

신뢰, 사회활동 참여와 지각된 건강수준과의 관련성 - 우울감의 매개효과 -

이진향¹⁾, 박기수¹⁾, 전해지¹⁾, 양현수¹⁾, 김보경¹⁾, 최마이클승필²⁾
경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 건강과학연구원¹⁾
차의과학대학교 구미차병원 응급의학과²⁾

The Association of Trust, Social Participation with Self-Rated Health Status - Mediating Effect of Depression -

Jin Hyang Lee¹⁾, Ki-Soo Park¹⁾, Hye Ji Jeon¹⁾, Hyun Su Yang¹⁾,
Bokyoung Kim¹⁾, Michael Sung Pil Choe²⁾

*Department of Preventive Medicine and Institute of Health Sciences,
School of Medicine, Gyeongsang National University¹⁾,*

Department of Emergency Medicine, College of Medicine, CHA University, Gumi CHA Hospital²⁾

= Abstract =

Objectives: This study was performed to investigate the relationship between individual-level social capital and depression. And, we assessed if depressive symptom mediates the relationship between social capital and self-rated health status.

Methods: Data from the 2011 Community Health Survey were analyzed for this study. We used chi-square tests and analyzed a four step approach in which several regression analyses were conducted and significance of the coefficients was examined at each step.

Results: In men, the results of controlling mediating factor (depression): social participation was not significantly associated with self-rated health status($p=0.082$), the finding supports that social participation was fully mediated by depression. In women, the relationship between social capital(trust, social participation) and self-rated health status was partially mediated by depression.

Conclusions: In order to increase self rated health status, not only improvement in trust and social participation are needed but effort to reduce depression must be combined.

Key words: Trust, Social Participation, Depression, Self-rated health

* 접수일(2013년 10월 7일), 수정일(2013년 12월 18일), 게재확정일(2013년 12월 23일)

* Corresponding author: 박기수, 경남 진주시 진주대로 816번길 15 경상대학교 의학전문대학원 예방의학교실

Ki-Soo Park, Department of Preventive Medicine, Gyeongsang National University School of Medicine, 816-15 Jinjudaero Jinju city Gyeongnam

Tel: +82-55-772-8095, Fax: +82-55-772-8099, E-mail: parkks@gnu.ac.kr

* 이 연구는 2011년 지역사회 건강조사 연구비의 일부 지원에 의하여 연구되었음.

서 론

최근 건강과 질병의 원인으로 사회적 요인들이 갖는 영향력에 대한 관심이 증대되면서 사회적 자본에 대한 연구들이 많이 이루어지고 있다. 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)에서도 건강과 질병의 근본적인 원인으로 사회와 환경적 요인들을 지적하고 있으며[1], 많은 연구들에서 사회적 자본이 신체적 건강, 정신적 건강 등 건강의 다양한 측면과 관련성을 갖는다고 보고하고 있다[2-3].

사회적 자본이 건강수준에 영향을 주는 매커니즘으로는 건강 지식의 확산에 영향을 주는 것, 건강행태 변화와 유지에 영향을 주는 경우, 사회서비스의 접근에 영향을 주는 경우, 마지막으로 사회 심리적 요인에 영향을 주는 요인 등이 알려져 있다[4]. 특히, 우울감, 낙천주의(Optimism) 등을 개인이 가지고 있는 심리적 자본으로 보고 사회적 자본에 영향을 받는다는 연구[5]가 있었으며, 지금까지의 연구 결과, 사회적 자본은 지역주민의 우울감에도 유의한 영향을 주는 요인으로 연구되었는데[6-8], 사회적 자본의 일부인 신뢰수준이 정신건강 영역에 유의한 영향을 준다는 연구[9,10], 사회활동 참여가 우울감에 유의한 영향을 준다는 연구[7,8] 등과 같이 사회적 자본은 우울감에 유의한 영향을 주는 요인으로 알려져 있다.

우울감은 지각된 건강수준에 유의한 영향을 주는 것으로 알려져 있는데 Han[11]의 종단 연구 결과, 우울감은 노인들에게 지각된 건강수준의 변화에 유의하게 영향을 미치는 것으로 노인들에게 우울감에 대한 조기 개입은 건강수준을 향상에도 영향을 미친다고 하였다.

한편 지각된 건강수준은 측정이 용이하고 사망의 위험 수준과도 관련이 있어 국내외 적으로 건강수준의 도구로 많이 활용되고 있다[11-16].

지금까지의 연구[6-10]들은 사회적 자본이 지각된 건강수준, 우울감에 긍정적 역할을 하고, 우울감은 지각된 건강수준에 예측 요인임이 밝혀져 있다. 그러나 사회적 자본이 우울감이란 변수를 거쳐 지각된 건강수준에 영향을 주는지에 대한 연구는 국내에서 실시되지 않았다. 따라서 본 연

구에서는 지각된 건강수준 및 우울과 사회적 자본과의 관련성을 알아보고 우울감이 사회적 자본과 지각된 건강수준 사이에서 어떻게 작용하는지를 살펴보기 위하여 연구되었다.

대상 및 방법

1. 연구대상자

본 연구는 2011년 8월부터 10월까지 3개월 간 경상남도 10개 시군의 '2011년 지역사회 건강조사' 대상자를 대상으로 조사원이 방문 조사시 지역사회 건강조사를 마치고 난 뒤 30세 이상 대상자에게만 동의를 얻어 추가 종이 설문지로 조사하였다. 30세 이상 지역사회 건강조사 대상자 중 전부 조사에 임하였다. 지역사회 건강조사는 조사에 관한 훈련을 2회 이상 받은 조사원이 조사대상 가구를 직접 방문해서 1:1로 직접 면접 조사 방법으로 이루어졌다. 전체 10개 시군의 2011년 지역사회 건강조사에 참여한 대상자는 만 19세 이상의 성인 9,550명이었으나 추가 설문조사에 응한 30세 이상 최종 연구대상자는 7,962명이었다.

2. 조사 도구

연구의 최종 종속 변수로 지각된 건강수준을 포함하였고 이에 영향을 주는 요인으로 우울증상, 신뢰 및 사회활동 참여 문항을 그리고 이들 간의 관계를 보정하기 위하여 인구사회학적 변수, 건강행태, 주요 만성질환의 본인 인지 여부를 포함하였다.

종속변수로서 지각된 건강수준은 평소에 본인이 생각하는 건강상태를 5점 척도(매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨)로 설문조사했고, 이후 보통 이하와 좋음 이상으로 2점척도로 재구성하여 분석을 하였다.

우울증상의 측정 도구로는 CES-D를 사용하였다. CES-D는 세계적으로 가장 널리 사용되어지는 자기보고형태의 검사도구이고 한국어로도 타당도가 입증된 도구로서, 총 20개의 문항으로 구성되어 있다[17]. 각 문항은 '극히 드물다(0점)', '가끔 있었다(1점)', '종종 있었다(2점)', '대부분 그랬다(3점)'로 응답을 하게 되어 있으며, 20개 문항의 응

답 점수를 합산해서 16점 이상인 군(우울 가능(possible))과 미만인 군으로 분류하였다.

신뢰 및 사회활동 참여문항은 다음과 같이 구하였다. 사회활동 참여의 경우, 종교활동, 여가/취미활동, 자선단체 활동 등 세가지 유형의 단체 활동에 월 1회 이상 정기적으로 참여하는지를 '예', '아니오'로 응답하도록 하여 세가지 경우에 하나라도 예라고 응답한 경우 참여하는 것으로 간주하였으며, 신뢰 수준은 '우리동네 사람들은 서로 믿고 신뢰할 수 있다'로 질문한 후 '예' '아니오'에 응답하도록 하였다.

본 연구에서 인구사회학적 변수는 성, 연령, 교육수준, 소득수준, 결혼상태, 직업 등이었다. 이 중 연령은 '30~39세', '40~49세', '50~59세', '60~69세', '70세 이상'으로 범주화 하여 분석하였고, 교육수준은 '무학', '초등학교 졸업이하', '중학교 졸업이하', '고등학교 졸업이하', '(전문)대학교 재학 이상'으로 범주화 하였다. 결혼상태는 '미혼', '배우자 있음', '배우자 없음(이혼, 사별 등)'으로 범주화해서 분석하였고 직업은 표준직업분류에 따라 조사한 후 관리자, 사무직, 판매서비스직, 농어업, 기능단순노무직, 기타로 분류하였다.

우울증상, 지각된 건강수준과 관련이 있을 것으로 생각되는 분석 대상자들의 건강관련행태와 주요 만성질환의 본인인지 의사진단 여부를 포함하였다. 건강행태에 대한 요인은 현재 흡연여부, 음주습관, 신체활동 등을 포함하였다. 현재 흡연여부는 '현재 흡연'과 '현재 비흡연(과거흡연자포함)' 두 가지 범주로 나뉘어서 분석하였고, 음주습관은 알코올의존 자가진단법(Alcohol Use Disorder Identification Test, 이하 AUDIT)을 사용하여 측정하였으며 '정상음주', '문제음주이상군'으로 나뉘어서 분석하였다. 운동실천 상태는 최근 1주일 동안 격렬한 활동 실천(1회 20분 이상 그리고 주 3일 이상 실천), 중등도 활동 실천(1회 30분 이상 그리고 주 5일 이상 실천), 건기운동 실천(1일 30분 이상 그리고 주 5일 이상 실천) 등을 조사한 후 하나의 활동이라도 실천 한 경우 운동실천을 한 것으로 간주하였다. 또한 주요 만성질환으로는 고혈압, 당뇨병, 관절염을 포함하였으며 본인인지 의사진단에서 '예'라고 답변한 경우 이환된 것으로 간주하였다.

3. 분석방법

수집된 자료는 PASW 18.0프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 빈도와 백분율을 산출하였다. 인구사회학적 특성과 사회적 자본, 지각된 건강 수준과의 관련성을 파악하기 위해 성별로 층화한 후 교차분석을 실시하였다.

사회적 자본(신뢰, 사회적 참여)과 지각된 건강 수준과의 관계에서 우울의 효과는 Baron과 Kenny[13]의 4단계 검증단계에 따른 회귀분석을 활용하였다. 여기서 4단계는 첫째, 독립변수는 종속변수에 유의한 영향을 미쳐야한다. 둘째, 독립변수는 매개변수에 유의한 영향을 미쳐야 한다. 셋째, 매개변수는 종속변수에 유의한 영향을 미쳐야 한다. 넷째, 독립변수는 매개변수 통제 후 영향력이 유의하지 않아야한다. 위의 네 단계가 모두 만족되면 매개효과가 존재함을 의미한다. 그런데 네번째 전제는 매개변수를 통제한 후에도 독립변수의 효과가 0에 가깝게 되지 않더라도 매개효과가 존재한다고 수정되었다[18,19]. 즉, 매개변수 통제 후 독립변수의 효과가 완전히 없어지면 독립변수가 종속변수에 미치는 영향은 매개변수에 의해서만 설명되는 완전매개(full mediation)가 되는 반면, 매개변수 통제 이후 독립변수의 영향력이 감소하면 부분매개(partial mediation)가 된다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 나이의 경우 남녀 모두 70세 이상이 가장 높았는데, 남자는 27.4%였고 여자는 35.8%였다. 결혼 상태는 남자(85.5%)와 여자(62.8%) 모두 기혼이 가장 높았다. 월소득의 경우 남자는 100만원 이하가 45.8%로 가장 많았고 여자는 100만원 이하가 56.7%로 가장 많았다. 교육수준의 경우 남자는 고등학교 졸업이 29.7%로 가장 많았고 여자는 초등학교 졸업이 56.7%로 가장 많았다. 직업의 경우는 남자(38.7%)와 여자(27.2%) 모두에서 농어업이 가장 많았다.

건강행태를 살펴보면, 흡연은 남자는 38.5%, 여자 3.5%가 흡연을 한다고 응답하였고, 음주의 경우

남자 22.8%, 여자 1.7%가 음주를 하는 것으로 나타났다. 운동의 경우는 남자 56.9%, 여자 52.0%로 남녀 비슷한 비율로 걷기 이상의 운동을 한다고 응답하였다.

만성질환의 경우 고혈압은 남자 23.7%, 여자

29.5%가 진단받았고, 당뇨병의 경우 남자 11.1%, 여자 9.0%가 당뇨병으로 진단받았으며 관절염은 남자 10.8%, 여자 32.7%가 관절염으로 진단받았다고 하였다(Table 1).

Table 1. Distribution of demographic characteristics of subjects by sex*

		Male	Female
Age			
	30-39 years	406 (12.1)	494 (10.7)
	40-49 years	628 (18.7)	631 (13.7)
	50-59 years	708 (21.1)	887 (19.3)
	60-69 years	698 (20.8)	944 (20.5)
	≥ 70 year	921 (27.4)	1,645 (35.8)
Marital status			
	Never married	238 (7.1)	98 (2.1)
	Married	2,873 (85.5)	2,887 (62.8)
	Divorced/separated,	248 (7.4)	1,615 (35.1)
Educational level			
	No	373 (11.2)	1,761 (38.4)
	Elementary	830 (24.8)	1,081 (23.6)
	Middle	540 (16.2)	478 (10.4)
	High	993 (29.7)	855 (18.7)
	≥ College	607 (18.2)	406 (8.9)
Occupation			
	Manager, professional or clerk	231 (6.9)	171 (3.7)
	White collar	190 (5.7)	124 (2.7)
	Sales or service	242 (7.2)	558 (12.1)
	Farmer or fisherman	1,300 (38.7)	1,250 (27.2)
	Blue collar worker	675 (20.1)	328 (7.1)
	Others	720 (21.4)	2,168 (47.1)
Smoking			
	Yes	1,293 (38.5)	163 (3.5)
	No	2,068 (61.5)	4,436 (96.5)
Drinking			
	Yes	655 (22.8)	70 (1.7)
	No	2,220 (66.1)	4,151 (98.3)
Exercise			
	Yes	1,904 (56.9)	2,382 (52.0)
	No	1,440 (43.1)	2,198 (48.0)
Hypertension			
	Yes	797 (23.7)	1,356 (29.5)
	No	2,562 (76.3)	3,241 (70.5)
Diabetes			
	Yes	373 (11.1)	414 (9.0)
	No	2,986 (88.9)	4,182 (91.0)
Arthritis			
	Yes	364 (10.8)	1,497 (32.7)
	No	2,994 (89.2)	3,087 (67.3)
	Total	3,361 (100.0)	4,601 (100.0)

* Data are presented as number(%) unless otherwise indicated.

2. 성별에 따른 지각된 건강수준의 인구사회학적 요인과의 관련성

지각된 건강수준이 나쁜 집단과 좋은 집단의 인구사회학적 요인에 따른 비율차이를 분석하였다. 남자의 경우 지각된 건강 수준이 좋다고 응답한 비율이 34.4%이었고 여자는 지각된 건강수준이 좋다고 응답한 비율이 23.1%로서 남녀간의 유의한 차이가 있었다($p<0.001$). 연령에서는 남녀 공히 30대에서 가장 높았고, 결혼상태의 경우 남자(69.4%)와 여자(54.7%) 모두 미혼일 때 지각된 건강수준이 좋다고 응답한 비율이 높았다($p<0.001$). 남녀 공히 교육수준이 높을수록 지각된 건강수준이 좋다고 응답하였으며, 직업군에서는 사무직 종사자들이 지각된 건강수준이 좋다고 응답한 비

율이 유의하게 높았다($p<0.001$)(Table 2).

3. 성별에 따른 사회적 자본과 우울감 여부와 지각된 건강수준의 관련성

남자는 사회적 활동 참여를 월 1회 이상 정기적으로 하는 군에서 지각된 건강수준이 좋다고 응답한 군이 40.0%로서 유의하게 높았으며, 우울감 가능성이 낮은 군에서는 37.2%로서 유의하게 높았다($p<0.001$). 여자는 신뢰하지 않는다고 응답한 군이 지각된 건강수준이 좋다고 응답한 군이 27.5%로서 높았으며, 사회활동 참여를 정기적으로 하는 군에서 28.6%로서 유의하게 높았고 우울감 가능성이 낮은 군에서 27.5%로 유의하게 높았다($p<0.001$)(Table 3).

Table 2. Association self-rated health status with demographic characteristics by sex

	Male		Female	
	Good	p-value [†]	Good	p-value [†]
Age		<0.001		<0.001
30-39 years	206 (50.7)		234 (47.4)	
40-49 years	290 (46.2)		263 (41.7)	
50-59 years	281 (39.7)		259 (29.2)	
60-69 years	206 (29.5)		157 (16.6)	
≥ 70 year	172 (18.7)		152 (9.2)	
Marital status		<0.001		<0.001
Never married	102 (42.9)		29 (29.6)	
Married	991 (34.5)		805 (27.9)	
Divorced/separated,	61 (24.6)		230 (14.2)	
Educational level		<0.001		<0.001
No	64 (17.2)		185 (10.5)	
Elementary	180 (21.7)		195 (18.0)	
Middle	173 (32.0)		143 (29.9)	
High	429 (43.2)		355 (41.5)	
≥ College	301 (49.6)		181 (44.6)	
Occupation		<0.001		<0.001
Manager, professional or clerk	120 (51.9)		76 (44.4)	
White collar	107 (56.3)		65 (52.4)	
Sales or service	104 (43.0)		214 (38.4)	
Farmer or fisherman	415 (31.9)		250 (20.0)	
Blue collar worker	278 (41.2)		102 (31.1)	
Others	129 (17.9)		357 (16.5)	
Total	1155 (34.4)		1065 (23.1)	<0.001

* Data are presented as number(%) unless otherwise indicated.

† P value from χ^2 test for binary outcomes

Table 3. Association self-rated health status with demographic characteristics by sex

	Male			Female		
	Good	Poor	p-value [†]	Good	Poor	p-value [†]
Social capital						
Trust			0.224			0.003
Yes	875 (33.3)	1,750 (66.7)		820 (21.8)	2,933 (78.2)	
No	166 (36.2)	292 (63.8)		148 (27.5)	390 (72.5)	
Participation			<0.001			<0.001
0	193 (20.3)	758 (79.7)		278 (15.0)	1577 (85.0)	
≥ 1	962 (40.0)	1,443 (60.0)		783 (28.6)	1956 (71.4)	
Depressive symptom			<0.001			<0.001
<16	975 (37.2)	1,644 (62.8)		901 (27.5)	2,378 (72.5)	
≥16	120 (21.8)	430 (78.2)		120 (11.3)	945 (88.7)	

* Data are presented as number(%) unless otherwise indicated.

[†] P value from χ^2 test for binary outcomes

4. 성별에 따른 사회적 자본과 지각된 건강수준과의 관계에서 우울의 매개효과

사회적 자본(신뢰, 사회적 참여)과 지각된 건강수준과의 관계에서 우울의 매개효과는 성별을 남녀로 구분하여 분석하였고 결과는 Table 4와 Table 5에 제시하였다.

남자의 경우 우울의 매개효과는 Table 4와 같다. 사회적 자본 중 사회적 참여와 지각된 건강수준과의 관계에서 우울감의 매개효과만이 입증되었다. 첫째, 사회적 참여가 지각된 건강수준에 미치는 영향력은 Exp(β)값 3.471로 유의하였다($p=0.048$). 둘째, 사회적 참여는 우울감에 유의한 영향력(Exp(β)=-1.228)을 보였으며($p=0.004$), 셋째, 우울

감이 지각된 건강수준에 미치는 영향력은 Exp(β)값이 -0.594로 유의하였다($p<0.001$). 넷째, 우울감을 통제한 후 사회적 참여가 지각된 건강수준에 미치는 영향력은 Exp(β)값이 3.043으로 유의하지 않았다. 따라서 사회적 참여가 지각된 건강수준에 미치는 영향력이 우울감에 의해서 설명되는 완전매개효과를 보임을 알 수 있다.

여성의 경우 분석결과는 Table 5와 같이 신뢰와 사회적 참여 등 사회적 자본과 지각된 건강수준과의 관계에서 우울감은 모두 부분 매개효과가 있었다. 즉, 신뢰감, 사회활동 참여모두 우울감을 통제하여도 유의성이 있어 사회적 자본과 지각된 건강수준에 우울감은 부분매개효과가 있었다.

Table 4. Mediating effects of depression on the relationship between social capital and self-rated health(Male)

Variable	Path*	B	SE	Exp(B)	p value	R ²
Trust	→ SRH	0.099	0.124	0.641	0.423	0.097
Trust	→ Depression	-0.429	0.153	0.651	0.005	0.034
Depression	→ SRH	-0.594	0.129	0.552	<0.001	0.107
Social capital	Trust → SRH(controlling depression)	0.055	0.131	1.056	0.675	0.107
	Participation → SRH	1.245	0.645	3.471	0.048	0.100
	Participation → Depression	-1.228	0.426	0.293	0.004	0.030
	Depression → SRH	-0.594	0.129	0.552	<0.001	0.107
	Participation → SRH(controlling depression)	1.113	0.639	3.043	0.082	0.109

Abbreviations: SRH, self-rated health status

* Adjusted for age, marital status, occupation, hypertension, arthritis, diabetes, smoking, drinking, exercise.

Table 5. Mediating effects of depression on the relationship between social capital and self-rated health(Female)

Variable	Path*	B	SE	Exp(B)	p value	R ²
Social capital	Trust → SRH	0.269	0.123	1.308	0.028	0.145
	Trust → Depression	-0.646	0.118	0.524	<0.001	0.037
	Depression → SRH	-0.930	0.120	0.394	<0.001	0.151
	Trust → SRH(controlling depression)	0.183	0.129	1.201	0.044	0.168
	Participation → SRH	0.273	0.094	1.314	0.004	0.139
	Participation → Depression	-0.161	0.055	0.851	0.038	0.030
	Depression → SRH	-0.930	0.120	0.394	<0.001	0.151
	Participation → SRH(controlling depression)	0.275	0.097	1.317	0.005	0.162

Abbreviations: SRH, self-rated health status

* Adjusted for age, marital status, occupation, hypertension, arthritis, diabetes, drinking, exercise.

고 찰

건강행태와 주요 만성질환 여부를 보정한 상태에서 우울감의 매개효과를 본 결과, 남자의 경우 사회적 참여가 우울감을 거쳐 지각된 건강수준에 영향을 주는 것으로 나타났다. 특히 우울감을 통제하기 전 사회적 참여가 지각된 건강수준에 미치는 영향력이 유의한 반면 우울감을 통제한 후 그 유의성이 사라져 우울감이 완전 매개하는 것으로 확인되었다. 이러한 결과를 통해 남자의 경우 사회적 참여가 지각된 건강수준에 영향을 미치는 과정에 대상자들의 우울감이 중요한 역할을 한다는 것이 입증되었다. 즉, 사회적 참여는 우울감을 매개로 할 때만이 지각된 건강수준에 강력한 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 이미 다른 많은 연구들[11,20,21]에서 우울감이 지각된 건강수준에 강력한 영향력을 가진다고 보고하고 있다. 따라서 우울감을 조기에 예방하고 낮출 수 있는 정책 및 프로그램을 실시함으로써 대상자들의 지각된 건강수준을 향상시킬 수 있는 방안이 무엇보다도 필요할 것으로 생각된다. 특히 사회적 참여가 우울감을 낮춘다는 것을 감안할 때, 지역주민들의 사회적 참여를 활성화시키는 방안이 우선적으로 고려되어야 할 것이다. 본 연구 대상자들이 노인인구가 많은 점을 고려할 때, 노인을 대상으로 사회참여가 삶의 만족에 미치는 영향을 우울과 주

관적 건강상태를 매개로 하여 살펴본 Gweon[22]의 연구에서는 노인들의 여가활동과 보건의료증진 및 사회참여가 결합되어 노인들의 지역사회 참여와 자원봉사활동으로 이어질 수 있는 프로그램 개발의 필요성을 역설하고 있다.

남자의 경우 신뢰감 여부가 지각된 건강수준에 직접적으로는 영향을 미치지 않아 여자와 달랐는데, 거주지의 사회적 환경(신뢰감 포함)이 여자들에게 더 많은 효과를 보인다는 연구결과[23]를 고려할 때 남자들의 경우 거주지보다는 외부의 사회활동 참여가 건강수준에 더 관련성이 있음을 유추할 수 있다. 그러므로 이후 신뢰감에 있어 거주민들에 대한 신뢰감과 사회생활에서 만나는 사람들과의 신뢰감을 나누어 조사하여 건강수준과의 관련성을 보는 연구가 필요하다.

반면, 여자의 경우 신뢰감과 사회적 참여가 지각된 건강수준에 영향을 미치는 관계에서 우울감은 부분 매개효과가 있었다. 즉, 여자에게 있어서는 사회적 자본이 우울감이라는 심리적 상태와는 별개로 지각된 건강상태에 독립적으로 영향을 줄 수 있음을 알 수 있었다. 유럽 11개국의 50세 이상 중장년층을 대상으로 사회참여와 지각된 건강상태와의 관련성을 살펴본 Sirven과 Debrand[24]의 연구결과와는 차이가 있었다. 즉, 조사대상인 11개국 모두에서 사회참여를 하는 대상이 그렇지 않은 대상에 비해 지각된 건강상태에 대해 더 긍정적인 평가를 하고 있다는 것이다. 특히 노년기

자원봉사활동과 같은 사회적 참여가 주관적 건강 상태 및 안녕을 증가시키는데 중요한 역할을 수행하고 있으며 사회적 참여를 함으로써 건강을 촉진하고 질병을 예방할 수 있다는 논의도 더욱 활발하게 이루어지고 있다[25]. 신뢰감이 지각된 건강수준에 긍정적인 영향을 미친다고 연구 결과들[26,27]이 같은 결과를 보여주고 있다. 단순분석에서 신뢰감과 지각된 건강수준이 반대 방향의 관련성을 가지고 있다가 다중로지스틱회귀분석에서 신뢰감이 건강수준에 양의 방향으로 영향을 주는 것으로 바뀐 것은 연령이 증가할수록 지역민에 대한 신뢰수준은 높은 반면 지각된 건강수준은 나쁘다고 응답하는 군이 많아 단순분석에서 결과가 반대방향으로 나왔을 가능성이 높다. 이러한 것들 보정된 다중분석에서는 기존 연구결과와 같은 결과를 보여주었다.

또한 남녀 공히 신뢰는 우울에는 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타나 신뢰한다고 응답한 경우 우울증의 위험도가 낮다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 Wang 등[9]이 중국 농촌지역 주민을 대상으로 실시한 연구에서 신뢰의 경우 일반적 건강수준과 정신적 건강 모두와 긍정적 연관성을 보이지만, 불신은 정신건강을 나쁘게 한다는 연구결과와 유사하다. 그러나 Yip 등[10]의 연구에서 개인 간 신뢰가 주관적 건강, 정신 건강, 주관적 안녕에 모두 긍정적 연관성을 가진다고 한 것과는 차이를 보이는 것이다.

본 연구는 대상자가 일개 도로 제한되어 있고 노인 인구가 많은 점을 고려할 때 연구결과를 일반화하는데는 무리가 있다는 한계점을 가진다. 또 다른 한계점으로는 지역사회 주민을 대상으로 설문조사를 통한 자료를 분석한 단면조사 연구로 각 변수들 간의 방향성에 문제가 제기될 수 있다는 것이다. 또한 분석에 있어 지역의 특징을 고려하는 다수준 분석을 실시하여 지역의 신뢰수준과 사회적 참여를 함께 고려하는 것이 필요하였으나 실시되지 않은 것 역시 제한점이다. 비록 많은 선행연구들을 통해 사회적 자본, 우울, 지각된 건강수준의 방향성이 확인이 되어 본 연구결과와 해석에는 무리가 없으나 추후 종단연구가 필요할

것으로 생각된다.

이러한 제한점에도 불구하고 건강행태(흡연, 음주, 운동)와 주요 만성질환 이환여부(고혈압, 당뇨, 관절염) 등을 보정한 상태에서 신뢰와 사회적 참여 등 사회적 자본이 우울감에 영향을 미치고 우울감이 지각된 건강수준에 영향을 미치는 영향력을 확인하였다는 의의가 있다. 특히 남성의 경우 우울감이 사회적 참여와 지각된 건강수준을 완전매개하고 있어 우울감을 낮추는 정책적 방안 및 프로그램이 얼마나 중요한지를 확인해 주고 있다.

지역주민들의 여가활동, 자원봉사 활동 등 지역사회 참여를 우울 등 건강증진과 연계한 프로그램을 개발하고 지속적으로 실시함으로써 우울감을 낮추고 이를 통해 지각된 건강수준을 향상시키는 전략이 필요할 것이다.

요 약

본 연구는 개인수준의 사회적 자본(신뢰, 사회적 참여)이 우울감을 매개로 하여 지각된 건강수준에 영향을 주는지에 대해 파악하기 위해 수행되었다.

연구대상자는 2011년 지역사회건강조사 대상자 중 7,962명으로, 분석은 남녀로 층화하고 인구학적 특징, 건강행태와 주요 만성질환 이환여부를 보정하여 실시하였다.

남자의 경우 사회적 자본인 신뢰와 사회적 참여는 우울감에 통계적으로 유의하였고, 우울감 또한 지각된 건강수준에 유의한 영향력을 보였다. 신뢰는 지각된 건강수준에는 통계적으로 유의한 영향의 없는 반면, 사회적 참여는 지각된 건강수준에 유의한 영향을 미쳤다. 더구나 사회적 참여는 우울감을 통제 한 후에는 지각된 건강수준에 대한 영향력이 완전히 사라져 사회적 참여는 우울감을 통해서만이 지각된 건강수준에 영향을 미치는 완전매개효과를 보였다.

여자의 경우, 신뢰와 사회적 참여는 우울감이 부분 매개하면서 지각된 건강수준에 영향을 미치고 있었다.

신뢰와 사회적 참여라는 사회적 자본은 우울에 영향을 미치고 우울감은 지각된 건강수준에 영향을 미치므로 지역주민들의 사회적 자본 수준을 높임으로서 우울을 감소시킬 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 특히 남자의 경우 우울감이 사회적 참여와 지각된 건강수준 사이에서 완전매개 역할을 함으로 더욱 더 우울감을 낮추기 위한 전략이 필요하다.

참고문헌

1. World Health Organization. Solid determinants of health: the solid fact. Available from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
2. De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG. Social capital and mental health : A comparative analysis of four low income countries *Soc Sci Med* 2007;64:5-20
3. Veenstra G. Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in british Columbia, Canada. *Soc Sci Med* 2005;60(9):2059-2071
4. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health* 2001;78(3):458-467
5. Luthans F, Luthans KW, Luthans BC. Positive psychological capital: beyond human and social capital. *Business Horizons* 2004;47(1):45-50
6. Kim YH, Kim SS. A examination of the effects of social capital on children's depression. *Korean Journal of Social Welfare Studies* 2008;26:103-127 (Korean)
7. Rho BI, Kwak HK. A study on the effect of neighborhood-level contextual characteristics on mental health of community residents. *Health Medical Sociology*. 2005;17:5-31 (Korean)
8. Lee JH, Park KS, Kim RB, Kim BJ, Chun JH. The influence of individual-level social capital on depression. *J Agric Med Community Health* 2011;36(2):73-68 (Korean)
9. Wang H, Schlesinger M, Wang H, Hsiao WC. The flip-side of social capital : The distinctive influences of trust and mistrust on health in rural china. *Soc Sci Med* 2009;68:133-142
10. Yip W, Subramanian SV, Mitchell AD, Lee DT, Wang J, Kawachi I. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural china. *Soc Sci Med* 2007;64(1):35-49
11. Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(9):1549-1556
12. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
13. Rutledge T, Linke SE, Johnson BD, Bittner V, Krantz DS, Whittaker KS et al. Self-rated versus objective health indicators as predictors of major cardiovascular events: the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. *Psychosom Med*.2010; 72(6):549-55.
14. Khang YH, Kim HR. Self-rated health and mortality: gender- and age-specific contributions of explanatory factors in South Korea. *Int J Public Health* 2010;55(4):279-289.
15. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Soc Sci Med* 2011;72(2):193-201.
16. Chun H, Khang YH, Kim IH, Cho SI. Explaining gender differences in ill-health in South Korea: The roles of socio-structural, psychosocial, and behavioral factors. *Soc Sci Med* 2008;67(6):988-1001.

17. Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D(Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1993;32(3): 381-399 (Korean)
18. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51(6):1173-1182
19. Park CG, Park KS, Kang YS. Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment of Customized Home Health Care Nurse. *J Agric Med Community Health* 2013;38(1): 39~48 (Korean)
20. Ruo B, Bertenthal D, Sen S, Bittner V, Ireland CC, Hlatky MA. Self-rated health among women with coronary disease: depression is as important as recent cardiovascular events. *Am Heart J* 2006;152(5):921-927
21. Kim RB, Park KS, Lee JH, Kim BJ, Chun JH. Factors Related to Depression Symptom and the Influence of Depression Symptom on Self-rated Health Status, Outpatient Health Service Utilization and Quality of Life. *Korean Society Health Education and Promotion* 2011;28(1):81-92 (Korean)
22. Gweon HS. The effect of social participation on the life satisfaction of the elderly -focusing on the mediating effects of depression and self-reported health. *Journal of Korean Association of Human Ecology* 2009;18(5):996-1008 (Korean)
23. Stafford M, Cummins S, Macintyre S, Ellaway A, Marmot M. Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Soc Sci Med* 2005;60(8):1681-92
24. Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Soc Sci Med* 2008;67:2017-2026
25. Drug O, Thoresen CE, McMahon K. Volunteerism and mortality among community dwelling elderly. *J Health Psychol* 2009;4(3): 301-316
26. Kim D, Kawachi I. A multilevel analysis of key forms of community- and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States. *J Urban Health*. 2006;83:813-826
27. Snelgrove JW, Pikhart H, Stafford M. A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from the British Household Panel Survey. *Soc Sci Med* 2009;68:1993-2001