴 보면, 교육수준과 자살생각의 관계는 연구에 따라 일관되지 않는다. 예를 들면, 박은옥과 최수정 연구[3]에서 20대 이상에서 대졸이상 학력자에 비하여 초졸이하 학력자의 자살생각이 1.66배 더 높았고, 교육수준이 낮을수록 자살생각이 더 많은 것으로 나타났다. 하지만 김선영 등의 연구[5]에서는 20대 이상을 세 개의 연령층 별로 구분하였을 때 모든 연령층에서 교육수준이 자살생각에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 본 연구 결과에서도 [표 2]의 교차분석 결과 모든 연령대에서 교육수준에 따라 자살생각이 통계적으로 유의하게 차이가 있지만, [표 3]의 우울증 구분이 없을 때 모든 연령층에서 교육수준이 자살생각에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 하지만, [표 4]에서 청·장년층 및 노년층 연령대에서 우울증이 교육수준에 따른 자살생각과 유의한 관계로 밝혀졌다. 특히 청·장년층에서 우울증 무경험군에서는 대졸 이상군에 비해 중졸군이나 초졸 이하군이 상대적으로 높게 나타났는데 반해, 우울증 경험군에서는 대졸 이상군에 비해 중졸군이나 초졸 이하군이 상대적으로 낮게 나타났다. 이는 교육수준이 낮은 경우 사회적, 경제적 지위가 낮은 계층이 확률이 높고, 이러한 계층에서 자살생각을 더 많이 하는 것이 원인으

로 고려된다. 하지만, 동일 교육수준과 비교해보면 우울증 무경험군이 경험군보다 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

경제활동 상태와 자살생각에 관련된 선행연구를 살펴보면 경제활동 상태에 따라 자살생각의 차이는 있지만, 경제활동 상태가 자살생각에 영향을 미치지 않는 것으로 보고되고 있다[3][5]. 본 연구의 결과에서도 [표 2]의 교차분석 결과 모든 연령대에서 경제활동 상태에 따라 자살생각의 차이가 있는 것으로 나타났다. 그리고 전체 연령층에서 공통적으로 취업 상태인 경우가 비취업 상태인 경우에 비해 자살생각이 다소 높은 것으로 나타났다. 하지만, 경제활동 상태가 자살생각에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

기초생활수급여부와 자살생각에 대한 연구결과를 살펴보면, 모든 연령대에서 기초생활 수급이 자살생각과 관련이 있는 것으로 나타났으며, 청·장년층을 제외하면 대체로 수급군이나 과거수급군이 비수급군에 비해 자살생각이 높은 것으로 나타났다.

교육수준, 경제활동 상태, 및 기초생활 수급여부는 자살생각과 직접적인 관련은 없을 것으로 고려된다. 그러나 교육수준이 낮을수록 자살생각이 높고, 경제활동 상태가 자살생각에 영향을 미치거나, 취업 상태가 비취업 상태인 경우보다 자살생각이 다소 높으며, 기초생활 수급군이나 과거수급군이 비수급군에 비해 자살생각이 높은 것으로 나타난 연구결과는, 오늘날 우리사회의 사회경제적 상황을 그대로 반영하고 있는 것으로 예상된다.

현재 우리사회의 보편적 상황에서는 교육수준이 낮은 계층의 직업선택의 폭과 사회진출의 기회는 매우 제한되어 있다. 이러한 상황에서 교육수준이 낮은 계층이 갖는 상대적 박탈감은 자살생각과 무관할 수 없을 것이다. 또한, 연구결과와 같이 특히 20세~39세 청·장년층 연령대에서는 우울증이 교육수준에 따른 자살생각 위험에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 최근 국내 외적 경기불황과 맞물려 급증하는 청년 및 장년 실업문제와 밀접한 관련 있을 것으로 고려된다. 심각한 실업상황으로 인한 경제활동 불참 상태는 자살생각의 위험요인으로 작용할 수 있을 것이다. 또한 경기불황 상황

에서 많은 기업들은 생존을 위해 취업상태의 고용인들에게 강한 실적과 성과에 대한 압박을 부여하고 있다. 이러한 상황에서 취업 상태의 개인들이 자살생각을 충동적으로 더 강하게 가질 가능성이 매우 크다. 또한 기초생활 수급군이나 과거수급군이 비수급군에 비해 자살생각이 높은 것은 오랜 기간 경제적 문제로 인해 삶의 질이 이미 낮아진 상황의 지속이나, 경기불황의 지속으로 중산층이 무너져 기초생활 수급군으로 편입되었을 가능성을 고려해 볼 수 있다.

규칙적인 신체활동은 자살생각을 감소시키는 것으로 보고되고 있다. 예를 들면, 하루 30분 이상 1주에 3일 이상으로 규칙적인 걷기를 실천하지 않는 노인은 실천하는 노인에 비하여 1.58배 자살생각이 높은 것으로 나타났다[25]. 본 연구의 신체활동 실천여부에 따른 자살생각의 차이는 분석결과 [표 2]의 교차분석 결과 모든 연령대에서 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 하지만 [표 3]의 로지스틱 회귀분석결과에서는 장년층과 노년층에서 주로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 장년층에서는 신체활동을 실천하였을 때 자살경험 확률이 실천하지 않았을 때보다 높게 나타났다. 이는 연령층은 다르지만 선행연구와 일치한다. 하지만 노년층에서는 이와 반대로 나타났고 선행연구와 일치하지 않는다. 이는 노년층에서 노화로 인해서 오히려 과도한 신체활동이 오히려 부담으로 작용할 수 있는 것이 원인으로 고려된다.

흡연은 자살생각을 높이는 것으로 보고되고 있다 [26]. 세로토닌(serotonin)과 모노아민 산화 요소(monoamine oxidase level)는 기분조절과 관련된 호르몬으로 흡연은 이를 감소시킬 수 있다. 이는 결과적으로 정신적으로 쇠약을 야기하여 자살충동을 높일 수 있기 때문이다. 또한 흡연자들에게 금연은 심각한 우울증을 초래 하는 것으로 연구 되었으며 이러한 우울증상이 자살을 유발 할 수 있음을 보고하고 있다[26]. 본 연구 결과에서는 [표 2]의 교차분석 결과 장년층에서만 통계적으로 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났으며, 흡연일 경우에 자살생각이 더 높게 나타났다. [표 3]의 자살생각과 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과에서는 노년층에서만 자살경험 생각에 영향을 미치는 것으로 나

타났고, [표 4]의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과에서는 장년층과 노년층에서 흡연이 자살생각과 관련이 있는 것으로 나타났다. 두 연령층 모두 흡연을 하였을 때 자살경험이 더 높게 나타났으며, 특히 노년층의 우울증 경험군에서 가장 높게 나타났다.

음주 여부에 따른 자살생각 위험요인을 살펴보면 다음과 같다. 알코올은 자살생각을 높이는 요인으로 보고되고 있다[27][28]. 윤명숙 연구[27]에서는 우리나라 알코올중독자의 자살 시도력은 성인 자살시도율 보다 적게는 4배, 많게는 10배 이상 높다고 보고하였다. 특히 조혜정의 연구[28]에서는 AUDIT 1점이 증가할 때 청·장년기에서 1.03배 중년기에는 1.02배 자살생각이 증가하고, 65세 이상 노년기에는 영향을 미치지 않는 것으로 보고하고 있다. 음주가 자살에 유의미한 영향을 미치는 이유는 알코올이 세로토닌 체계에 작용해서 자살생각을 행동으로 옮기고자 하는 충동을 억제하지 못하도록 방해하기 때문이다[29][30]. 본 연구의 분석결과에서는 [표 2]의 교차분석결과 중년층과 노년층에서만 통계적으로 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. [표 3]의 로지스틱분석결과 청·장년층 및 중년층에서 AUDIT 수준이 높을수록 자살생각이 높아지는 것으로 나타났다. 이는 선행 연구와 일치하는 결과이다. 또한 [표 4]의 우울증과 자살생각과 위험요인 간의 관계에 대한 분석에서 청·장년층에서는 우울한 경우와 우울하지 않는 경우에 동일한 AUDIT 수준에서 비슷한 자살생각 위험률을 보였다. 하지만, 장년층에서는 우울증 비경험군에서 경험군보다 자살생각 위험률이 높은 것으로 나타났다. 하지만 이는 우울증이 자살생각에 큰 영향을 미친다는 것과는 반대되는 결과이다. 이를 통해서 음주에 대하여 우울증상 경험이 반드시 자살생각을 더 높이는 것이 아니라는 사실을 발견할 수 있다. 또한 [표 3][표 4]에서 알코올의존증 판단결과 정상군에 비하여 의심군 및 의존증군에서 자살생각이 모두 높게 나타났으며, 특히 청·장년층 보다는 중년층에서 자살생각이 매우 높게 나타났다. 이는 중년층이 직장생활 등을 통한 피로나 스트레스를 음주로 해소하기 때문에 문제가 자살생각의 경험과 연관성이 더 높은 것으로 고려된다.

주관적 건강상태가 나쁠 때 자살생각이 높아지는 것으로 보고되고 있다[31][32]. 오창석의 연구[31]에서는 노인이 건강상태로 인한 불편함을 느꼈을 때 그렇지 않을 경우보다 1.91배 자살생각이 높은 것으로 나타났다. 남석인 등의 연구[32]에서는 당뇨병 환자의 주관적 건강상태를 매우 좋음과 매우 나쁨을 다섯 단계로 구분하였을 때 1단계 나빠질 때 마다 자살생각이 1.38배 높아지는 것으로 보고하고 있다. 본 연구에서의 결과를 살펴보면, 주관적 건강상태에 따른 자살생각의 차이는 모든 연령대에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 또한 [표 3]의 자살생각과 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과에서도 모든 연령대에서 주관적 건강상태가 악화될수록 자살생각 경험에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 선행연구와 일치하는 결과이다. 그러나 [표 4]의 우울증과 자살생각 위험요인 간의 관계에 대한 분석결과에서는 청·장년층에서 동일한 주관적 건강상태 수준에서 우울증상 비경험군에서 경험군보다 더 높게 나타났다. 이는 비교적 젊은 청·장년층에서는 자살생각에 이르게 하는 질병이 노환으로 인한 만성질환보다는 급격한 질병일 경우라고 고려된다. 즉, 만성질환으로 인한 우울증을 겪는 대상자는 질병에 대해서 어느 정도 적응이 되었지만, 상대적으로 젊은 층에서는 급성 질병으로 인한 건강수준 악화에 대해서는 취약할 것으로 고려된다.

V. 결론

자살생각은 자살행위의 초기 결정요인으로써 자살시도의 중요한 예측 인자라는 점과 자살예방을 위한 정책 수립의 중요한 지표가 되므로, 자살생각에 대한 이해의 증가와 그에 대한 관련 연구는 그 중요성이 매우 크다고 할 수 있다. 특히, 자살생각이나 자살시도의 위험요인이 우울과 같은 감성요인과 관련이 있을 것으로 고려되므로, 이러한 우울증 경험 유무에 따른 자살생각 요인 간의 관련성을 실증적으로 밝힐 필요가 있을 것으로 고려된다. 본 연구에서는 국민건강영양조사(KNHANES)[16] 자료를 바탕으로, 우리나라 성인들의 연령대별 자살생

각 관련 위험요인을 밝히고, 더 나아가 우울증이라는 감성요인의 경험과 자살생각 간의 관련성을 실증적으로 살펴보았다.

자살생각을 예방하기 위해서는 본 연구에서 논의한 위험요인을 예방해야 할 뿐만 아니라 우울증상 경험 예방에 대해서도 고려가 되어야 할 것이다. 따라서 자살생각 예방을 위해서 다음과 같은 제언을 한다.

첫째, 최근 남녀평등 인식이 정착단계에 접어들고 성차별 문제가 상당히 해결되면서, 여성들의 사회참여가 확산되는 추세이다. 이에 따라 여성들이 대부분의 남성의 직업 영역에 적극 참여하게 되면서, 상대적으로 여성에 대한 배려나 사회적 관심이 여전히 부족한 상황이다. 이러한 분위기 속에서 여성들과 우울증은 무관할 수 없을 것으로 고려되며, 우울증 경험군 여성의 자살생각이나 자살시도는 당연히 높을 것으로 예상된다. 따라서 사회적으로 여성에 대한 세심한 배려와 국가적으로 여성정책의 시급한 개선이 고려되는 상황이다.

둘째, 결혼상태에 따른 자살생각과 관련하여, 사회적 및 경제적 지원 차원에서 붕괴된 가정 관련 복지사각지대 계층에 대한 지속적인 조사와 관련 정책수립 및 행정지원 등이 신중히 고려될 필요가 있다.

셋째, 신체활동이 자살생각예방에 도움이 되는 것으로 나타났다. 이러한 측면에서 장년층은 적당한 신체적 활동은 자살생각을 완화시킬 수 있을 것으로 고려되므로, 적극적인 신체활동이 권장되어야 할 것이다. 하지만, 본 연구결과에 따라 노년층에서는 과도한 신체활동은 오히려 자살생각에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 이에 대한 세심한 배려가 필요할 것이다.

넷째, 흡연은 중독성이 강하여 혼자 금연하기가 힘들다. 따라서 자살생각 예방을 위하여 향후 정부의 금연에 대한 정책적 노력과 학계의 관심 및 추가연구가 필요할 것으로 고려된다.

다섯째, 음주예방이 자살생각예방에 도움이 되는 것으로 나타났는데, 특히 중년층의 경우 건전한 문화 활동을 통해서 사회활동과 관련된 피로나 스트레스를 해소할 수 있도록 교육 및 지원할 필요가 있을 것으로 고려된다.

여섯째, 주관적 건강상태가 자살생각 경험에 매우 중

요한 요인임을 알 수 있다. 따라서 자살생각 경험의 완화를 위해서는 운동과 정기적인 건강 검진 등을 통해서 건강한 신체를 유지할 수 있도록 교육 및 지원이 필요할 것으로 고려된다.

마지막으로 우울증은 자살자의 60%이상에서 발견되는 중요한 요인이다. 본 연구에서도 각 위험요인들이 자살생각에 더욱 영향을 미치게도 하는 것으로 나타났다. 따라서 자살생각 예방을 위해서 우울증상 경험을 완화시키는 것에도 더 많은 고려가 필요할 것이다.

본 연구를 통해 우리나라 성인들의 연령대별로 자살생각 위험요인으로써 인구통계학적 요인과 건강행태 요인들이 도출되었다. 또한, 각 위험요인들을 우울증 경험 유무에 따라 분석함으로써 우울증 경험에 따른 자살생각 위험요인의 차이를 확인할 수 있었다. 이러한 연구결과는 우리나라 성인들의 자살시도 및 자살행위를 예방하기 위한 국가정책의 기초연구자료로 활용 될 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구 결과는 다음과 같은 3가지 관점에서 학술적 의의가 있다. 첫째, 본 연구에서는 성인들의 자살생각의 위험요인들을 2008년~2012년 국민건강영양조사(KNHANES) 자료 최신 5년간 수집된 장기적 조사 자료를 바탕으로 분석하였다. 점에서 기존 선행연구들과 차별화하였다. 둘째, 자살생각 경험의 위험요인들을 우울증상 경험 유무에 따라 나눔으로써 기존연구에서 살펴볼지 못한 새로운 관련성을 살펴볼 수 있었다. 셋째, 생애 주기에 따른 연령대별 자살생각을 살펴봄으로써 연령대별로 위험요인들 간의 차이를 확인할 수 있었다.

그러나 본 연구에는 다음과 같은 한계가 있으며, 이에 따른 향후 연구방향을 다음과 같이 제시한다. 첫째, 자살생각 경험에 영향을 미치는 요인들은 서로 상호작용을 할 수 있을 것으로 예상된다. 그러나 본 연구에서는 그러한 영향관계를 고려하지 못하였다. 따라서 향후 연구에서는 이에 대한 충분한 고려가 필요하다. 둘째, 자살생각 경험은 사회적 지지와 같은 사회적 관계도 중요한 요인으로 작용할 것으로 생각되나, 본 연구에서는 자료의 한계로 이를 고려한 연구가 이루어지지 못했다. 향후연구에서는 가족관계 및 대외활동 등과 같은 사회

적 관계에 대한 조사결과가 반영된 추가연구가 필요하다. 셋째, 본 연구는 전국민 조사를 통한 과거자료를 활용하였다. 그러나 향후연구에서는 사회현상, 지역병원, 지역보건 등의 최신 상황이 반영된 연구가 필요할 것으로 고려된다.

참고 문헌

- [1] S. M. Park, S. I. Cho, and S. S. Moon, "Factors associated with suicidal ideation: role of emotional and instrumental support," *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.69, No.4, pp.389-397, 2010.
- [2] KNSO(Korea National Statistics Office), *Death statistics in 2011*, Daejeon: Korea National Statistical Office, 2012.
- [3] 박은옥, 최수정, "한국성인의 자살생각률과 관련 요인", *정신간호학회지*, 제22권, 제2호, pp.88-96, 2013.
- [4] J. W. Kwon, H. Chun, and S. I. Cho, "A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986 - 2005," *BMC Public Health*, Vol.9, No.1, p.72, 2009.
- [5] 김선영, 정미영, 김경나. "한국성인의 연령계층별 자살생각 관련요인", *보건교육·건강증진학회지*, 제31권, 제2호, pp.1-14, 2014.
- [6] H. J. Jeon, "Epidemiologic studies on depression and suicide," *Journal of the Korean Medical Association*, Vol.55, No.4, pp.322-328, 2012.
- [7] J. Neeleman, R. de Graaf, and W. Vollebergh, "The suicidal process: prospective comparison between early and later stages," *Journal of Affective Disorders*, Vol.82, No.1, pp.43-52, 2004.
- [8] K. Suominen, E. Isometsä, J. Suokas, J. Haukka, K. Achte, and J. Lönnqvist, "Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study," *American Journal of Psychiatry*, Vol.161, No.3, pp.562-563, 2004.
- [9] Guilherme Borges, Matthew K. Nock, Josep M. Haro Abad, Irving Hwang, Nancy A. Sampson, Jordi Alonso, Laura Helena Andrade, Matthias C. Angermeyer, Annette Beautrais, Evelyn Bromet, Ronny Bruffaerts, Giovanni de Girolamo, Silvia Florescu, Oye Gureje, Chiyi Hu, Elie G Karam, Viviane Kovess-Masfety, Sing Lee, Daphna Levinson, Maria Elena Medina-Mora, Johan Ormel, Jose Posada-Villa, Rajesh Sagar, Toma Tomov, Hidenori Uda, David R. Williams, and Ronald C. Kessler, "Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys," *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.71 No.12, p.1617, 2010.
- [10] T. Forkmann, E. Brähler, S. Gauggel, and H. Glaesmer, "Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.200, No.5, pp.401-405, 2012.
- [11] Y. R. Chin, H. Y. Lee, and E. S. So, "Suicidal ideation and associated factors by sex in Korean adults: a population-based cross-sectional survey," *International Journal of Public Health*, Vol.56, No.4, pp.429-439, 2011.
- [12] Y. J. Lee, S. J. Kim, I. H. Cho, J. H. Kim, S. M. Bae, S. H. Koh, and S. J. Cho, "A study on the relationship between sleep duration and suicidal idea in an urban area of South Korea," *Sleep Medicine and Psychophysiology*, Vol.16, No.2, pp.85-90, 2009.
- [13] Y. J. Kim and H. J. Kang, "Study on variables related to adults' suicidal ideation," *J Fam Relat*, Vol.16, pp.45-61, 2011.
- [14] A. T. Beck, R. A. Steer, J. S. Beck, and C. F. Newman, "Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression,"

- Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol.23, No.2, pp.139-145, 1993.
- [15] C. K. Ra and Y. Cho, "Differentiated effects of social participation components on suicidal ideation across age groups in South Korea," *BMC Public Health*, Vol.13, No.1, p.890, 2013.
- [16] The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2008-2012, Korea Centers for Disease Control and Prevention.
- [17] E. J. Kang, "Factors related to suicide ideation by age group," *Health and Welfare Policy Forum*, Vol.107, pp.81-86, 2005.
- [18] I. M. Hunt, N. Cuper, J. Robinson, J. Shaw, S. Flynn, H. Bailey, J. Meehan, H. Bickley, R. Parsons, J. Burns, T. Amos, and L. Appleby, "Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey," *British Journal of Psychiatry*, Vol.188, No.2, pp.135-142, 2006.
- [19] Z. Rihmer, "Suicide risk in mood disorders," *Current Opinion in Psychiatry*, Vol.20, No.1, pp.17-22, 2007.
- [20] Ministry of Health and Welfare (2011), *Korea Health Statistics 2010: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANESV-1)*. Retrieved August, 27, 2013, from <https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>
- [21] Y. H. No, "Determinants of Suicidal Ideation: A Microeconomic Analysis," *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, Vol.13, No.1, pp.41-58, 2007.
- [22] S. J. Shin and Y. T. Jo, "Social Capital and Suicidal Impulse," *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, Vol.24, No.3, pp.35-49, 2007.
- [23] 엄현주, 전해정, "중년기 남녀의 자살생각에 관한 예측요인", *정신보건과 사회사업*, Vol.42, No.2, pp.35-62, 2014.
- [24] 이윤정, 송인한, "자살과 연관된 경제적 요인에 관한 연구 : 부채와 자살생각", *정신보건과 사회사업*, Vol.43, No.1, pp.58-82, 2015
- [25] H. S. Kim, K. J. Jeon, and Y. M. Kim, "Gender Differences in Factors Affecting Suicidal Ideation among the Korean Elderly," *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol.33, No.2, pp.349-363, 2013.
- [26] J. R. Hughes, "Smoking and suicide: a brief overview," *Drug Alcohol Depend*, Vol.98, No.3, pp.169-178, 2008.
- [27] 윤명숙, "알코올중독자의 자살생각에 미치는 음주의 조절효과", *한국정신보건사회복지학회*, Vol.38, pp.113-140, 2011.
- [28] 조혜정, "생애주기별 알코올 사용이 자살생각에 미치는 영향", *한국알코올과학회지*, 제15권, 제2호, pp.83-101, 2014.
- [29] J. Brady, "The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. Alcohol and Alcoholism," *International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, Vol.41, No.5, pp.473-478, 2006.
- [30] M. Pompili, G. Serafini, M. Innamorati, G. Dominici, S. Ferracuti, and G. D. Kotzalidis, "Suicidal behavior and alcohol abuse," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol.7, No.4, pp.1392-1431, 2010.
- [31] 오창석, "노인의 주관적 건강 인식과 삶의 질이 우울과 자살 생각에 미치는 영향", *보건의료산업학회지*, 제6권, 제2호, pp.179-191, 2012.
- [32] 남석인, 최권호, 이희정, "당뇨환자의 주관적 건강인식이 자살행동에 미치는 영향과 우울의 매개효과", *사회복지연구*, 제45권, 제1호, pp.231-254, 2014.

저 자 소 개

전 현 규(Hyeon-Gyu Jeon)

정회원

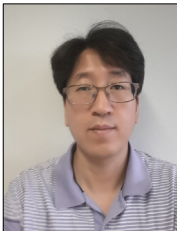


- 2009년 2월 : 경희대학교 e비즈니스학과(경영학석사)
- 2014년 8월 : 경희대학교 경영컨설팅학과(경영학박사)
- 2014년 9월 ~ 현재 : 성균관대학교 경영대학 연구교수

<관심분야> : 헬스 인포매틱스, 지식경영, 창의성 과학, 데이터 마이닝, 전자상거래, 비즈니스 커뮤니케이션, 경영전략.

심 재 문(Jae-Mun Sim)

정회원



- 2008년 2월 : 경희대학교 국제경영학과(경영학석사)
- 2014년 8월 : 경희대학교 국제경영학과(경영학박사)
- 2014년 9월 ~ 현재 : 성균관대학교 경영대학 연구교수

<관심분야> : 헬스 인포매틱스, 보건의료, 빅데이터마이닝, 유비쿼터스, 경영정보시스템.

이 건 창(Kun-Chang Lee)

정회원



- 1988년 8월 : KAIST 경영과학과(공학박사)
- 1995년 9월 ~ 현재 : 성균관대학교 경영대학 교수, 창의성과학연구소장, 헬스 마이닝 센터장

<관심분야> : 헬스 인포매틱스, 창의성 과학, 감성공학, 뉴로과학