

농촌지역 중노년층 주민의 주관적 건강상태와 삶의 질 관계에서 우울의 매개효과

김윤영¹, 현혜순², 방활란^{1*}

¹안동대학교 간호학과 교수, ²상명대학교 간호학과 교수

Mediating Effect of Depression on Self-rated Health and Quality of Life of Middle-aged and Elderly in Rural Areas

Yun-Young Kim¹, Hye-Sun Hyun², Hwal Lan Bang^{1*}

¹Professor, Department of Nursing, Andong National University

²Professor, Department of Nursing, Sangmyung University

요약 본 연구는 농촌지역 중노년층 주민의 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계를 파악하고, 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서 우울의 매개효과를 확인하여 농촌지역 중노년층 주민의 삶의 질 향상을 위한 방안을 모색하고자 시도되었다. A군의 40세 이상 주민 235명의 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질을 측정하여 분석하였고 매개효과의 통계적 유의성은 Sobel test로 검증하였다. 대상자의 주관적 건강상태는 삶의 질과 정적 상관관계가 있었으며 우울은 주관적 건강상태, 삶의 질의 신체적 건강지수와 정신적 건강지수 모두에서 부적 상관관계가 있었다. 주관적 건강상태와 우울은 농촌지역 중노년층 주민의 삶의 질을 결정짓는 중요한 요인이며, 주관적 건강상태와 삶의 질의 관계에서 우울은 삶의 질에 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 농촌지역 중노년층 주민의 삶의 질 향상을 위해 주관적 건강상태 개선 및 우울 경감을 위한 다양한 프로그램 개발 및 운영이 요구된다.

주제어 : 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질, 매개효과, 농촌

Abstract The purpose of this study was to examine the mediating effect of depression in relation to the subjective health status and quality of life of middle-aged and elderly in rural areas. Subjective health status, depression and quality of life of 235 residents over 40 years of age in A county were collected and analyzed with t-test, ANOVA, Pearson's Correlation, and Multiple Regression, and verified with Sobel test. Depression had a mediating effect in relation to the subjective health status and quality of life of the residents. In conclusion, subjective health conditions and depression are important factors that determine the quality of life of middle-aged and elderly residents in rural areas. Various programs for improving subjective health of the residents and relieving their depression are needed to improve the quality of life of middle-aged and elderly in rural areas.

Key Words : Self-rated Health, Depression, Quality of Life, Mediating Effect, Rural area

*This work was supported by a Research Grant of Andong National University.

*Corresponding Author : Hwal Lan Bang(luvlucie@anu.ac.kr)

Received January 13, 2020

Accepted May 20, 2020

Revised March 25, 2020

Published May 28, 2020

1. 서론

1.1 연구의 필요성

최근 들어 우리 사회의 불평등 현상에 대한 관심의 일환으로 건강불평등에 대한 연구가 활성화되어 왔다. 건강 불평등 연구의 대부분은 개인적 수준에서의 사회경제적 요소에 따른 건강 불평등에 관한 것이었으며, 도시와 농촌 간 등의 지역수준에서의 건강불평등에 대한 연구들도 이루어지고 있다[1]. 이에 따라 농촌지역의 건강취약성은 여러 연구를 통해 언급되고 있으며, 이를 개선하기 위한 노력이 요구되고 있다.

2016년 국민건강통계에 의하면, 농촌지역 거주 성인은 도시지역에 비해 비만, 고혈압, 당뇨병 등의 만성퇴행성질환 유병률이 더 높은 것으로 나타났으며, 반면에 금연, 절주, 운동 등의 건강생활습관 실천율은 도시에 비해 더 낮은 것으로 나타났다[2]. 농촌 주민의 건강문제를 조사한 일 연구에서는 노동력 부족이나 지속적으로 심한 육체노동을 수행함으로써 근골격계에 대한 건강문제를 많이 호소하고 있으며, 피로 등의 신체적 건강문제로 고통을 받고 있는 것으로 보고하였다[3]. 또한, 농촌노인이 도시노인보다 주관적 건강상태에 대한 인식이 낮고, 우울 정도가 더 높으며, 이러한 우울은 문제음주에도 영향을 미치고, 이는 삶의 질을 낮추는 요인이 되고 있다고 하였다[4].

그럼에도 불구하고, 농촌지역 특성 상 대중교통 접근성이 떨어지고 의료 서비스 접근성이 취약하여 건강상태가 좋지 않을 때 의료서비스 이용에 제약이 따르며, 이로 인해 주관적 건강상태에 부정적 영향을 미치고 있다[5]. 즉, 상대적으로 농촌 주민들은 도시에 거주하는 성인들에 비해 건강문제가 더 많을 수 있지만, 의료시설 이용이나 보건의료에 대한 접근성이 떨어지고, 전반적으로 예방적 보건의료서비스 수혜가 어렵다고 보여지므로 이들에 대한 관심과 지원방안의 마련이 요구된다.

주관적 건강상태(Self-rated health)는 전반적인 건강상태를 간단하고 쉽게 평가할 수 있는 타당하고 신뢰할 수 있는 측정방법이다[6]. 이러한 주관적 건강상태는 성별, 연령, 교육수준, 가구형태, 경제수준, 소득수준, 거주지역 등의 개인적 요인에 의해서도 차이를 보이며, 노인의 경우 친인척이나 친구들과의 사회적 관계망에 의해서도 영향을 받는다고 알려져 있다[7]. 특히 농촌노인은 건강상태와 경제상태가 더 낮으며, 가족생활과 사회생활 등의 사회 지지적 요소가 정신건강에 대한 부분 매개적 효과를 보인다고 보고된 바 있다[8]. 지속적으로 제시되

어온 농촌지역과 도시지역의 건강수준 및 의료이용에서의 불평등도[1] 농촌주민의 삶의 만족도와 질을 저하시키는 요인이 되고 있다. 한편, 삶의 질은 다양한 요인에 의해 영향받는데, 주관적 건강상태는 농촌주민의 삶의 만족에 긍정적 영향을 미치는 요인으로 언급되고 있다[9]. 건강관련 삶의 질은 건강수준이나 질병 정도에 의해 영향 받는 삶의 질을 일컫는 용어로 일상생활 또는 주관적 경험에 대한 신체적, 사회적, 정서적 행복을 포함하는 포괄적이고 다면적인 개념이다[10]. 농촌 중년여성의 삶의 질 관련요인을 분석한 일 연구에서는 건강에 대한 지각과 사회적 지지가 삶의 질에 긍정적 상관관계를 보였고 우울과 스트레스는 부정적 상관관계를 보였으며, 우울이 삶의 질을 설명하는 주요 변수임을 제시하였다[11].

노인인구 집단을 대상으로 도시와 농촌 간 신체적 건강과 경제상태가 정신건강에 미치는 영향을 분석한 일 연구에서 농촌노인은 도시노인에 비해 건강상태와 경제수준이 낮은 것으로 보고하였으며, 농촌노인의 경우 건강상태가 정신건강에 영향을 미치는 과정에서 가족생활과 사회생활 등의 지지적 요인이 부분 매개적 효과를 보인다고 하였다[8]. 그러나 우울 등의 정신건강 수준이 농촌주민의 주관적 건강수준과 삶의 질과의 관련성을 매개할 수 있는지에 대해서는 연구가 부족한 실정이다. 따라서 농촌 지역의 건강취약성에 대한 접근 전략으로, 농촌지역 주민의 신체적 정신적 건강수준을 확인하고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 다각적 노력이 요구된다.

1.2 연구 목적

본 연구는 농촌지역 중노년층 주민의 주관적 건강상태와 삶의 질을 파악하고, 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서 우울의 매개효과를 확인하여 농촌지역 중노년층 주민의 삶의 질 향상을 위한 방안에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 방법

2.1 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 2018년 06월부터 08월까지 A군에 거주하는 40세 이상의 주민을 대상으로 지역 복지관에서 설문을 통해 자료를 수집하였다.

표본크기는 통계적 검정력 분석을 위한 프로그램인 G*Power 3.1.9을 이용하여 다중회귀분석을 위해 95% 검정력 수준에서 유의수준 .05, 중간정도의 효과크기

.15, 예측변수 11개를 지정하였을 때 최소 178명이 요구되었다. 최소 연구대상자 수와 탈락률 20%를 고려할 경우 214명이 되므로, 약 250명을 대상으로 자료수집을 진행하였다.

설문작성에 소요된 시간은 약 15분 정도였다. 총 255부의 설문지를 연구자가 직접 수거하였으며, 수거된 설문지 중 일부 문항의 응답이 누락된 20부를 제외한 235부를 최종 분석에 사용하였다.

2.2 연구도구

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 성별, 연령, 학력, 직업 여부, 결혼상태, 자녀 여부, 가족동거 여부, 경제상태, 월 소득으로 구성된 문항을 조사하였으며, 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질을 측정하였다. 본 연구에 사용된 구체적인 연구도구는 다음과 같다.

2.2.1 주관적 건강상태

본 연구에서는 대상자의 주관적 건강상태를 측정하기 위해 EuroQol Group에서 개발한 EQ-VAS(Visual Analogue Scale)을 사용하였다[12]. 가장 건강한 상태를 100점, 가장 건강이 좋지 않은 상태를 0점으로 구성한 VAS (Visual Analogue Scale)을 사용하여 현재 본인의 건강상태에 해당한다고 생각하는 위치에 사선으로 표시하도록 하였으며, 표시된 눈금을 자료 측정하였다.

2.2.2 우울

대상자의 우울 정도는 한국판 역학연구센터 우울척도(Center for Epidemiological Studies Depression; CES-D)로 측정하였다. CES-D는 Radloff(1997)[13]가 개발한 우울 척도를 조맹제 등(1993)[14]이 수정보완한 도구로, 지난 일주일 동안 경험한 우울 증상을 자가 보고형 설문으로 측정하게 된다. 20개 문항의 우울 증상에 대해 '극히 드물다' (0점), '가끔 있었다' (1점), '종종 있었다' (2점), '대부분 그랬다' (3점)로 보고하여, 점수가 높을수록 우울 정도가 심하다고 평가한다. 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .85였고, 본 연구에서는 .90였다.

2.2.3 삶의 질

대상자의 삶의 질은 건강 관련 삶의 질 측정도구인 SF-12(Short Form-12 Health Survey Questionnaire)를 사용하여 측정하였다. SF-12는 Ware 등(1996)이 개발하고 표준화한 SF-36(Short Form-36 Health Survey

Questionnaire)의 단축형으로, 신체적 건강지수(Physical Component Score; PCS)와 정신적 건강지수(Mental Component Score; MCS)로 결과가 제시된다[15]. PCS는 신체기능(physical functioning, PF), 신체적 문제로 인한 역할 제한(role-physical, RP), 통증(bodily pain, BP), 일반적 건강(general health, GH)의 4개 영역을, MCS는 활력(vitality, VT), 사회적 기능(social functioning, SF), 정서적 문제로 인한 역할 제한(role-emotional, RE), 정신 건강(mental health, MH) 영역으로 구성되어 있다. 총 12문항으로 구성된 SF-12는 미국 QualityMetric Incorporated로부터 사용허가를 받은 후 계산식을 전달받아 사용하였으며, SF-12를 이용한 삶의 질 점수계산 역시 QualityMetric Incorporated의 계산방법을 이용하였다. SF-12를 이용하여 측정한 삶의 질 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 개발당시 신뢰도 Cronbach's α 는 PCS가 .89, MCS가 .76였고 본 연구에서 전체 Cronbach's α 는 .80였다.

2.3 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS 24.0 Statistics Program을 이용하여 분석하며, 대상자의 일반적 특성과 주관적 건강상태, 우울, 건강관련 삶의 질 정도를 알아보기 위해 빈도와 백분율, 평균과 표준편차의 기술통계를 사용하였다. 또한 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 우울, 건강관련 삶의 질 정도의 차이를 검정하기 위해 독립 t-test와 ANOVA를 이용하였으며, 사후검정은 Duncan test로 분석하였다. 주관적 건강상태, 우울, 건강관련 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였으며, 주관적 건강상태가 건강관련 삶의 질 관계에서 우울의 매개효과를 탐색하기 위해 Multiple Regression을 이용하여 분석하였다. 매개효과에 대한 통계적 유의성은 Sobel test로 검증하였다.

2.4 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자의 권리 보호를 위하여 A 대학의 기관생명윤리심의위원회(Institutional Review Board; IRB)(승인번호: 1040191-201805-HR-011-01)의 심사와 승인을 거친 후, IRB에서 승인한 내용에 준하여 자료를 수집하였다. 연구 대상자에게 연구의 목적, 익명성과 비밀 보장, 그리고 수집된 자료가 연구 목적 외에는 사용되지 않을 것임을 설명한 후 서면동의서를 받고 설

문을 진행하였으며, 설문지를 스스로 작성하지 못하는 경우에는 연구자가 설문내용을 묻고 대상자의 응답을 기입하였다.

3. 결과

3.1 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 살펴본 결과 남자가 68명(28.9%), 여자가 167명(71.1%)이었으며, 연령별로 40대 14명(6.0%), 50대 56명(23.8%), 60대 63명(26.8%), 70대 72명(30.6%), 80대 이상이 30명(12.8%)로 나타났다. 대상자의 학력은 무학이 45명(19.1%), 초등학교 졸업이 71명(30.2%), 중학교 졸업 이상이 119명(50.6%)이었고 직업이 있는 경우가 114명(48.5%), 직업이 없는 경우가 121명(51.5%)이었다. 결혼 상태를 조사한 결과 현재 미혼인 경우가 6명(2.6%), 기혼 191명(81.3%), 사별 30명(12.8%), 이혼 및 별거 등 기타에 해당하는 경우가 8명(3.4%)이었고 자녀가 있는 경우가 220명(93.6%), 자녀가 없는 경우는 15명(6.4%)이었으며, 가족과 현재 함께 살고 있는 경우가 189명(80.4%), 혼자 살고 있는 경우는 46명(19.6%)이었다. 대상자의 현재 주관적 경제상태를 살펴본 결과, 좋다고 응답한 경우가 190명(80.9%)이었고 나쁘다고 응답한 경우는 45명(19.1%)이었다. 객관적 소득을 살펴본 결과, 현재 소득이 없는 경우가 105명(44.7%)로 가장 많았고 100만원 이상에서 200만원 미만의 소득이 있다고 보고한 경우는 48명(20.4%), 100만원 미만의 소득이 있는 경우는 17명(7.2%)으로 가장 적게 나타났다. (Table 1 참고)

3.2 대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 우울, 건강관련 삶의 질

대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질을 살펴본 결과 남성이 여성에 비해 삶의 질의 신체적 건강지수(PCS)가 높은 것으로 나타났으며($t=4.229$, $p<.001$), 연령의 경우 50대의 신체적 건강지수가 가장 높은 것으로 나타났다($F=6.112$, $p<.001$). 학력이 높을수록 주관적 건강상태($F=4.190$, $p=.016$)와 신체적 건강지수(PCS)($F=8.838$, $p<.001$)가 높았다. 현재 직업이 있는 경우 직업이 없는 경우보다 주관적 건강상태($t=2.392$, $p=.018$)와 신체적 건강지수(PCS)($t=2.597$, $p=.010$)는 높았으나 우울($t=-2.774$, $p=.006$)은 낮은 것으로 나타났

다. 결혼상태에 따른 우울은 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 사후분석에서는 차이가 나타나지 않았다($F=4.159$, $p=.007$). 미혼과 사별의 경우, 기타라고 응답한 대상자보다 신체적 건강지수(PCS)가 낮게 측정되었다($F=3.430$, $p=.018$). 현재 가족과 함께 살고 있는 경우 주관적 건강상태($t=2.969$, $p=.003$)와 신체적 건강지수(PCS)($t=3.181$, $p=.002$)가 높게 나타났다. 경제상태가 좋다고 응답한 경우에 주관적 건강상태($t=2.629$, $p=.009$)와 정신적 건강지수(MCS) ($t=2.317$, $p=.021$)는 높았고 우울($t=-4.549$, $p<.001$)은 낮았으며, 현재 월수입이 없는 경우보다 200만원 대 수입이 있는 경우 신체적 건강지수(PCS)($F=2.841$, $p=.025$)가 높은 것으로 나타났다. (Table 2 참고)

Table 1. General characteristics

(N=235)

Characteristics	Categories	n(%)	
Gender	Male	68	(28.9)
	Female	167	(71.1)
Age	40-49	14	(6.0)
	50-59	56	(23.8)
	60-69	63	(26.8)
	70-79	72	(30.6)
	≥80	30	(12.8)
Education level	None	45	(19.1)
	Elementary	71	(30.2)
	≥Middle	119	(50.6)
Employment	Employed	114	(48.5)
	Unemployed	121	(51.5)
Marital Status	Single	6	(2.6)
	Married	191	(81.3)
	Bereavement	30	(12.8)
	Other	8	(3.4)
Number of Children	≥1	220	(93.6)
	None	15	(6.4)
Living with Family	Yes	189	(80.4)
	No	46	(19.6)
Financial Status	Good	190	(80.9)
	Bad	45	(19.1)
Monthly Income (million KRW)	None	105	(44.7)
	<1	17	(7.2)
	≤1-2	48	(20.4)
	≤2-3	39	(16.6)
	≥3	26	(11.1)

3.3 주관적 건강상태, 우울, 건강관련 삶의 질의 상관관계

주관적 건강상태, 우울, 삶의 질의 상관관계를 살펴본 결과 주관적 건강상태의 경우 우울과 부적 상관관계가 있었으며, 삶의 질을 나타내는 신체적 건강지수와 정신적 건강지수 모두 주관적 건강상태와 정적 상관관계가 있음을 확인하였다. 또한 우울은 삶의 질을 나타내는 신체적 건강지수와 정신적 건강지수 모두에서 부적 상관관

계가 있었으며, 신체적 건강지수와 정신적 건강지수는 서로 통계적으로 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다. (Table 3 참고)

3.4 주관적 건강상태와 건강관련 삶의 질의 관계에서 우울의 매개효과

주관적 건강상태가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에서 우울의 매개효과를 검증하기 위해 Baron과 Kenny(1986)가 제시한 조건에 따른 검증 절차를 따랐다[16]. 1단계에서 독립변수인 주관적 건강상태가 매개변수인 우울에 유의미한 영향을 검증하기 위해 단순 회귀분석을 실시하였

다. 그 결과 주관적 건강상태는 우울에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($\beta=-.356, p<.001$). 다음 2단계에서는 독립변수인 주관적 건강상태가 종속변수인 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는가를 확인하기 위해 삶의 질을 나타내는 신체적 건강지수(PCS)와 정신적 건강지수(MCS)를 구분하여 단순회귀분석을 실시하였다. 회귀분석 결과 주관적 건강상태는 건강관련 삶의 질의 신체적 건강상태($\beta=.542, p<.001$)와 정신적 건강상태($\beta=.191, p=.003$) 모두에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

마지막으로 독립변수인 주관적 건강상태가 종속변수

Table 2. Self-rated health, depression and quality of life according to general characteristics (N=235)

Variables		SRH		Depression		Quality of Life (PCS)		Quality of Life (MCS)	
		Mean±SD	t/F(p) Duncan	Mean±SD	t/F(p) Duncan	Mean±SD	t/F(p) Duncan	Mean±SD	t/F(p) Duncan
Gender	Male	65.87±15.65	1.503 (.135)	10.44±8.24	-1.459 (.146)	45.22±8.61	4.229 (.001)	51.63±9.25	-.147 (.883)
	Female	62.26±20.36		12.61±11.07		39.18±12.57		51.84±10.17	
Age	40-49 ^a	63.64±18.76	1.514 (.199)	11.78±14.75	1.746 (.141)	43.49±8.12	6.112 (.001) d<ac<b	50.74±10.97	.478 (.752)
	50-59 ^b	67.39±17.56		11.26±8.74		45.25±7.94		50.96±8.40	
	60-69 ^c	64.90±16.79		9.81±8.74		42.92±10.93		52.76±9.12	
	70-79 ^d	59.61±20.52		14.37±11.69		36.10±13.89		52.30±11.40	
	≥80 ^e	61.26±22.57		12.23±10.00		39.07±12.28		50.45±9.96	
Education level	None	56.80±22.28	4.190 (.016)	15.22±12.08	2.789 (.064)	36.62±12.30	8.838 (.001)	50.39±10.89	1.153 (.317)
	Elementary School	62.54±18.89		11.45±10.41		38.56±12.95		53.13±10.77	
	≥Middle School	66.27±17.49		11.07±9.44		43.97±10.18		51.51±8.89	
Employment	Employed	66.38±17.24	2.392 (.018)	10.09±8.25	-2.774 (.006)	42.96±10.73	2.597 (.010)	53.06±8.74	1.940 (.054)
	Unemployed	60.46±20.47		13.76±11.77		39.01±12.60		50.58±10.76	
Marital Status	Single ^a	59.16±19.08	1.436 (.223)	13.00±9.59	4.159 (.007)	33.82±14.61	3.430 (.018) ac<d	51.56±12.01	1.781 (.151)
	Married ^b	54.52±18.91		10.97±9.75		41.66±11.05		52.40±9.60	
	Bereaved ^c	57.10±19.24		18.00±11.90		36.05±14.52		47.94±11.03	
	Other ^d	61.37±23.37		12.62±13.14		46.93±13.10		54.56±9.44	
Number of Children	≥1	63.43±19.50	.292 (.770)	11.91±10.25	-.366 (.714)	40.67±11.99	-1.263 (.208)	51.94±9.87	.923 (.357)
	None	61.93±13.51		12.93±12.23		44.67±9.52		49.50±10.32	
Living with Family	Yes	65.13±18.57	2.969 (.003)	11.21±9.56	-1.960 (.055)	42.32±10.83	3.181 (.002)	51.91±9.57	.371 (.712)
	No	55.93±19.98		15.15±12.79		35.21±14.17		51.25±11.21	
Financial Status	Good	64.91±19.17	2.629 (.009)	10.39±9.48	-4.549 (.001)	41.62±11.85	1.849 (.066)	52.50±9.54	2.317 (.021)
	Bad	56.66±17.83		18.68±11.32		38.00±11.63		48.74±10.86	
Monthly Income (million KRW)	None ^a	57.82±16.47	2.050 (.088)	13.94±8.87	1.233 (.297)	37.44±12.77	2.841 (.025) a<d	50.62±12.18	.238 (.916)
	<1 ^b	66.56±18.69		11.00±8.67		43.42±12.04		52.25±8.08	
	≤1~<2 ^c	62.41±19.43		10.64±7.35		43.05±9.51		52.45±9.00	
	≤2~<3 ^d	70.80±18.94		9.38±11.76		44.54±9.43		52.65±9.32	
	≥3 ^e	61.24±19.33		13.25±11.72		38.67±12.53		51.30±10.79	

Table 3. Correlation between self-rated health, depression and quality of life of the subjects (N=235)

Variables	SRH	Depression	Quality of Life (PCS)
	r(p)	r(p)	r(p)
Depression	-.356 (.001)		
Quality of Life (PCS)	.542 (.001)	-.328 (.001)	
Quality of Life (MCS)	.191 (.003)	-.685 (.001)	-.068 (.299)

* SRH=Self-rated Health, PCS=Physical Component Score, MCS=Mental Component Score

Table 4. Mediating effect of depression between self-rated health and quality of life

(N=235)

			β	t	p	R ²	Adj. R ²	F	p
PCS	Step 1	SRH→DEP	-.356	-5.809	<.001	.126	.123	33.741	<.001
	Step 2	SRH→PCS	.542	9.856	<.001	.294	.291	97.138	<.001
	Step 3	SRH, DEP→PCS	-	-	-	.315	.309	53.408	<.001
		DEP→PCS	-.155	-2.669	.008	-	-	-	-
		SRH→PCS	.487	8.382	<.001	-	-	-	-
MCS	Step 1	SRH→DEP	-.356	-5.809	<.001	.126	.123	33.741	<.001
	Step 2	SRH→MCS	.191	2.972	.003	.037	.032	8.833	.003
	Step 3	SRH, DEP→MCS	-	-	-	.472	.467	103.567	<.001
		DEP→MCS	-.706	-13.824	<.001	-	-	-	-
		SRH→MCS	-.060	-1.173	.242	-	-	-	-

* Sobel Test Statistic : PCS=2.416 (α .001), MCS=5.358 (α .001)

* SRH=Self-rated Health, DEP=Depression, PCS=Physical Component Score, MCS=Mental Component Score

인 건강관련 삶의 질에 미치는 영향에서 매개변수인 우울의 매개효과를 검증하기 위해 다중회귀분석을 하였다. 이는 독립변수가 통제된 상태에서 매개변수가 종속변수에 미치는 영향을 파악하는 단계이며, 독립변수의 종속변수에 대한 효과가 1단계 독립변수의 효과보다 줄어드는 것을 확인하는 단계이다. 먼저 신체적 건강지수를 나타내는 PCS의 경우 독립변수인 주관적 건강상태가 통제된 상태에서 매개변수인 우울이 종속변수인 PCS에 미치는 영향력이 유의하면서, 독립변수인 주관적 건강상태와 PCS에 대한 β 값이 .542에서 .487로 감소하였으나 유의성이 사라지지 않아 부분매개 하는 것으로 나타났다. 우울의 매개효과에 대한 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시한 결과, 주관적 건강상태와 PCS와의 관계에서 우울의 매개효과가 유의한 것으로 확인되었다($Z=2.416$, $p<.001$). 또한 정신적 건강지수를 나타내는 MCS의 경우 독립변수인 주관적 건강상태가 통제된 상태에서 매개변수인 우울이 종속변수인 MCS에 미치는 영향력은 유의하면서 독립변수인 주관적 건강상태가 종속변수 MCS에 대한 효과가 유의하지 않아 독립변수가 오직 매개변수를 통해서만 영향을 주는 것이 확인되어 완전매개하는 것으로 나타났다. 추가로 완전매개 효과에 대한 유의성을 검증하기 위해 Sobel test를 실시한 결과, 주관적 건강상태와 MCS와의 관계에서 우울의 매개효과가 유의한 것으로 확인되었다($Z=5.358$, $p<.001$). (Table 4 참고)

4. 논의

주관적 건강상태는 개인의 신체적 삶의 질은 물론 정신적 삶의 질을 결정하는 요인이 되므로 이를 부정적으

로 인식할 경우 생의 전반에 걸쳐 부정적 영향을 미치게 된다[17]. 특히 중·노년층에서는 주관적으로 자신의 건강상태가 좋지 않다고 느끼는 경우 우울증상이 심해지는 것으로 알려져 있으며[18], 최근 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 요인으로 우울이 중요한 개념으로 다루어지고 있다[19]. 이에 본 연구에서는 농촌지역 중·노년층 주민을 대상으로 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서 우울의 매개효과를 파악하고자 하였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태를 살펴본 결과 학력이 높을수록 주관적 건강상태가 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서 학력은 노인의 주관적 건강상태에 유의한 영향을 미치는 변수임이 밝혀졌으며[20], 오윤정, 권윤희(2012)의 연구에서도 학력이 높을수록 주관적 건강상태에 대한 인식이 높다고 주장한 바 있다[10]. 또한 가족과 함께 살고 있는 경우 주관적 건강상태를 높게 평가하였다. 이는 배우자가 있는 노인이 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태가 높다고 주장한 오윤정, 권윤희(2012)의 연구결과와도 유사한 것으로[10], 가족의 지지가 주관적 건강상태를 높이는데 중요한 요인으로 작용하는 것으로 여겨진다.

뿐만 아니라 직업이 있는 경우와 경제상태가 좋다고 응답한 경우 주관적 건강상태가 높았다. 그동안 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 사회경제적 요인으로 직업 유무나 소득수준이 연구되어 왔으며, 저소득 여성 노인을 대상으로 건강증진 행동을 연구한 Shin 등(2007)의 연구에서 저소득층 노인의 경우 주관적 건강상태가 낮다고 하였다[21]. 직업이 없는 경우 소득수준이 낮아지게 되며, 이는 낮은 경제 수준으로 이어질 가능성이 높아진다. 이는 경제 수준이 낮은 대상자의 경우 경제적인 부담으로 인해 보건의료기관 이용에 어려움을 경험

할 수 있으며, 치료중단, 건강증진을 위한 노력 부족 및 불충분한 영양섭취 등으로 인해 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 수 있다고 여겨진다.

대상자의 일반적 특성에 따른 우울을 살펴본 결과 직업이 없는 경우 우울이 심한 것으로 나타났다. 일 선행연구에서 자녀, 친구, 이웃과의 접촉이 적을수록 우울이 더 높다고 하였는데[19], 본 연구에서도 직업이 없는 경우 대인과의 접촉이 적고 이로 인해 우울이 심하게 나타나 기존 연구결과와 유사한 결과를 보인 것으로 해석된다. 즉, 이웃이나 직장 등에서 경험하는 사회적 지지가 우울에 영향을 미치는 것으로 파악된다. 또한 본 연구에서 대상자의 경제상태가 나쁘다고 응답한 경우 우울이 더 심한 것으로 나타났는데, 이는 노인의 우울을 연구한 선행연구에서 경제적 수준이 높은 노인일수록 상실감이나 우울 수준이 낮다고 한 결과와 일치한다[22].

대상자들의 삶의 질을 살펴본 결과 신체적 건강지수를 나타내는 PCS의 경우 남성이 여성보다 높은 것으로 나타났다. 이는 남성 노인이 여성 노인에 비하여 삶의 만족도가 높다고 주장한 박기남(2004)의 연구결과와 유사한 것으로[23], 일반적으로 남성의 경우 여성에 비하여 신체적 발달수준이 높으며, 우리나라 노년기 체력측정 방법에 대해 연구한 최규정 등(2014)의 연구에서도 앉았다 일어나기, 제자리 걷기 등 다양한 체력 평가기준에서 남성이 여성보다 높게 나타난 결과를 살펴볼 때[24], 신체적 건강지수를 나타내는 PCS의 경우 남성에게서 더 높게 나타난 것으로 파악된다. 뿐만 아니라 여성의 경우 남성보다 신체적 불편에 대한 인지 정도가 더 예민하여 남성에 비하여 질병이나 손상을 더 심각하게 받아들이는 경향이 있기 때문이라 여겨진다.

농촌지역 중노년층 주민들의 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질의 상관관계를 살펴보았을 때 주관적 건강상태의 경우 우울과 부적 상관관계가 있었다. 이는 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 우울수준이 높고, 스스로 인지하는 건강수준을 좋게 평가할수록 우울을 겪는 정도가 감소하는 선행연구들과도 비슷한 결과이다[18,19]. 또한 주관적 건강상태를 낮게 인식하는 노인이 더 높은 우울 점수를 보인 선행연구 결과와도 유사한 것으로[19], 중노년층의 경우 나이가 들어가면서 다양한 만성질환에 노출되면서 낮은 주관적 건강상태를 보이게 되며, 이러한 만성질환으로 인한 이차적인 우울증이 발생할 수 있다고 여겨진다.

다음으로 삶의 질을 나타내는 신체적 건강지수와 정신적 건강지수 모두 주관적 건강상태와 정적 상관관계가 있음을 확인하였다. 이는 통계청의 사회통계조사 자료를

분석한 연구에서 노인이 지각하는 주관적 건강상태가 높을수록 삶의 질이 높음을 밝힌 이정찬 외(2011)의 연구와 농촌 주민들을 대상으로 주관적 건강상태와 삶의 만족도를 살펴본 오윤정과 권윤희(2012)의 연구에서 주관적 건강상태와 삶의 만족도가 유의한 양의 상관관계가 있음을 밝은 선행연구와 유사한 결과이다[10,25]. 주관적 건강상태는 삶의 질을 예측하는 주요 변인으로[19], 자신의 건강상태가 좋다고 인지할수록 긍정적 생각을 가지게 되며, 결국 자신의 삶에 대해서도 만족감을 느껴 삶의 질이 향상되는 것으로 여겨진다.

마지막으로 주관적 건강상태, 우울, 삶의 질의 상관관계에서 우울은 삶의 질을 나타내는 신체적 건강지수와 정신적 건강지수 모두에서 부적 상관관계가 있었다. 이는 우울이 노인의 삶의 질을 포함한 삶의 만족도 전체에 부정적인 영향을 미친다고 밝힌 다양한 선행연구 결과에서도 확인할 수 있다[26]. 또한 전해원(2011)의 연구에서도 우울을 경험하는 노인들의 경우 일상적인 자가 간호나 건강관리 능력이 감소되어 신체적 건강에 위협을 받게 되며, 이는 결국 신체적인 삶의 질 저하로 이어진다고 밝힌 바 있으며, 노인에게 우울과 같은 정서적 상황은 신체적 불편감과 더불어 심각한 문제로 작용하여 삶의 질을 저하시키게 된다고 보고하며 정신적 삶의 질 저하와도 밀접한 관계가 있음을 밝힌 바 있다[19]. 이러한 측면에서 개인이 느끼는 우울은 삶의 질을 결정짓는 신체적, 정신적 영역 전반에서 삶의 질을 저해하는 요인은 작용하는 것으로 여겨진다.

주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서 우울은 신체적 건강과는 부분매개효과를 보였고, 정신적 건강과는 완전매개효과를 보였다. 이는 주관적 건강상태가 신체적·정신적 삶의 질에 미치는 영향이 우울을 통해서 설명 가능할 만큼 우울이 매우 중요한 요인임을 의미하며 농촌 중노년층 성인의 우울을 관리함으로써 주관적 건강상태에 따른 삶의 질 수준을 조절할 수 있음을 뜻한다. 본 연구에서 주관적 건강상태로 인한 삶의 질에 우울이 매개효과를 가지는 것으로 나타나 우울 중재를 통해 주관적 건강상태에 따른 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 보여진다.

우리나라 중고령자의 주관적 건강상태를 국가 간 비교한 연구에 따르면 우리나라 노인들의 경우 다른 선진국 노인들에 비하여 주관적 건강상태를 낮게 평가하는 경향이 있으며[27], 노년기 우울은 신체적, 인지적, 사회적 장애를 일으킬 수 있으므로[19], 국가적으로도 매우 심각한 문제라 할 수 있다.

낮은 주관적 건강상태와 우울은 중·노년층의 삶의 질

을 결정짓는 중요한 요인이라 할 수 있으므로 본 연구결과를 바탕으로 농촌지역 중·노년층 주민들의 낮은 주관적 건강상태와 우울과 관련된 문제해결을 위한 통합 프로그램 개발 및 운영이 필요하다 여겨지며, 이를 통해 삶의 질 향상을 기대할 수 있다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 농촌지역에 거주하고 있는 40세 이상 지역 주민을 대상으로 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서 우울의 매개효과를 검증하고자 하였다. 연구결과에 의하면 농촌지역 중·노년층 주민의 우울은 주관적 건강상태와 삶의 질에 부정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한, 우울은 주관적 건강상태와 신체적 건강지수인 PCS와의 관계에서 부분적인 매개효과를 나타낸 반면에, 정신적 건강지수인 MCS와의 관계에서는 매개효과가 있는 것으로 나타났다. 이처럼 우울은 농촌지역에 거주하는 중·노년층 주민의 건강한 삶에 부정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 뿐만 아니라 우울은 신체적·정신적 건강과 삶에 대한 만족을 저하시키는 주요 요인으로 보여지며, 이에 대한 관심과 중재 전략이 요구된다. 특히 농촌지역 주민의 건강은 도시 주민에 비해 상대적으로 열악한 수준이며 보건의료의 접근성과 예방적 서비스 등에서 불평등 상황에 놓여 있음이 알려져 있다. 따라서 이러한 지역적 특성을 고려하여 농촌지역 주민의 우울 정도와 관련 요인을 확인하고 이에 부합하는 프로그램의 개발과 적용이 시급하다고 하겠다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 지역적 변수를 반영한 생태학적 관점에서의 농촌지역 중·노년층의 주관적 건강상태와 삶의 질과의 관계에서의 우울의 매개효과를 검증하기 위한 연구를 제언한다. 둘째, 농촌지역 중·노년 주민의 주관적 건강과 삶의 질과의 관계에서 우울의 매개효과가 규명되었으므로 이들 주민을 위한 우울 중재 전략의 마련이 요구된다. 셋째, 농촌지역 중·노년 주민의 신체적 영역에서의 삶의 질 뿐만 아니라 정신적 영역의 삶의 질과 관련된 다양한 요인을 확인하기 위한 추가 연구를 시도할 것을 제언한다.

REFERENCES

- [1] T. H. Yoon & J. H. Kim. (2006). Health inequalities between rural and urban areas in South Korea. *Journal of Korean Academy of Rural Health Nursing*, 1(1), 11-20.
DOI : 10.22715/JKARHN.2006.1.1.011.
- [2] Ministry of Health & Welfare & Korea Center for Disease Control & Prevention. (2016). *Korea health statistics 2016: Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES VIII-1)*. Available: <https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>. (accessed 2019. Sep. 19).
- [3] J. S. Park, S. M. Kwon & Y. J. Oh. (2009). Health promotion behavior, health problems, perceived health status and farmers' syndrome of rural residents. *Journal of Agricultural Medicine & Community Health*, 34(1), 47-57.
DOI : 10.5393/JAMCH.2009.34.1.047.
- [4] M. S. Yoon. (2007). The study on the relationship of psychosocial factors, problem drinking on quality of life for the elderly in urban and rural areas. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, 38, 281-310.
- [5] Y. J. Yi & E. J. Kim. (2015). The effects of accessibility to medical facilities and public transportation on perceived health of urban and rural elderly: Using generalized ordered logit model. *Journal of The Korean Regional Development Association*, 27(1), 65-88.
- [6] W. J. Strawbridge & M. I. Wallhagen. (1999). Self-rated health and mortality over three decades: results from a time-dependent covariate analysis. *Journal of Aging Research*, 21, 402-416.
DOI : 10.1177/0164027599213003.
- [7] J. H. Lee & H. Y. Lee. (2016). The comparison of the influencing factors on the subjective health status of the urban-rural elderly. *Journal of the Association of Korean Geographers*, 22(3), 553-565.
- [8] Y. J. Kim. (2010). The effect of the health status and the economic status on the mental health of the urban elderly and the rural elderly - with the focus on the comparison of the mediation model between the family life and the social life. *The Journal of Rural Society*, 20(1), 265-308.
- [9] Y. J. Oh & Y. H. Kwon. (2012). Factors influencing perceived health status and life satisfaction in rural residents. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 37(3), 145-155.
DOI : 10.5393/JAMCH.2012.37.3.145.
- [10] M. Calvert & N. Freemantle. (2003). Use of health related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28(6), 513-521.
DOI : 10.1046/j.0269-4727.2003.00521.x.
- [11] K. R. Shin & J. H. Yang. (2003). Influencing factors on quality of life of middle-aged women living in rural area. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(7), 999-1007.
DOI : 10.4040/jkan.2003.33.7.999.

[12] N. J. Devlin. (2017). Brooks R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(2), 127-137.
DOI: 10.1007/s40258-017-0310-5.

[13] L S Radloff. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
DOI : 10.1177/014662167700100306.

[14] M. J. Cho & K. H. Kim. (1993). Diagnostic Validity of the CES-D(Korean Version) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 32(3), 381-399.

[15] J. E. Ware, M. Kosinski & S. D. Keller. (1996). A 12 Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
DOI: 10.1097/00005650-199603000-00003.

[16] R. M. Baron & D. A. Kenny. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
DOI: 10.1037//0022-3514.51.6.1173.

[17] D. H. Lew & I. S. Yeo. (2013). Relationship among subjective health recognition, activities of daily living(ADL), exercise capability and social support on the elderly. *The Korean Journal of Physical Education*, 52(1), 351-361.

[18] D. J. Jung. (2014). The effects of self-rated health on depression to disabled elderly: The moderating effects of psychosocial resources. *Health and Social Welfare Review*, 34(2), 247-275.

[19] H. W. Jeon. (2011). Depression, self-esteem, activities of daily living and life satisfaction in the community-dwelling elderly. *The Korean Society of Living Environmental System*, 18(6), 656-666.

[20] T. Gunzelmann, A. Hinz & E. Brähler. (2006). Subjective health in older people. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3, 1-10.

[21] K. R. Shin, J. S. Kim & M. S. Sung. (2007). Factors influencing health promoting behavior of the low-income elderly women in urban. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 19(5), 819-828.

[22] R. A. Miech & M. J. Shanaham. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162-171.
DOI: 10.2307/2676303.

[23] K. N. Park. (2004). Gender differences in the life satisfaction of elderly. *Journal of Korean Gerontological Society*, 24(3), 13-20.

[24] K. J. Choi et al. (2014). The development of physical fitness test battery and evaluation criteria of it for Korean elderly person. *The Korean Journal of Measurement and Evaluation in Physical Education*

and Sports Science, 16(3), 15-30.
DOI : 10.21797/ksme.2014.16.3.002.

[25] J. C. Lee, J. S. Park & G. H. Kim. (2011). The effects of stress, quality of life and family relationship of smokers and drinkers on tobacco and alcohol use: Focusing on the mediating effects of self-rated health. *The Journal of The Korean Public Health Association*, 37, 29-43.

[26] L. J. Liu & Q. Guo. (2008). Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 17(6), 823-830.
DOI: 10.1007/s11136-008-9370-1.

[27] J. Chang & K. Boo. (2007). Self-rated health status of Korean older people: An introduction for international comparative studies. *Korea Journal of Population Studies*, 30(2), 45-69.

김 윤 영(Yun-Young Kim)

[정회원]



- 2005년 2월 : 공주대학교 간호학 박사
- 2016년 9월 ~ 현재 : 국립안동대학교 간호학과 부교수
- 관심분야 : 정신간호, 간호교육
- E-Mail : yykim@anu.ac.kr

현 혜 순(Hye-Sun Hyun)

[정회원]



- 2014년 2월 : 서울대학교 간호학 박사
- 2016년 3월 ~ 현재 : 상명대학교 간호학과 부교수
- 관심분야 : 지역사회간호, 간호교육, 간호관리
- E-Mail : hshyun@smu.ac.kr

방 활 란(Hwal Lan Bang)

[정회원]



- 2014년 2월 : 서울대학교 간호학 박사
- 2017년 9월 ~ 현재 : 안동대학교 간호학과 조교수
- 관심분야 : 노인간호, 기본간호, 간호교육
- E-Mail : luvlucie@anu.ac.kr