

## 재가노인의 우울, 불안 및 자기초월이 자살행동에 미치는 영향

김희숙<sup>1</sup> · 김판희<sup>2\*</sup> · 박경란<sup>3</sup><sup>1</sup>경북대학교 간호대학 교수<sup>2\*</sup>경운대학교 간호학과 조교수<sup>3</sup>구미정신건강복지센터 부센터장

## Effects of Depression, Anxiety, and Self-transcendence on Suicidal Behavior in Community-Dwelling Older Adults

Hee-Sook Kim<sup>1</sup> · Pan-Heui Kim<sup>2\*</sup> · Gyeong-Ran Park<sup>3</sup><sup>1</sup>Professor, College of Nursing · The Research Institute of Nursing Science, Kyungpook National University, Daegu 41566, Korea<sup>2\*</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Kyungwoon University, Gumi 39160, Korea<sup>3</sup>Deputy Director, Gumi Mental Health Welfare Center, Gumi 39192, Korea

### [요약]

본 연구는 재가노인의 우울, 불안 및 자기초월이 자살 행동에 미치는 영향을 확인하기 위한 서술적 조사이다. 연구 대상은 경상북도 G시 거주 노인 843명이었다. 자료수집은 2022년 9월 1일부터 10월 31일까지 이루어졌다. 수집된 자료는 SPSS 22.0을 이용하여 상관관계와 다중회귀분석을 시행하였다. 연구 결과 우울, 불안 및 자기초월은 자살행동과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 회귀분석 결과, 불안( $\beta=0.25, p<.001$ ), 우울( $\beta=0.22, p<.001$ ), 과거 정신건강의학과 치료/진단 ( $\beta=-0.14, p<.001$ ), 주거유형( $\beta=0.08, p=.007$ )과 주관적 경제상태( $\beta=0.08, p=.012$ ) 순으로 자살행동에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 자살 행동의 27%를 설명하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 재가노인의 자살행동을 예방하기 위한 간호중재 시 고려할 필요가 있다.

### [Abstract]

This study conducted a descriptive survey to investigate the levels of depression, anxiety, self-transcendence, and suicidal behavior among older adults residing in the community and explore their correlations. The study sample consisted of 843 older individuals living in G City, Gyeongsangbuk-do, South Korea, and data were collected from September 1 to October 31, 2022. Correlation analysis and multiple regression analysis were conducted to analyze the data. The results showed significant correlations among depression, anxiety, self-transcendence, and suicidal behavior. Anxiety was found to be the most influential factor in explaining suicidal behavior ( $\beta=0.25, p<.001$ ), followed by depression ( $\beta=0.22, p<.001$ ), history of treatment and diagnosis in the field of mental health ( $\beta=-0.14, p<.001$ ), housing type ( $\beta=0.08, p=.007$ ), and subjective economic status ( $\beta=0.08, p=.012$ ). These factors collectively explained 27% of the variance in suicidal behavior. The results indicate that the above can be considered as potential factors in nursing interventions to prevent suicidal behavior among older adults residing in the community.

**색인어** : 노인, 불안, 우울, 자기초월, 자살행동**Keyword** : Anxiety, Depression, Older Adults, Self-transcendence, Suicidal Behavior<http://dx.doi.org/10.9728/dcs.2024.25.4.971>

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Received 28 February 2024; Revised 11 March 2024

Accepted 26 March 2024

\*Corresponding Author; Pan-Heui Kim

Tel: 

E-mail: phkim777@naver.com

## 1. 서론

2022년 기준 OECD 국가 연령표준화 자살률이 평균 10.6명인 것에 비해 우리나라는 22.6명으로 가장 높은 수준이다 [1]. 특히, 인구 10만 명당 자살률이 60대 27명, 70대 37.8명, 80세 이상 60.6명으로 노인의 연령이 증가할수록 자살률이 급격하게 상승하는 것으로 나타나[1],[2] 노인 자살 문제가 매우 심각한 수준이라는 것을 짐작할 수 있다. 특히 노인들은 노화에 따른 신체적 기능의 퇴행으로 다른 연령층에 비하여 자살시도 시 회복할 능력이 떨어지고, 자살 계획 시 심사숙고하여 치밀하게 준비하는 경향이 커서 사망할 가능성이 매우 높다[3]. 노인 인구의 비중 또한 급격하게 증가하고 있는데, 2023년 현재 65세 이상 노인 인구가 차지하는 비율은 전체 인구의 18.4%로 2025년에는 20.6%로 증가할 것으로 전망된다[1],[4]. 특히 2020년 노인실태조사에 따르면 재가노인의 경우 절반 이상(58.4%)이 노인부부가구로 나타났고, 독거가구의 비중도 19.8%나 되는 것으로 나타났다[5]. 또한 기능상태 제한이 있는 노인의 17.9%는 비동거 자녀와 연 1~2회 또는 왕래가 없어 고독, 고립의 위험이 있는 것으로 나타났고, 독거이거나 기능 상태에서 제한이 있는 경우에 자살생각이 상대적으로 높은 것으로 나타났다[5].

따라서 우리나라 자살율을 낮추기 위해서는 재가노인의 자살 예방이 어느 연령층보다 중요하다. 이러한 중요성을 인식하여 2000년 이후부터 재가노인의 자살에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있는데, 선행연구에서 노인의 자살 원인은 자살 과거력, 가족관계, 경제문제, 건강문제, 우울, 불안, 절망감 등 다양한 요인들의 영향을 받는 것으로 알려져 있다[6]. 이 중 우울과 불안은 자살의 주된 심리적 요인으로, 우울과 불안이 있는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 3.5배 이상 자살사고 위험이 높다고 보고되고 있다[6],[7]. 특히 우울은 노인자살의 주요 요인으로 자살을 생각하거나 시도하는 많은 노인이 우울 증상을 가지고 있다고 알려졌으며[8], 우울 증상이 심해지면 자살을 생각하거나 시도하는 등 실행에 옮기고자 하는 행동으로 나타날 수 있다[9]. 또한 노화로 인한 상실과 가족을 포함한 사회적 지지의 감소는 삶의 의미 상실과 더불어 주변과의 유대감 단절 및 무력감, 우울을 경험하며, 심한 경우 자살을 시도하기도 한다[10].

노인 우울은 불안이 동반되는 경우가 상당히 많은데[11], 불안은 인지기능 저하, 삶의 질 저하 및 사망률의 증가와도 관련이 있는 것으로 알려져 있다[12]. 선행연구에서 불안은 자살과 정적 상관이 있는 것으로 나타났는데[13], 노인이 경험하는 건강문제나 경제적 문제, 정신적·사회적 스트레스는 노후에 대한 불안과 노화에 대한 부정적 인식을 갖게 하고, 심한 경우 자살을 선택 하기도 한다[14],[15].

노인 자살에 영향을 미치는 또 다른 요인으로 선행연구에서 성별, 연령, 동거상태, 교육수준, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 신체적, 정신적 질병여부, 음주여부 등이 관련 있는

것으로 나타났다[3],[15]-[18]. 특히 건강상태가 좋지 않은 경우 우울증을 유발하여 간접적으로 자살에 영향을 줄 수 있는데[18], 2020년 노인실태조사에 의하면, 60세 이후 자살을 생각해 본 적이 있다고 응답한 사람이 자살을 생각하게 된 이유로 건강 문제, 경제적 어려움, 외로움 등의 순으로 나타났다[5]. 하지만 이러한 요인들은 노화의 과정에서 나타나는 피할 수 없는 문제로 중재하는 데 한계가 있다.

반면 노년기의 피할 수 없는 변화를 수용과 평온함으로 대처하면서 긍정적인 관점으로 자신의 삶과 주변과의 관계를 유지하는 삶을 지속하는 노인들도 있는데, 이들은 신체적, 정서적 고통과 상실을 초월하는 성숙과 지혜를 획득하기 위해 마지막 남은 삶에 새로운 의미와 희망을 부여하면서 제한된 삶의 질을 유지하거나 향상시키기 위해 노력한다[19]. 성공적 노화 이론(Successful aging theory)에서도 신체적 기능과 건강을 상실한 상태일지라도 적응과 대처를 통해 초월감을 형성한다면 삶의 의미를 찾고 만족감을 느낄 수 있으며 성공적인 노화를 경험할 수 있다[20]고 하였다. 이처럼 초월은 세상에 대한 물질적 가치나 이성적 판단을 넘어서는 우주적이고 초월적인 상위 시각(meta-perspective)을 가지는 것[21]으로, 노인의 삶과 죽음에 대한 새로운 적응은 물론 반성적으로 자기를 확장하고 발전시켜 노인의 발달 단계를 성공적으로 충족시키는데 중요한 역할을 한다[22]. 이러한 자기초월은 노년기의 삶의 질과 성공적 노화에 중요한 요인으로, 안정신과 박규리[23]의 연구에서 다른 연령대 보다 노인의 초월이 높게 나타났는데, 노년기는 다른 연령대에 비해 삶에 대한 수용 정도가 높아 초월에 대한 경험을 하기가 더 쉽다[24].

선행연구에서 자기초월은 우울 및 죽음 불안과 유의한 부적 관계가 있는 것으로 나타났고[25], 노인의 안녕감과 정신 건강에 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다[26]. Reed는 자기초월이론에서 인생의 어려움과 위기의 상황에서 개인의 취약성이 높아지면 자신의 개념적 경계를 다차원적으로 확대하는 자기초월 과정을 통해 건강과 안녕상태 (well-being)에 이르게 된다[27]고 하였다. 즉, 개인이 질병, 상실, 노화 등의 어려움을 경험할 때 자존감과 자아정체감을 유지하기 위해 반동 현상으로 자기초월 현상에 이르게 됨을 짐작할 수 있다. 따라서 감당하기 힘든 내적 경험으로부터 회피하려는 극단적인 반응[28],[29]으로 자살행동을 할 가능성이 높은 노인들에게 자신의 내적 경험을 회피하지 않고, 온전히 수용하도록 하는 자기초월이 자살행동에 영향을 미치는지 확인해 볼 필요가 있다. 하지만 현재까지 우리나라 노인들을 대상으로 자기초월과 자살행동의 관계에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 자살 위험요인으로 알려진 우울, 불안을 포함하여 자기초월이 노인의 자살행동에 미치는 영향을 파악함으로써 노인 자살예방을 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

## II. 본 론

### 2-1 연구설계

본 연구는 재가노인의 우울, 불안 및 자기초월이 자살행동에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2-2 연구 대상 및 자료수집

본 연구 대상은 G시의 65세 이상 노인을 임의표집하였다. 필요한 대상자 수는 G\*power 3.1.9.2를 이용하여 산출하였으며, 다중회귀분석 시 효과 크기(effect size) .15, 유의수준 ( $\alpha$ ) .05, 검정력( $1-\beta$ ) .95로 계산하였을 때 최소 199명이었다. 하지만 본 연구는 재가노인의 우울, 불안 및 자살 고위험군을 선별하여 개인상담 및 집단프로그램을 제공하기 위한 목적으로 자살률이 높은 지역의 경로당을 방문하여 설문조사를 실시하였다. 연구 대상자는 인지기능이 정상이고 자신의 의견을 명확하게 표시할 수 있는 자로 본 연구의 목적, 익명성과 비밀보장 등에 대한 사전 설명을 듣고, 자발적으로 연구에 참여하기로 서면으로 동의한 900명에게 설문지를 배포하였으며 부적절한 응답 57부를 제외한 최종 대상자는 843명이었다. 선별검사 결과 고위험군에게는 개별상담을 제공하였고, 고위험군이 많은 경로당에는 자살예방 교육이나 집단프로그램을 제공하였다.

### 2-3 연구도구

#### 1) 우울척도(PHQ-9; Patient Health Questionnaire-9)

Kroenke 등[30]이 타당화한 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 척도를 박승진 등[31]이 번안한 도구를 사용하였다. 이 도구는 최근 2주 동안 9문항의 일로 얼마나 자주 불편함을 느낀 적이 있는지를 측정하는 자기기입으로, 각 문항은 0점 '전혀 그렇지 않다'에서 3점 '매우 그렇다'까지 4점 Likert 척도로 구성되어 있다. 총점은 27점이며 우울증상을 네 가지 범주로 분류하여 0점-4점은 '우울증 아님', 5점-9점은 '가벼운 우울증', 10점-19점은 '중간정도 우울증', 20점-27점을 '심한 우울증'으로 구분할 수 있다. 척도의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 는 박승진 등 연구[31]에서 .81로 나타났고, 본 연구에서는 .89이었다.

#### 2) 범불안장애 7항목 척도(GAD-7; The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale)

불안은 Spitzer 등[32]이 개발한 Generalized Anxiety Disorder-7 Scale (GAD-7)를 Lee 등[33]이 번안하고 신뢰도와 타당도를 검증한 한국어판 GAD-7을 사용하였다. 이 도구는 범불안장애를 선별 진단하기 위한 불안 또는 걱정과 관련된 7가지 문항으로, 각 문항은 0점 '전혀 없었다'에서

3점 '거의 매일 괴로웠다'까지 4점 Likert 척도로 구성되어 있다. 총점이 10점 이상인 경우를 '범불안장애'로 진단하며, 총점이 높을수록 불안증상의 심각도가 높고 기능 저하도 더욱 심한 것을 의미한다. 척도의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 는 Lee 등[33]의 연구에서는 .92로 나타났고, 본 연구에서는 .94이었다.

#### 3) 자기초월(STS-K; Self-transcendence Scale-Korean)

자기초월은 Reed[22]가 개발한 Self-transcendence Scale을 Kim 등[34]이 번안하고 신뢰도와 타당도를 검증한 한국어판 STS-K를 사용하였다. 이 도구는 총 15문항의 자가 보고으로 각 문항은 1점 '전혀 그렇지 않다'에서 4점 '매우 그렇다'까지 4점 Likert 척도로 구성되어 있다. 총점은 60점으로 역문항(15번)을 역산하였으며, 점수가 높을수록 자기초월이 높음을 나타낸다. 척도의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 는 Kim 등[34]의 연구에서는 .85로 나타났고, 본 연구에서는 .93이었다.

#### 4) 자살행동 척도(SBQ-R; Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised)

자살 행동을 측정하기 위해 Linehan (1981)이 개발한 자살행동 척도(Suicidal Behaviors Questionnaire)를 Osman 등[35]이 4문항으로 변형시켜 타당화한 개정판을 유화정 [36]이 번안한 도구를 사용하였다. 자살행동 척도는 자살 생각과 자살 시도 빈도(1번과 2번 문항), 자살위험(3번 문항), 자살시도 가능성(4번 문항)을 측정하는데, 1번 문항은 4점, 2번 문항은 5점, 3번 문항은 3점, 4번 문항은 6점으로 점수 차이가 나며, 총점은 3점~18점의 범위로 산출된다. 비임상 집단의 경우 전체 문항의 총점 7점이상, 임상 집단의 경우 전체 문항의 총점 8점 이상을 자살행동위험 가능성이 높은 것으로 해석한다. 도구의 신뢰도 Cronbach  $\alpha$ 는 유화정[36]의 연구에서는 .79로 나타났고, 본 연구에서는 .82로 나타났다.

### 2-4 자료수집 방법

자료수집 기간은 2023년 6월 15일부터 9월 15일까지였다. 자료수집방법은 사전에 노인의 특성과 설문조사 방법에 대한 교육을 받은 조사원이 각 지역 경로당을 방문하여 대면으로 조사하였다. 먼저 조사 목적과 설문 응답이 연구 목적으로 사용될 것이며, 익명과 비밀이 보장됨과 문항 작성 중 언제든지 중단할 수 있음을 설명하였다. 설명을 듣고 연구에 참여하기로 자발적으로 동의한 대상자에게 서면 동의서를 받은 후 1:1로 설문지를 배부하고 직접 작성한 설문지를 바로 회수하였다. 시력저하로 응답에 어려움이 있는 경우에 조사원이 1:1로 면담을 통해 대상자가 직접 응답에 체크하도록 하여 자료를 수집하였다. 설문지 소요시간은 20분에서 30분 정도였다.

## 2-5 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 22.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 건강 관련 특성은 빈도와 백분율로 분석하였고, 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동 정도는 평균과 표준편차로 산출하였다. 대상자의 일반적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 우울, 불안, 자기초월 및 자살 행동의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하고, Scheffé test로 사후검증하였다. 대상자의 우울, 불안 및 자기초월과 자살행동의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였으며, 우울, 불안 및 자기초월이 자살행동에 미치는 영향을 파악하기 위해 Multiple Regression을 이용하여 분석하였다.

## III. 연구결과

### 3-1 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 특성

일반적 특성으로 성별은 ‘남’ 201명(23.8%), ‘여’ 642명(76.2%)으로 나타났으며, 나이는 ‘60대’ 56명(6.6%), ‘70대 이상’ 787명(93.4%)으로 나타났다. 결혼상태는 ‘기혼’ 426명(50.5%), ‘사별’ 398명(47.2%) 순으로 나타났다. 주거유형은 ‘자가’가 732명(86.8%)으로 대다수를 차지하였고, 동거상태는 ‘동거’가 513명(60.9%)으로 ‘독거’ 330명(39.1%)보다 많았다. 교육수준은 ‘초졸이하’ 568명(67.4%), ‘중졸~고졸’ 255명(30.2%) 순으로 나타났으며, 주관적 경제상태는 ‘중’이 564명(66.9%)으로 가장 많았고, 음주빈도는 ‘전혀 안마시’ 678명(80.4%)으로 가장 높게 나타났다. 일상생활에서의 문제는 ‘건강문제’ 386명(45.8%), ‘없음’ 293명(34.8%), ‘경제적 어려움’ 107명(12.7%) 순으로 나타났다. 건강관련 특성에서는 신체질병 ‘있음’이 726명(86.1%), 신체질환으로 인한 복용약물 수는 ‘1-3개’가 577명(68.4%)으로 가장 높게 나타났으며, 과거 정신건강의학과 치료/진단 ‘아니오’ 799명(94.8), 현재 정신건강의학과 치료 ‘아니오’ 814명(96.6%)으로 ‘예’보다 높았고, 주관적 정신건강은 ‘중’이 500명(59.3%)으로 가장 높았다. 정신건강 서비스 인식도는 ‘모른다’가 511명(60.6%), 정신건강 서비스 수용도는 ‘없다’ 479명(56.8%)으로 나타났다(표 1).

### 3-2 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동 정도 차이

일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 우울 정도 차이는 주관적 경제상태에서 ‘하’가 ‘중’, ‘상’에 비해 유의하게 높았고(F=19.08,  $p<.001$ ), 일상생활에서의 문제는 ‘건강문제’와 ‘외로움/소외감’이 ‘없음’보다 유의하게 높았다(F=8.20,  $p<.001$ ).

신체질병은 ‘있음’이 유의하게 높았으며( $t=5.10$ ,  $p<.001$ ), 신체질환복용약물 수는 ‘1-2개’와 ‘3개이상’이 ‘없음’보다 유의하게 높았고(F=9.00,  $p<.001$ ), 과거 정신건강의학과 치료/진단( $t=3.38$ ,  $p<.001$ )과 현재 정신건강의학과 치료( $t=2.68$ ,  $p<.001$ ) 모두 ‘예’라고 응답한 사람이 우울 점수가 유의하게 높았다. 주관적 정신건강에 따라 우울 정도의 차이가 있었으나(F=87.16,  $p<.001$ ) 사후검증에서 집단 간에 유의한 차이는 나타나지 않았고 정신건강서비스 수용도는 ‘예’라고 응답한 사람이 우울 점수가 유의하게 높았다( $t=2.73$ ,  $p=.006$ )(표 1).

일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 불안 정도 차이는 주관적 경제상태 ‘하’가 ‘중’에 비해 유의하게 높았고(F=10.85,  $p<.001$ ), 일상생활에서의 문제는 ‘건강문제’가 ‘없음’보다 유의하게 높았다(F=4.44,  $p<.001$ ). 신체질병은 ‘있음’( $t=4.07$ ,  $p<.001$ ), 신체질환복용약물은 ‘1-2개’와 ‘3개이상’이 ‘없음’보다 유의하게 높았으며(F=6.19,  $p=.002$ ), 과거 정신건강의학과 치료/진단( $t=3.71$ ,  $p<.001$ )과 현재 정신건강의학과 치료( $t=3.14$ ,  $p=.004$ ) 모두 ‘예’라고 응답한 사람이 불안 점수가 유의하게 높았다. 주관적 정신건강에 따라 불안 정도 차이가 있었으나(F=59.43,  $p<.001$ ) 사후검증에서 집단간 차이는 확인되지 않았고, 정신건강서비스 수용도는 ‘예’라고 응답한 사람이 불안 점수가 유의하게 높았다( $t=3.08$ ,  $p=.002$ )(표 1).

일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 자기초월 정도 차이는 주관적 경제상태에서 유의한 차이가 있었으나(F=3.16,  $p=.043$ ) 사후검증에서 집단간 차이는 확인되지 않았다. 신체질병은 ‘없음’이 높았으며( $t=-3.11$ ,  $p=.002$ ), 신체질환복용약물 수는 ‘없음’이 ‘1-2개’보다 높았고(F=4.89,  $p=.008$ ), 현재 정신건강의학과 치료는 ‘예’가 유의하게 높았다( $t=2.38$ ,  $p=.024$ ). 주관적 정신건강에 따라 자기초월 정도의 차이가 있었으나 사후검증에서 집단간 차이는 확인되지 않았고(F=40.41,  $p<.001$ ), 정신건강서비스 수용도는 ‘예’라고 응답한 사람이 자기초월 점수가 유의하게 높았다( $t=3.14$ ,  $p=.002$ )(표 1).

일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 자살행동 정도 차이는 주거유형에서 ‘임대’가 ‘자가’에 비해 유의하게 높았고(F=4.80,  $p=.008$ ), 동거상태는 ‘동거’가 ‘독거’에 비해 유의하게 높았다( $t=-2.05$ ,  $p=.043$ ). 주관적 경제상태는 ‘하’가 ‘상’과 ‘중’에 비해 유의하게 높았고, 일상생활에서의 문제는 ‘경제적 어려움’이 ‘없음’보다 유의하게 높았다(F=4.62,  $p<.001$ ). 신체질환복용약물 수는 ‘3개 이상’인 경우 ‘없음’과 ‘1-2개’보다 유의하게 높았고(F=4.61,  $p=.010$ ), 과거 정신건강의학과 치료/진단( $t=3.26$ ,  $p=.002$ )과 현재 정신건강의학과 치료( $t=2.38$ ,  $p=.024$ )는 모두 ‘예’가 유의하게 높았다. 주관적 정신건강에 따라 유의한 차이가 있었으나 사후검증에서 집단 간 차이는 확인되지 않았고(F=40.41,  $p<.001$ ), 정신건강 서비스 수용도는 ‘있다’가 유의하게 높았다( $t=3.14$ ,  $p=.002$ )(표 1).

표 1. 일반적 특성 및 건강관련 특성에 따른 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동 정도 차이

Table 1. Differences in depression, anxiety, self-transcendence, and suicidal behavior according to general characteristics and disease-related characteristics

(N=843)

Characteristics	Categories	n (%)	Depression			Anxiety			Self-transcendence			Suicidal behavior		
			M	SD	t or F (p) Scheffe	M	SD	t or F (p) Scheffe	M	SD	t or F (p) Scheffe	M	SD	t or F (p) Scheffe
Gender	Male	201(23.8)	2.52	4.38	-0.39 (.699)	1.60	3.79	0.56 (.578)	43.76	7.16	-0.75 (.453)	3.41	1.19	-0.39 (.694)
	Female	642(76.2)	2.66	4.49		1.45	3.33		44.22	7.85		3.45	1.49	
Age (yr)	65-69	56(6.6)	2.46	4.09	-0.29 (.775)	1.41	3.22	-0.16 (.869)	44.34	7.42	0.23 (.819)	3.38	1.09	-0.37 (.714)
	≥70	787(93.4)	2.64	4.49		1.49	3.46		44.10	7.71		3.45	1.45	
Marriage	Married	426(50.5)	2.46	4.49	0.60 (.550)	1.58	3.72	1.21 (.298)	43.68	7.36	2.31 (.100)	3.44	1.45	0.58 (.562)
	Divorced/Separated /Unmarried	19(2.3)	2.79	4.17		2.42	3.66		42.21	6.08		3.79	1.69	
	Widowed	398(47.2)	2.80	4.44		1.34	3.10		44.67	8.07		3.43	1.39	
Type of residence	Own home <sup>a</sup>	732(86.8)	2.55	4.37	1.10 (.334)	1.47	3.44	0.37 (.689)	44.24	7.80	1.50 (.225)	3.40	1.34	4.80 (.008) b>a
	Rent <sup>b</sup>	87(10.3)	3.30	5.03		1.74	3.63		42.79	6.76		3.87	2.11	
	Other <sup>c</sup>	24(2.8)	2.63	5.03		1.13	3.03		44.83	7.35		3.17	0.38	
Cohabitation	Solitary	330(39.1)	2.55	4.37	-1.33 (.186)	1.47	3.44	-0.69 (.492)	44.24	7.80	1.66 (.097)	3.40	1.34	-2.05 (.043)
	living together	513(60.9)	3.30	5.03		1.74	3.63		42.79	6.76		3.87	2.11	
Education	≤ elementary school	568(67.4)	2.78	4.73	1.02 (.363)	1.60	3.67	1.41 (.245)	44.03	7.92	1.12 (.325)	3.48	1.53	0.76 (.467)
	middle-high school	255(30.2)	2.33	3.86		1.30	3.01		44.10	7.24		3.36	1.17	
	≥ College	20(2.4)	2.15	3.45		0.55	1.39		46.65	6.56		3.30	1.34	
Subjective economic status	High <sup>a</sup>	46(5.5)	1.67	2.87	19.08 ( $<.001$ ) c>a,b	1.33	3.63	10.85 ( $<.001$ ) c>b	45.28	5.71	3.16 (.043)	3.09	0.35	14.08 ( $<.001$ ) c>a,b
	Medium <sup>b</sup>	564(66.9)	2.09	3.85		1.13	2.84		44.44	7.64		3.30	1.10	
	Low <sup>c</sup>	233(27.6)	4.12	5.62		2.36	4.45		43.08	8.06		3.85	2.04	
Drinking frequency	Not at all	678(80.4)	2.66	4.55	0.31 (.736)	1.52	3.54	0.22 (.803)	44.09	7.99	0.75 (.471)	3.46	1.46	0.86 (.423)
	1-4 times a month	129(15.3)	2.37	3.94		1.36	3.21		44.57	6.63		3.30	1.21	
	More than 1 time a week	36(4.3)	2.92	4.64		1.22	2.22		42.81	4.92		3.58	1.42	
Difficulty in daily life	Financial difficulty <sup>a</sup>	107(12.7)	3.00	5.63	8.20 ( $<.001$ ) b,d>f	1.65	4.07	4.44 ( $<.001$ ) b>f	43.66	7.18	1.72 (.127)	3.73	1.99	4.62 ( $<.001$ ) a>f
	Health problem <sup>b</sup>	386(45.8)	3.19	4.59		1.78	3.64		43.61	7.59		3.53	1.59	
	Family problem <sup>c</sup>	11(1.3)	4.27	7.60		3.09	6.32		44.45	3.50		3.00	0.00	
	Social isolation <sup>d</sup>	41(4.9)	4.71	4.77		2.66	3.97		43.29	7.06		3.93	1.82	
	Lack of social welfare facilities <sup>e</sup>	5(0.6)	2.80	6.26		0.60	1.34		40.40	4.51		3.60	1.34	
	None <sup>f</sup>	293(34.8)	1.40	3.13		0.82	2.51		45.11	8.16		3.17	0.66	
Current illness	Yes	726(86.1)	2.84	4.65	5.10 (.001)	1.62	3.58	4.07 ( $<.001$ )	43.78	7.83	-3.11 (.002)	3.47	1.47	1.62 (.107)
	No	117(13.9)	1.29	2.71		0.62	2.26		46.15	6.41		3.28	1.10	
Types of medication being taken due to physical illnesses	0 <sup>a</sup>	117(13.9)	1.29	2.71	9.00 ( $<.001$ ) b,c>a	0.62	2.26	6.19 (.002) b,c>a	46.15	6.41	4.89 (.008) a>b	3.28	1.10	4.61 (.010) c>a,b
	1-2 <sup>b</sup>	577(68.4)	2.65	4.45		1.50	3.49		43.73	7.79		3.40	1.24	
	3 or more <sup>c</sup>	149(17.7)	3.60	5.30		2.10	3.87		43.97	8.01		3.75	2.12	
Past psychiatric treatment	Yes	44(5.2)	5.86	6.62	3.38 ( $<.001$ )	4.50	5.64	3.71 ( $<.001$ )	44.34	9.22	0.17 (.865)	4.80	2.89	3.26 (.002)
	No	799(94.8)	2.45	4.24		1.32	3.20		44.10	7.60		3.37	1.26	
Present psychiatric treatment	Yes	29(3.4)	5.86	6.69	2.68 (.012)	4.72	5.71	3.14 (.004)	4.52	2.50	2.38 (.024)	4.52	2.50	2.38 (.024)
	No	814(96.6)	2.51	4.32		1.37	3.28		3.40	1.36		3.40	1.36	
Subjective mental health status	Upper	225(26.7)	1.34	2.72	87.16 ( $<.001$ )	0.77	2.41	59.43 ( $<.001$ )	3.21	0.74	40.41 ( $<.001$ )	3.21	0.74	40.41 ( $<.001$ )
	Middle	500(59.3)	2.15	3.56		1.10	2.66		3.30	1.14		3.30	1.14	
	Lower	118(14.0)	7.13	7.11		4.47	5.78		4.48	2.59		4.48	2.59	
Mental health service awareness	Yes	332(39.4)	2.80	4.67	0.89 (.374)	1.54	3.35	0.40 (.693)	3.40	1.36	-0.64 (.524)	3.40	1.36	-0.64 (.524)
	No	511(60.6)	2.52	4.32		1.45	3.51		3.47	1.46		3.47	1.46	
mental health services acceptance	Yes	364(43.2)	3.13	5.11	2.73 (.006)	1.92	4.05	3.08 (.002)	3.63	1.75	3.14 (.002)	3.63	1.75	3.14 (.002)
	No	479(56.8)	2.25	3.85		1.15	2.86		3.30	1.09		3.30	1.09	

3-3 대상자의 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동의 정도

대상자의 우울은 평균 2.63±4.46점(범위 0-27점)이었고, 우울 정도는 ‘정상’이 678명(80.4%)으로 대부분을 차지하였고, 심한 우울은 9명(1.1%)으로 나타났다. 불안은 평균 1.48±3.44점(범위 0-21점)이었고, 불안 정도는 ‘정상’이 741명(87.9%)이었고, ‘심한 불안’은 16명(1.9%)로 나타났다. 자기초월은 평균 44.11±7.69점(범위 17-60점)으로 나타났다. 자살 행동은 평균 3.44±1.42점(범위 3-14점)으로 나타났고, 자살 행동 정도는 ‘정상’ 804명(95.4%), ‘심함’ 39명(4.6%)으로 나타났다(표 2).

표 2. 대상자의 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동의 정도  
Table 2. Levels of differences in depression, anxiety, self-transcendence, and suicidal behavior in the subjects

(N=843)			
Variables	Minimum	Maximum	n (%) or Mean±SD
Depression	0	27	2.63±4.46
Normal (1-4)			678(80.4)
Mild (5-9)			85(10.1)
Moderate (10-19)			71(8.4)
Severe (20-27)			9(1.1)
Anxiety	0	21	1.48±3.44
Normal (0-4)			741(87.9)
Mild (5-9)			63(7.5)
Moderate (10-14)			23(2.7)
Severe (15-21)			16(1.9)
Self-transcendence	17	60	44.11±7.69
Suicidal behavior	3	14	3.44±1.42
Normal (3-6)			804(95.4)
Severe (7-18)			39(4.6)

3-4 대상자의 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동 간의 상관관계

대상자의 우울, 불안 및 자기초월과 자살행동 간의 상관관계를 분석한 결과 우울( $r=.45, p<.001$ ) 및 불안( $r=.46, p<.001$ )과 자살 행동 간에는 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었고, 자기초월( $r=.16, p<.001$ )과 자살행동 간에는 통계적으로 유의한 음의 상관관계가 있었다(표 3).

표 3. 대상자의 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동 간의 상관관계  
Table 3. Correlations between depression, anxiety, self-transcendence, and suicidal behavior

(N=843)				
Variables	1	2	3	4
1. Depression	1			
2. Anxiety	0.74 (<.001)	1		
3. Self-transcendence	-0.26 (<.001)	-0.22 (<.001)	1	
4. Suicidal behavior	0.45 (<.001)	0.46 (<.001)	-0.16 (<.001)	1

3-5 대상자의 우울, 불안, 자기초월이 자살행동에 영향을 미치는 영향

노인의 일반적 특성 및 건강 관련 특성을 모두 고려하면서 우울, 불안 및 자기초월이 자살 행동에 미치는 영향을 파악하고, 자살행동의 설명력 정도를 확인하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석은 평균비교와 상관관계 분석결과 자살행동과 상관이 있는 변수들을 독립변수로 지정하였다. 독립변수 중 일반적 특성 및 건강관련 특성은 회귀분석을 위해 더미변수로 처리하였다. 회귀분석 전 실시한 다중 공선성 진단결과 공차 한계의 범위가 0.44-0.98로 0.1이상이었고, 분산팽창인자(VIF)는 1.02-2.26로 기준치인 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 또한 잔차분석 결과 Durbin-Watson은 1.87으로 2에 가까워 모형의 오차항 간에 자기상관성이 없는 것으로 나타나, 잔차의 정규성 분포가정을 만족하는 것으로 나타났다(표 4).

본 연구의 다중회귀모델에 포함된 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 특성(주거유형, 주관적 경제상태, 과거 정신건강 의학과 치료/진단)과 우울, 불안을 투입한 결과 재가노인의 자살행동을 가장 잘 설명하는 요인은 불안( $\beta=0.25, p<.001$ ), 우울( $\beta=0.22, p<.001$ ), 과거 정신건강의학과 치료/진단( $\beta=-0.14, p<.001$ ), 주거형태( $\beta=0.08, p=.007$ ), 주관적 경제 상태( $\beta=0.08, p=.012$ )이었으며, 이 모델의 설명력은 27%이었다( $F=60.86, p<.001$ ). 즉, 우울, 불안이 높을수록, 과거 정신건강의학과 치료/진단을 받은 경우, 주거유형이 ‘임대’인 경우, 주관적 경제상태가 ‘하’인 경우 자살행동이 높은 것으로 나타났으며, 이들 변수 중 노인의 불안이 자살 행동에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났다(표 4).

표 4. 대상자의 우울, 불안, 자기초월이 자살행동에 미치는 영향  
Table 4. Effects of depression, anxiety, and self-transcendence on suicidal behavior in subject

(N=843)						
Variables	$\beta$	t(p)	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	tolerance	VIF
Constant		19.58 (<.001)				
Anxiety	0.25	5.66 (<.001)	0.21	0.21	0.45	2.25
Depression	0.22	4.97 (<.001)	0.24	0.23	0.44	2.26
Past psychiatric treatment (NO)	-0.14	-4.48 (<.001)	0.25	0.25	0.95	1.05
Type of residence (Rent)	0.08	2.69 (.007)	0.26	0.26	0.98	1.02
Subjective economic status (Low)	0.08	2.52 (.012)	0.27	0.26	0.94	1.06

F=60.86 (p<.001)

#### IV. 논 의

본 연구는 재가노인의 우울, 불안, 자기초월 및 자살행동의 정도를 확인하고, 자살행동과 관련된 요인들을 규명하기 위하여 시도되었다.

연구 결과, 재가노인의 우울 정도는 27점 만점에 평균 2.63점으로 2017년 지역사회 건강조사 자료를 분석한 연구[38]의 1.29점 보다 높게 나타났으나, 2021년 경상북도 전체 시군의 65세 이상 노인을 대상으로 실시한 연구[37]의 3.65점보다는 낮게 나타났다. 이러한 결과는 대도시, 중소도시 및 농촌으로 나누어 비교한 선행연구[38]에서 중소도시가 가장 높게 나타난 것과는 차이가 있으므로 지역적 특색과 조사 시기에 따른 차이로 짐작할 수 있다. 특히 2021년은 아직 코로나19로 사회적 거리두기가 어느 정도 유지되고 있는 시기가 2022년 코로나19 국민 정신건강 실태조사결과[39] 코로나19 팬데믹 상황이 정신건강에 있어 악영향을 미쳐서 우울 정도를 악화시킨다는 결과와 일치한다.

불안 정도도 21점 만점에 평균 1.48점으로 국외에서 일반 노인을 대상으로 한 연구[40]에서 보고된 불안 점수인 2.00점과 유사한 수준이나, 코로나19 국민 정신건강실태조사 결과[39] 60세 이상 3.10점에 비해 낮게 나타났다. 이러한 결과는 인구학적 특성과 문화의 차이로 인한 것일 수도 있지만 우울과 마찬가지로 본 연구가 코로나 팬데믹이 끝난 이후에 이루어져 건강이나 사회적 관계에서 불안의 요소가 줄어들었기 때문인 것으로 추정할 수 있다.

자기초월은 65세 이상 재가노인을 대상으로 한 선행연구[41]의 2.7점보다 높았으나 유방암을 진단 받은 65세 이상 여성을 대상으로 한 연구[42]의 3.52점과 19세 이상의 간 이식자를 대상으로 한 연구[43]의 3.36점보다 낮게 나타났다. 이는 사회인구학적 특성과 문화의 차이로 인한 것으로 짐작할 수도 있지만 자기초월은 생명을 위협하는 삶의 위기에 처했을 때 반동적으로 자기초월 과정을 통해 안녕상태(well-being)에 도달하려고 하기 때문에 높아진다는 주장[27]과 비슷한 맥락으로 짐작된다. 이러한 결과를 바탕으로 삶의 위기에 처한 재가노인들이 자살행동보다는 자기초월 과정을 통한 안녕상태로 나아갈 수 있도록 하는 중재방안을 모색할 필요가 있음을 의미한다.

자살행동 점수는 14점 만점에 3.44점으로 농촌지역 영구 임대아파트 거주 노인 대상으로 한 연구[16]의 4.69점보다 낮았다. 특히 평균 연령 25.7세의 일반 성인을 대상으로 한 유희정의 연구[36]에서 나타난 6.60점보다 낮게 나타났는데, 이는 65세까지 국민을 대상으로 한 코로나19 국민 정신건강 실태조사[39]에서 60대의 자살사고 점수가 가장 낮은 것과 일맥상통한다. 그러나 실제 자살율은 60대 이상이 타 연령대보다 높게 나타났는데[1], 이러한 결과는 유희정[36]의 연구와 코로나19 국민 정신건강실태조사[39] 모두 온라인으로 이루어진 반면 본 연구에서는 조사자가 면대면으로 실시하여 자살이라는 민감한 주제에 대해서 솔직하게 응답하지 못했을

가능성도 있어, 이에 대한 추가적인 탐색이 필요할 것으로 판단된다.

일반적 특성에 따른 자살행동은 동거상태, 주거유형, 주관적 경제상태, 일상생활에서의 문제, 신체질환 복용약물, 과거 정신건강의학과 치료/진단, 현재 정신건강의학과 치료, 주관적 정신건강, 정신건강서비스 수용도에서 유의한 차이가 있었다. 먼저 동거상태에서는 ‘동거’가 ‘독거’에 비해 자살행동 점수가 높았는데, 이러한 결과는 가족이 있는 독거노인이 가족이 없는 독거노인에 비하여 자살생각이 더 높았다는 결과[44]와 비슷한 맥락으로 배우자를 포함한 가족과의 갈등이 노인에게 스트레스로 작용하여 자살행동을 초래할 수 있으므로 노인 자살예방 중재시 가족에 대한 중재가 필요함을 짐작할 수 있다. 주거형태에서는 ‘임대’가 자살행동 점수가 가장 높았고, 주관적 경제상태는 ‘하’가 높았고, 일상생활의 문제에서는 ‘경제적 어려움’이 있는 경우, 자살행동 점수가 높았다. 이러한 결과는 영구임대아파트 노인들을 대상으로 한 연구[16]에서 생활상태와 자살행동이 상관관계가 있는 것으로 나타난 결과와 65세까지 국민을 대상으로 한 코로나19 국민 정신건강실태조사[39]에서 소득이 감소한 경우 자살생각률이 소득이 증가하거나 변화가 없는 집단에 비해 높게 나타난 결과와 비슷한 맥락으로 해석될 수 있다. 신체질환복용약물은 ‘3개 이상’이 가장 높았고 과거 정신건강의학과 치료/진단 경험 있거나 현재 정신과 치료를 받고 있는 사람이 없는 사람에 비해 높았다. 또한 주관적 정신건강에 따라서도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났고, 정신건강서비스를 이용할 의향이 ‘있다’가 ‘없다’보다 유의하게 높았다. 이러한 결과는 선행연구[16]에서 정신적 웰빙과 주관적 건강상태가 자살 행동과 관련이 있는 것으로 나타난 결과와 일치한다. 이는 신체질환이나 수면장애 등 정신건강문제를 가지고 치료를 받고 있지만 자살에 대한 중재는 제대로 이루어지고 있지 않음을 짐작할 수 있다. 따라서 재가 노인들이 주로 방문하는 1차의료 기관이나 정신건강의학과 종사자를 대상으로 자살 고위험군을 선별할 수 있는 교육이나 시스템을 갖출 필요가 있다.

본 연구에서 재가노인의 자살행동을 가장 잘 설명하는 요인은 불안인 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 65세 이상 노인을 대상으로 한 선행연구[15]에서 불안이 자살생각에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타난 결과와 일치한다. 일반적으로 노인기에는 다양한 신체적, 사회적, 심리적 변화를 경험하게 되는데 이러한 변화는 불안을 유발할 수 있다. 특히 불안이 높은 노인들은 자신의 감정을 적절하게 표현하거나 도움을 요청하는데 어려움을 겪을 수 있으므로 불안을 줄이기 위한 행동치료나 약물치료 등의 중재를 제공하고 가족이나 지지자원을 통한 적극적인 도움을 제공할 필요가 있다.

다음으로 재가노인의 자살행동에 영향을 미치는 요인으로 우울과 과거 정신건강의학과 치료/진단 경험으로 나타났는데 이러한 결과는 자살생각과 관련된 선행연구를 바탕으로 자살생각 유발 변인의 효과크기를 메타분석한 연구[6]에서 우울이 가장 높은 효과크기를 보인 결과와 일치하는 것이다. 또한

기준에 정신질환을 가진 대상자들이 자살 고위험군 중 하나라는 것을 뒷받침하는 것으로, 선행연구[16]에서도 정신적 웰빙이 자살 행동과 관련이 있는 것으로 나타났다. 따라서 우울을 포함한 정신건강문제를 진단받았거나 치료를 받고 있는 경우 자살에 대한 사정이 필수적으로 이루어질 수 있도록 재가노인들이 주로 방문하는 1차 의료기관이나 정신건강의학과 종사자를 대상으로 자살 고위험군을 선별할 수 있는 교육이나 시스템을 갖출 필요가 있으며, 현재 정신건강복지센터에서 운영하고 있는 생명사랑 병의원 약국을 확대하고 활성화할 필요가 있다.

또한 주거형태에서 '임대'인 경우와 주관적 경제상태 '하' 경우 자살행동과 관련이 높은 것으로 나타났는데, 영구임대아파트 노인들을 대상으로 한 연구[16]에서 생활상태와 자살행동이 상관이 있는 것으로 나타난 결과와 65세까지 국민을 대상으로 한 코로나19 국민 정신건강실태조사[38]에서 소득이 감소한 경우 자살생각률이 소득이 증가하거나 변화가 없는 집단에 비해 높게 나타난 결과와 비슷한 맥락으로 해석될 수 있다. 이러한 결과는 실제적인 경제적 어려움과 더불어 본인이 생각하는 경제적 상태가 자살행동에 영향을 미칠 수 있음을 짐작할 수 있다. 따라서 지속적인 경제적 어려움을 가지고 있던 노인뿐만 아니라 최근에 경제적 어려움을 경험한 노인들에게는 더 적극적인 관심과 중재가 필요할 것으로 생각된다.

## V. 결 론

이상의 연구 결과, 재가노인의 우울, 불안과 자살 행동 간에는 높은 양의 상관이 있고, 자기초월은 음의 상관이 있는 것으로 나타났다. 또한 재가노인의 자살행동에 영향을 미치는 요인이 우울, 불안과 과거 정신건강의학과 치료/진단, 주거유형 및 주관적 경제상태라는 것을 확인했다. 따라서 재가노인의 자살 예방을 위해서는 정신심리적 요인인 우울, 불안, 과거 정신건강의학과 치료/진단 여부에 대한 사정과 더불어 주거유형, 주관적 경제상태 등 사회경제적 요인에 대한 포괄적인 사정이 필요하다. 또한 사정을 통해 정신심리적, 사회경제적 문제가 확인된 노인들을 대상으로 우울, 불안을 조절하기 위한 심리 중재 프로그램과 더불어 지역사회 자원을 연계하여 사회적, 경제적 문제에 대한 중재를 제공함으로써 노인 자살률을 감소시킬 수 있을 것으로 사료된다. 하지만 자기초월이 자살 행동과 음의 상관이 있는 것으로 나타났으나, 회귀분석 결과 영향요인으로 나타나지 않은 자기초월이 자살행동과 어떤 상관이 있는지에 대한 추가 연구를 제안한다. 본 연구 결과를 바탕으로 추후 재가노인의 자살 예방을 위한 프로그램을 개발하거나 우선 중재 대상자를 선별하는데 활용할 수 있을 것으로 기대된다.

## 참고문헌

- [1] Statistics Korea, Estimation of Future Population [Internet]. Available: <https://kosis.kr/search/search.do>
- [2] Korea Foundation for Suicide Prevention. OECD Suicide Statistics [Internet]. Available: <https://kfsp-datazoom.or.kr/international01.do>
- [3] Y. Conwell, "Suicide in Later Life: A Review and Recommendations for Prevention," *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 31, No. s1, pp. 32-47, 2001. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.5.32.24221>
- [4] Ministry of Health and Welfare, White Paper on Suicide Prevention, Korea Foundation for Suicide Prevention, 11-1352000-001635-10, 2022.
- [5] Ministry of Health and Welfare, Elderly Situation Survey, Korea Institute for Health and Social Affairs, Policy Report 2020-35, 11-1352000-000672-12, 2020.
- [6] D. K. Moon, "A Meta-regression Analysis on Related Triggering Variables on the Suicidal Ideation of Older Adults," *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, No. 55, pp. 133-158, 2012. <https://doi.org/10.21194/kjgsw..55.201203.133>
- [7] S. S. Baek, "Factors Affecting on Suicidal Ideation in the Elderly Living Alone," *Journal of the Korean Data Analysis Society*, Vol. 18, No. 2, pp. 1011-1021, 2016.
- [8] L. M. Corna, J. Cairney, and D. L. Streiner, "Suicide Ideation in Older Adults: Relationship to Mental Health Problems and Service Use," *The Gerontologist*, Vol. 50, No. 6, pp. 785-797, December 2010. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq048>
- [9] J. E. Kim, "Influence of Social Contact, Depression and Anxiety on Suicidal Ideation of the Elderly in the COVID-19 Pandemic," *Journal of the Korea Contents Association*, Vol. 21, No. 12, pp. 870-878, December 2021. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2021.21.12.870>
- [10] D. Baker, "Relationship of Self-transcendence and Death Anxiety to Older Adult's Participation in Health Promotion Behavior," *Southern Online Journal of Nursing Research*, Vol. 9, No. 2, pp. 1-6, 2009.
- [11] S. H. Yoo and I. K. Jeong, "Pharmacotherapy for Anxiety Disorders in the Elderly: A Literature Review Based on Evidence," *Geriatric Psychiatry*, Vol. 10, No. 2, pp. 70-75, 2006.
- [12] E. J. Lenze and J. L. Wetherell, "A Lifespan View of Anxiety Disorders," *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Vol. 13, No. 4, pp. 81-99, 2011. <https://doi.org/10.31887/D CNS.2011.13.4/elenze>
- [13] J. A. Cha and M. O. Kim, "Influence of Anxiety, Sleep

- Disturbance on Suicide Ideation in the Elderly Using Senior Welfare Centers,” *Digital Convergence Research*, Vol. 20, No. 2, pp. 553-561, 2022. <https://doi.org/10.14400/JDC.2022.20.2.553>
- [14] J. E. Paik, “A Study on the Loss Experiences, Aging Anxiety, and Depression of Young-old and Old-old,” *Journal of Digital Convergence*, Vol. 16, No. 2, pp. 403-413, 2018. <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.2.403>
- [15] S. H. Han and J. S. Hur, “Major Determinants of Suicidal Ideation among the Elderly Persons: Focused on the Group Difference According to Gender and Age,” *Mental Health & Social Work*, Vol. 50, No. 4, pp. 93-125, 2022. <https://doi.org/10.24301/MHSW.2022.12.50.4.93>
- [16] J. A. Kwon and H. J. Jeon, “A Study on the Determinants Factors of Elderly Suicidal Behavior : Focusing on Elders Residing in Rural Area Permanent Rental Housing,” *Korean Journal of Social Welfare Research*, Vol. 52, pp. 199-223, March 2017. <http://dx.doi.org/10.17997/SWRY.52.1.8>
- [17] Y. R. Park and H. Wee, “Factors of Affecting Suicidal Ideation in Elders Living in Own Home,” *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*, Vol. 24, No. 4, pp. 290-299, 2015.
- [18] C. J. Kim and J. S. Hwang, “A Study on the Effects of Senile Disease and Depression on the Seniors' Ideation of Suicide,” *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol. 28, No. 3, pp. 425-442, 2008.
- [19] B. Nygren, L. Alex, E. Jonsen, Y. Gustafson, A. Norberg, and B. Lundman, “Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-transcendence in Relation to Perceived Physical and Mental Health among the Oldest Old,” *Aging & Mental Health*, Vol. 9, No. 4, pp. 354-362, 2005. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
- [20] M. Flood, “A Mid-range Nursing Theory of Successful Aging,” *The Journal of Theory Consturction & Testing*, Vol. 9, No. 2, pp. 35-39, 2005.
- [21] C. Brown and M. J. Lewis, “Psychosocial Development in the Elderly: An Investigation into Erikson’s Ninth Stag,” *Journal of Aging Studies*, Vol. 17, No. 4, pp. 415-426, November 2003. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(03\)00061-6](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(03)00061-6)
- [22] P. G. Reed, “Self-transcendence and Mental Health in Oldest-old Adults,” *Nursing Research*, Vol. 40, No. 1, pp. 5-11, January 1991.
- [23] J. S. An and G. R. Park, “The Influences of Loss Experiences and Depression on Ego-integrity and Transcendence of Elderly Korean Men and Women,” *The Korean Journal of Community Living Science*, Vol. 27, No. 3, pp. 405-418, 2016.
- [24] F. A. Lewin and L. E. Thomas, “Gerotranscendence and Life Satisfaction: Studies of Religious and Secular Iranians and Turks,” *Journal of Religious Gerontology*, Vol. 12, No. 1, pp. 17-41, 2000. [https://doi.org/10.1300/J078v12n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J078v12n01_04)
- [25] H. J. Lee, “A Correlate of Depression and Death Anxiety Among Community-dwelling Elderly: The Mediating Effect of Self-transcendence,” *The Journal of Humanities and Social Science*, Vol. 10, No. 6, pp. 1735-1745, 2019. <http://dx.doi.org/10.22143/HSS21.10.6.127>
- [26] P. G. Reed, “Demystifying Self-transcendence for Mental Health Nursing Practice and Research,” *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 5, pp. 397-400, October 2009. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.06.006>
- [27] P. G. Reed, “Theory of Self-transcendence,” *Middle Range Theory for Nursing*, Vol. 3, pp. 105-129, 2008.
- [28] J. B. Luoma and J. L. Villatte, “Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals,” *Cognitives and Behavioral Practice*, Vol. 19, No. 2, pp. 265-276, May 2012. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.003>
- [29] A. R. Murrell, R. Al-Jabari, D. Moyer, E. Novamo, and M. L. Connally, “An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Adolescent Suicide,” *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, Vol. 9, No. 3, pp. 41-46, 2014. <https://doi.org/10.1037/h0101639>
- [30] K. Kroenke, R. L. Spitzer, and J. B. Williams, “The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure,” *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 16, No. 9, pp. 606-613, September 2001. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- [31] S. J. Park, H. R. Choi, J. H. Choi, K. W. Kim, and J. P. Hong, “Reliability and Validity of the Korean Version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),” *Korean Journal of Anxiety and Mood Disorders*, Vol. 6, No. 2, pp. 119-124, 2010.
- [32] R. L. Spitzer, K. Kroenke, and J. B. Williams, “Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study, Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire,” *JAMA*, Vol. 282, No. 18, pp. 1737-1744, 1999. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- [33] S. H. Lee, C. Shin, H. Kim, S. W. Jeon, H. K. Yoon, Y. H. Ko, and C. Han, “Validation of the Korean Version of the Generalized Anxiety Disorder 7 Self-Rating Scale,” *Asia-Pacific Psychiatry*, Vol. 14, No. 1, e12421, March 2022. <https://doi.org/10.1111/appy.12421>
- [34] S. S. Kim, P. G. Reed, Y. Kang, and J. Oh, “Translation and Psychometric Testing of the Korean Versions of the

Spiritual Perspective Scale and the Self-transcendence Scale in Korean Elders,” *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol. 42, No. 7, pp. 974-983, 2012.

[35] A. Osman, C. L. Bagge, P. M. Gutierrez, L. C. Konick, B. A. Kopper, and F. X. Barrios, “The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised(SBQ-R): Validation with Clinical and Nonclinical Samples,” *Assessment*, Vol. 8, No. 4, pp. 443-454, 2001. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>

[36] H. J. Yu, Test Linking among Assessment Tools for Suicide Risk: Comparing Cut-Off Scores for Screening High-Risk Group, Ph.D. Dissertation, Chungbuk National University, Cheongju, Korea, 2018.

[37] C. R. Lee, K. P. Kwak, J. K. Sakong, and K. H. Lee, “Study on Depression and the Risk Factors Among Elderly Residents in Gyeongsangbuk-do,” *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*, Vol. 29, No. 3, pp. 68-78, 2023. <https://doi.org/10.22802/jksbtp.2023.29.3.68>

[38] S. R. Jang and J. S. Hur, “The Effects of Community Environment on Depression among the Elderly: Focusing on Comparison of Metropolitan, Medium-Sized City, and Rural Area,” *Journal of Community Welfare*, Vol. 80, pp. 49-81, February 2022. <http://dx.doi.org/10.15300/jcw.202.2.80.1.49>

[39] Ministry of Health and Welfare, Results of the COVID-19 National Health Survey for the 2nd Quarter of 2022 [Internet]. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=372545&cg\\_code=](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&tag=&act=view&list_no=372545&cg_code=)

[40] B. Wild, A. Eckl, W. Herzog, D. Niehoff, S. Lechner, I. Maatouk, and B. Löwe, “Assessing Generalized Anxiety Disorder in Elderly People Using the Gad-7 and Gad-2 Scales: Results of a Validation Study,” *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 22, No. 10, pp. 1029-1038, October 2014. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.076>

[41] S. Y. Kim, “The Effect of Self-transcendence and Loneliness on Quality of Life of the Elderly,” *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, Vol. 16, No. 10 pp. 6679-6687, 2015. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.10.6679>

[42] J. C. Thomas, M. Burton, M. T. Quinn Griffin, and J. J. Fitzpatrick, “Self-transcendence, Spiritual Well-being and Spiritual Practice of Women with Breast Cancer,” *Journal of Holistic Care*, Vol. 28, No. 2, pp. 115-122, 2010. <http://dx.doi.org/10.1177/0898010109358766>

[43] K. B. Bean and K. Wagner, “Self-transcendence, Lllness

Distress, and Quality of Life among Liver Transplant Recipients,” *The Journal of Theory Construction and Testing*, Vol. 10, No. 2, pp. 47-53, 2006.

[44] Y. D. Song, J. A. Son, and S. M. Park, “An Analysis of Eco-systematic Factors Influencing Suicidal Ideation of the Elderly Who Are Living Alone,” *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 30, No. 2, pp. 643-660, 2010.



**김희숙(Hee-Sook Kim)**

1985년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 석사-정신간호학)  
2004년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 박사-정신간호학)

1983년~1985년: 경북대학교병원 정신간호사  
1985년~1987년: 경북대학교 간호학과 정신간호학 조교  
1987년~1996년: 마산대학 간호과 외 시간강사  
1997년~2005년: 경남도립거창대학 정신간호학 부교수  
2005년~현재: 경북대학교 간호대학 교수  
※관심분야: 개인, 가족 및 집단상담, 중증정신질환자, 재난 심리 및 자살관련 지역사회정신건강사업



**김판희(Pan-Heui Kim)**

2009년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 석사-정신간호학)  
2023년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 박사-정신간호학)

1995년~2002년: 영남대학교의료원 정신간호사  
2008년~2014년: 구미정신건강복지센터 팀장  
2014년~2023년: 구미대학교 간호학과 조교수  
2023년~현재: 경운대학교 간호학과 조교수  
※관심분야: 중증정신질환자, 지역사회정신건강사업



**박경란(Gyeong-Ran Park)**

2010년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 석사-정신간호학)  
2015년 : 경북대학교 대학원  
(간호학 박사-정신간호학)

2005년~2011년: 구미정신건강복지센터 팀장  
2011년~2018년: 대구과학대학교 간호학과 조교수  
2018년~현재: 구미정신건강복지센터 부센터장  
※관심분야: 사이코드라마, 중증정신질환자, 재난심리 및 자살관련 지역사회정신건강사업