

외국인 근로자의 우울 및 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향: 건강증진행위의 매개효과

정한나¹ · 김영숙²

고신대학교 간호대학 대학원생¹, 고신대학교 간호대학 교수²

Influence of Depression and Social Support on Health-related Quality of Life among Migrant Workers: The Mediating Effect of Health Promoting Behavior

Jung, Hanna¹ · Kim, Youngsuk²

¹Graduate Student, College of Nursing, Kosin University, Busan

²Professor, College of Nursing, Kosin University, Busan, Korea

Purpose: This study aims to identify the mediating effect of health promoting behavior in the relationship between depression and health-related quality of life, and between social support and health-related quality of life among migrant workers. **Methods:** Data were collected from 152 migrant workers working at companies in K and B metropolitan cities. The study conducted a survey from August 1 to September 30, 2019, and used self-report structured questionnaires that were translated into English and Korean. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, simple and multiple regression, Baron and Kenny's method, and Sobel test. **Results:** Depression was significantly negatively correlated with social support ($r=-.29, p<.001$), health promoting behavior ($r=-.30, p<.001$) and health-related quality of life ($r=-.44, p<.001$). And social support was significantly positively correlated with health promoting behavior ($r=.50, p<.001$) and health-related quality of life ($r=.44, p<.001$). And health promoting behavior was significantly positively correlated with health-related quality of life ($r=.51, p<.001$). Furthermore health promoting behavior showed partial mediating effects in the relationship between depression and health-related quality of life ($Z=3.26, p<.001$), and showed partial mediating effects in the relationship between the social support and health-related quality of life ($Z=3.98, p<.001$). **Conclusion:** In this study, depression and social support were shown to mediate health promotion behavior to improve health-related quality of life. Therefore, in order to improve the health-related quality of life of migrant workers, it is necessary to focus on the health promotion behaviors, and effective strategies are needed to reduce depression, and support social support.

Key Words: Transients and migrants; Quality of life; Health promotion; Depression; Social support

주요어: 외국인 근로자, 삶의 질, 건강증진, 우울, 사회적 지지

Corresponding author: Kim, Youngsuk

College of Nursing, Kosin University, 262 Gamcheon-ro, Seo-gu, Busan 49267, Korea.

Tel: +82-51-990-3983, Fax: +82-51-990-3970, E-mail: joy1763@kosin.ac.kr

Received: May 22, 2020 / Revised: Aug 26, 2020 / Accepted: Aug 30, 2020

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.

서 론

1. 연구의 필요성

한국 사회는 세계화와 이주민의 증가로 인해 다양한 민족과 문화가 공존하게 되었다. 취업을 목적으로 입국하는 외국인 근로자 수는 2018년 5월 기준, 전년 대비 6만 명(7.0%) 증가하여 92만 9천 명으로 해마다 증가하고 있으며 국내 거주하는 외국인 중 가장 많은 비율을 차지하고 있다[1].

대부분의 외국인 근로자들은 국내 근로자들이 기피하는 제조, 건설, 농축산, 어업 분야의 비전문 취업 형태로 가장 많이 근무하고 있으며, 국내 대체 인력으로서 인력난 해소와 국내 산업 경제성장에 이바지하고 있다[1]. 하지만 일반적으로 산업현장에서는 근로자들이 유해 물질에 노출되고[2] 초과근무를 하는 것으로 조사되었고[2,3], 더욱이 외국인 근로자들은 힘든 산업현장에서의 초과근무, 체력소모 및 위험성이 높은 곳에서 주로 근무하는 것으로 알려져 있다[1]. 또한 이들은 일상의 어려움[4]으로 인해 우울 및 다양한 스트레스를 경험하고 있으며[4,5] 이로 인해 신체적, 정신적 건강문제에 노출되어 있다. 그러나 외국인 근로자들은 건강문제가 발생하더라도 의사소통의 어려움, 치료비 부담, 시간 부족, 이용 가능한 의료기관에 대한 접근성 부족 등으로 적절한 치료를 받지 못하는 경우도 발생하고 있다[1,6]. 이와 함께 산업현장의 근로자들은 직무 특성상 건강행위를 실천할 시간 및 상황적 여력이 부족하므로[3] 외국인 근로자들이 건강 향상을 위한 행동을 실천하는데 어려움은 더 클 것으로 추정된다[1,6]. 건강증진행위는 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있는 핵심적 요인으로[7], 외국인 근로자의 건강문제 발생 시 의료서비스 이용의 어려움[1,6]이나 건강 행위 실천의 어려움[8]은 결과적으로 그들의 건강관련 삶의 질에 부정적인 영향을 줄 것으로 예측된다[7,9].

건강관련 삶의 질이란 신체적, 정신적, 사회적 맥락에서 인간의 건강에 필수적인 요소로, 개인의 신체적, 정신적 건강의 질에 대한 인식을 반영한다[10]. 건강관련 삶의 질(Health-related quality of life, HRQoL)은 건강의 맥락에서 측정된 삶의 질(Quality of life, QoL)도 포함되므로, 삶의 질과 개념이 항상 구별되기는 어려운 것으로 알려져 있다[11]. 그러나 삶의 질은 삶 전체에 대한 행복과 만족의 측면을 포함한 전반적인 웰빙을 의미하는 광범위하고 주관적인 개념이지만, 건강관련 삶의 질은 건강에 영향을 미치는 것으로 명확하게 보여질 수 있는 전체 삶의 질의 측면을 나타내는 구체적인 개념[10,11]으로, 이주민들의 건강 수준을 파악하는 척도로 사용되고 있다[11]. 이

주민의 건강관련 삶의 질은 사회 경제적 지위 및 생활환경의 변화와 관련하여 신체적, 심리적, 사회적 영역에서 고려되어야 한다[11]. 그러나 외국인 근로자는 본국보다 낮은 사회 경제적 지위와 낮은 생활환경 속에서[1,4,6] 스트레스[5] 및 우울, 불안 등[1,4,5]을 겪으며 살아가고 있다. 즉 외국인 근로자들은 이주 자체만으로도 건강에 부정적인 영향을 받고 있으며[11,12], 열악한 근무조건과 사회적 상황으로 인해 건강증진행위를 실천하기 어렵고[1,6,8] 나아가 건강관련 삶의 질에 부정적인 영향을 받을 수 있다[7,9]. 현대에는 많은 사람이 건강과 건강관련 삶의 질에 관심이 있지만, 산업 분야 근로자들의 건강관련 삶의 질은 그 관심에 비해 높지 않은 실정이다[2,13]. 외국인 근로자들은 국내 산업 분야에 필요한 인력으로써 중요한 위치에 있기에[1] 이들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 심리적, 사회적 차원의 건강관련 요인과 이를 향상시킬 수 있는 방안을 연구할 필요성이 있다.

외국인 근로자들의 건강에 부정적인 영향을 미치는 중요한 심리적인 문제 중 하나는 우울이다[4,5,12]. 이들은 강도 높은 업무[1], 고국으로부터의 단절, 향수, 타국문화적응, 개인이 겪는 생활사건 등으로 인해 스트레스를 받고 있으며[5], 심하면 우울 증상까지 경험하게 된다[4,5]. 최근, 국내 외국인을 대상으로 타인의 도움이 언제 가장 필요한지에 대한 설문 조사에서, 우울로 인해 이야기 상대가 필요한 경우가 82.7%로 가장 많이 나타나[1] 외국인들에게 우울이 중요한 삶의 문제임을 알 수 있다[4,5,12]. 또한 외국인 근로자는 아니나, 국내 산업 분야 근로자 대상 연구에서 우울과 건강관련 삶의 질 간의 관련성이 있는 것으로 조사되어[2,3,13] 외국인 근로자들에게 간과할 수 없는 문제로 생각된다. 이러한 우울은 개인에게 가벼운 반응에서부터 의학적 질환에 이르기까지 광범위하게 나타나므로[14], 국내 의료서비스 이용에 어려움이 있는 외국인 근로자들에게 [1,6] 우울이 의학적 질환으로 진행되지 않도록, 나아가 건강관련 삶의 질이 증진될 수 있도록 건강증진행위를 조망하고 관리하는 노력이 필요하다.

건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 많은 요인 중, 사회적 지지는 정신적으로 도움을 주는 정서적인 지지자원과 경제적 자원을 포함하는 도구적인 지지자원으로[15], 스트레스의 매개와 완충 효과[16]를 통해 삶에 긍정적인 영향을 주는 요소[7]이다. 즉, 사회적 지지체계는 외국인 근로자들에게 타 문화권 생활 속에서 건강관리 및 건강관련 정보를 제공함으로써[1,6] 건강관련 행위 실천을 높이는 자원으로서의 역할을 한다[18]. 외국인 근로자 대상 선행연구에서, 사회적 지지는 건강증진행위를 높이는 요인이 되고[18], 의료서비스와 같은 지지체계가 이

들의 건강관련 삶의 질을 높이는 것으로 나타났다[6]. 이는 사회적 지지가 건강 행위를 실천할 여력이 부족한 외국인 근로자들에게 건강증진 및 더 나은 삶의 질을 위한 통로가 될 수 있음을 알게 해준다[1,8]. 외국인 근로자들의 사회적 지지체계는, 의미 있고 원만한 대인관계를 맺고 유지하는 건강 행위를 강화시킬 뿐만 아니라[8], 외국인 근로자들에게 심리적 안정감을 갖게 하여 우울 수준을 낮춤으로써 정신건강에 도움을 주어[4], 결과적으로 높은 삶의 질을 경험하게 할 것이다[12,16]. 따라서 외국인 근로자의 건강관련 삶의 질 향상을 위해서는 사회적 지지를 통한 건강증진행위 향상이 중요 전략이 될 수 있으므로, 이를 살펴보는 것이 필요하다.

건강증진행위는 영양, 스트레스 관리, 대인관계 지지, 운동 등의 일상생활 양식을 통해 최적의 안녕 상태나 건강한 상태를 획득할 수 있는 행위이다[17,18]. 외국인 근로자들은 건강문제로 이어질 수 있는 열악한 작업환경에서 근무하고 있으므로[1], 체류 기간 종료 후 다시 모국으로 돌아갈 때까지 건강한 상태를 유지 및 획득할 필요가 있다. 그러나 국내 외국인 근로자들은 시간적, 체력적으로 경제 활동에 치중된 생활을 하므로 건강 행위를 실천하기 위한 에너지가 충분하지 않으며[1,8], 충분한 수면 및 균형 잡힌 식사와 같은 활동에 필요한 에너지 충전이 부족할 수 있다[3,8]. 더구나 외국인 근로자들은 언어 문제, 의료 서비스의 접근이 쉽지 않아 정기적인 건강검진 및 건강에 필요한 의료 정보를 쉽게 얻기 어려우므로[1,6] 적절한 건강관리를 하지 못하게 된다. 또한, 적절한 운동, 근육의 긴장을 풀어주는 스트레스 완화와 같은 건강증진을 돕는 행위들[17,19]은 최적의 만족 상태를 유지하도록 도움으로써 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있으므로[20] 외국인 근로자들이 규칙적인 건강관리를 시행할 수 있도록 기회를 제공할 필요성이 있다. 선행연구에 따르면, 근로자는 아니나 이주여성의 건강증진행위는 삶의 질과 높은 관련성이 있는 것으로 알려진 바 있다[21]. 이에 우선적으로, 외국인 근로자들의 건강증진행위 정도 및 건강관련 삶의 질과의 관계를 파악하는 것이 필요하나, 국내외적으로 이러한 연구는 매우 부족한 실정이다.

건강관련 삶의 질 선행연구 중 국내 근로자들의 우울 수준은 그들의 건강관련 삶의 질을 저해하는 요인으로 파악되었고[2,3,13], 우울을 경험한 외국인 근로자에게 건강증진 프로그램을 적용하면 우울이 감소되는 것으로 나타났다[22]. 그뿐만 아니라 외국인 근로자의 사회적 지지는 그들의 건강증진행위를 높이는 요인이 되며[8], 정신건강[4], 삶의 질[12]과 관련성이 있음을 확인하였다. 특히 국내에서는 이루어지지 않았지만, 국외의 이주민의 건강관련 삶의 질 측정과 관련된 선행연구 분석

에서, 신체적 영역과 더불어 스트레스 및 우울과 같은 심리적 영역과 사회적 관계 및 네트워크와 같은 사회적 영역을 건강관련 삶의 질 측정 시 포함한 것으로 보고되었다[11]. 하지만 이상과 같이 단편적인 연구들만으로 국내 외국인 근로자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인과 그 관계를 파악하기에는 한계가 있다. Stuijbergen [9]은 건강증진 및 삶의 질 개념모델 (conceptual model of health promotion and quality of life)을 설정하여 건강증진행위에서 이어지는 결과로 건강관련 삶의 질을 제안했다. 더불어 개인 및 환경의 장애요인과 자원요인은 건강증진행위의 선행요인이 되며, 건강증진행위와 삶의 질을 설명하는 요인들의 관계 구조를 확인하였다[9]. 또한 Stuijbergen [7]은 후속 연구를 통해 건강행위의 선행요인들이 건강증진행위를 매개하여 건강관련 삶의 질에 간접 및 직접적인 영향을 미치는 경로를 검증하고, 건강관련 삶의 질이 선행요인들과 건강증진행위 간의 상호작용의 결과라는 가설을 검증함으로써 이 모델을 추가적으로 뒷받침하였다. 특히 Stuijbergen [7,9]은 건강행위의 장애요인은 건강증진행위를 방해하는 개인의 부정적인 지각이며, 건강행위의 자원요인은 건강증진행위의 실천을 촉진하게 하여 건강관련 삶의 질에 영향을 미칠 수 있음을 강조하고 있다. 따라서 외국인 근로자의 우울이 식욕 상실, 일상에 무기력감과 같은 건강을 해치는 장애요인으로 작용하여[23] 삶의 질이 낮아질 수 있고, 타인과의 상호작용을 통한 건강 행동을 촉진하는 사회적 지지가 건강을 위한 자원으로 작용할 것으로 예상되므로[8], 우울, 사회적 지지가 건강증진행위를 통해 최종적으로 이들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미칠 수 있음을 검증하고자 한다.

그동안 국내 건강관련 삶의 질 영향요인 연구는 주로 한국인이나 결혼이주여성 대상으로 이루어졌으나[2,3,13,21], 외국인 근로자들의 건강증진행위 및 삶의 질 연구가 미비한 실정이다. 외국인 근로자들의 낮은 삶의 질과 건강상태는 한국 삶에서 문제 발생 시 적절하게 대응하지 못하게 되어 사회적 관계에서 고립이 심화 될 수 있으므로[4,8] 사회적 문제를 야기할 수도 있다. 반면에 외국인 근로자들의 높은 삶의 질과 건강상태는 이들 개인의 삶과 일에 도움을 줄 것으로 생각되며 나아가 국내 산업 생산량 증가의 원동력이 될 수 있을 것이다[8,24]. 이러한 점에서 국가에서 외국인 근로자들의 건강문제를 대중의 건강문제로 인식해야 하므로[25] 중요하게 살펴봐야 할 필요가 있다. 이에 본 연구는 Stuijbergen [7,9]의 건강증진 및 삶의 질 개념모델을 기초로 하여 외국인 근로자를 대상으로 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질의 정도를 알아보고, 이들 간의 관계에서 건강증진행위가 어떻게 매개하는지 분석하여

외국인 근로자의 건강관련 삶의 질 향상에 필요한 실질적이고 효과적인 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구에서는 외국인 근로자를 대상으로 우울, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질 간의 관계를 분석하고 우울, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 파악하여 외국인 근로자의 건강관련 삶 증진을 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 우울, 사회적 지지와 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 분석한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 외국인 근로자의 우울, 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 과정에서 건강증진행위의 매개효과를 규명하려는 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 양산시에 소재한 외국인 근로자 지원센터 및 종교단체, 김해시에 소재한 외국인 근로자 지원센터, 창원시에 소재한 1개 기업체, 부산광역시에 소재한 1개 종교단체, 총 5곳을 임의로 선정하고, 그곳을 이용하거나 근무하는 외국인 근로자를 대상으로 이루어졌다. 그리고 본 연구의 목적과 설명을 이해하고 연구에 동참하기를 서면으로 동의한 경우에만 연구대상자로 선정하였다. 연구대상자가 한국어로 의사소통이 가능하나, 능숙하지 않은 외국인인 경우 통역사가 동석하여 연구대상자가 사용하는 언어통역으로 설문내용을 명확하게 응답할 수 있도록 통역하였고, 연구대상자와 연구자 간의 질문 및 답변도 통역사가 동석하여 원활한 의사소통을 돕기 위한 역할을 수행하였다. 대상자가 원치 않을 경우 언제든지 철회할

수 있음을 설명하였고, 연구참여 동의서에 연구자의 연락처를 기재하여 연구대상자가 궁금한 사항이 있을 때 언제든지 질문할 수 있음을 설명하였다.

본 연구의 표본 크기는 G*Power 3.1.9.4 프로그램을 이용하여 산출하였고, 다중회귀분석에서 유의수준 .05, 효과 크기는 중간 크기인 .15, 검정력은 90%, 예측요인 7개로 계산하였을 때 130명이었다. 그러나 탈락률 20%를 고려하여 156명을 대상으로 자료를 수집하였다. 배부한 설문지 156부 중 불성실한 응답 설문지 4부를 제외한 152명의 대상자 자료를 최종 자료분석에 이용하였다.

대상자의 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

- 연령이 20세 이상인 자
- 국내에서 규정하는 장기체류 외국인 기준일 수(91일)에 따라, 국내에 91일 이상 거주 중인 자
- 국내에서 대한민국 국적을 가지지 않은 상태에서 일정한 수입을 목적으로 노동을 제공하는 자
- 영어 및 한국어로 된 설문지를 읽고 응답하는 데 무리가 없고, 의사소통이 가능한 외국인 근로자
- 한국어로 의사소통이 가능하나, 능숙하지 않아 연구대상자가 사용하는 언어통역으로 설문내용을 명확하게 응답할 수 있는 자
- 본 연구목적 이해하고 설문 참여를 자의로 동의한 자

3. 연구도구

본 연구에서는 자가보고형의 구조화된 설문지를 사용하였다. 일반적 특성, 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질을 포함하여 총 105문항으로 구성하였다.

1) 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 연령, 국적, 결혼상태, 학력, 종교, 동거인, 모국인 친구 수, 월급, 거주기간, 한국어 실력, 의료혜택 유무, 의료기관 이용 횟수와 질병명의 14개 문항으로 구성되었다.

2) 우울(depression)

본 연구대상자의 우울을 특정하기 위하여 Radloff [23]가 개발한 The center for epidemiological studies-depression scale (CES-D)를 사용하기 위해 CES-D에 해당하는 문항을 수정·보완하여 한국판으로 개발한 Chon과 Rhee [26]의 승인 후 사용하였다. 각 문항에 대한 측정은 지난 일주일 동안의 우울 정도를 묻는 질문에 대하여 '거의 드물게' 0점에서 '대부분' 3점까지

의 Likert 4점 척도이며 긍정적인 문항은 역 환산하였다. 점수의 범위는 0~60점이며, 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. Chon과 Rhee [26]는 임상적 우울 경향에 대한 절단점을 16점으로 제시하였다. 도구개발 당시 측정 신뢰도 Cronbach's α 는 .85였고, Chon과 Rhee [26]의 연구에서 Cronbach's α 는 .89였으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 .88이었다.

3) 사회적 지지(social support)

본 연구대상자의 사회적 지지를 측정하기 위하여 Shin [15]이 미국에 거주하는 한국인 이주민들을 위해 개발한 도구를 본 연구에 맞게 수정·보완하여 사용하였다. 본 도구는 타국에서 외국인으로서의 일상생활 문제에 직면하였을 때 도움을 받는 도구적 지지와 외로운 상황에서 도움을 받는 정서적 지지를 측정하는 항목으로 구성되어 있으며, 총 11개 문항 중 남편에게 받는 사회적 지지로 국한된 2개의 문항은 제외한 9개 문항을, 5인 전문가를 통한 내용 타당도 결과, 9개 문항의 Item-level Content Validity Index (I-CVI)는 평균 .98로 모두 .80 이상으로 나타나 9개 문항 전체가 선정되었다. 본 연구의 도구는 원 도구의 개발자에게 도구사용에 대한 승인을 받은 후 사용하였다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '항상 그렇다' 5점까지의 Likert 5점 척도로, 점수의 범위는 9~45점이며, 점수가 높을수록 사회적 지지 정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 측정 신뢰도 Cronbach's α 는 .92였으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 .90이었다.

4) 건강증진행위(health promoting behavior)

건강증진행위는 Walker 등[17]이 개발한 Health promoting life style profile (HPLP)의 도구를 Park [19]이 수정·보완한 도구를 사용하였다. 본 연구의 도구는 원저자와 번역저자의 승인을 받아 사용하였다. 하위요인은 영양 6문항, 스트레스 관리 5문항, 대인관계 지지 6문항, 운동 2문항, 건강책임 11문항, 자아실현 5문항의 6개의 영역이며 총 35문항으로 구성되었다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '항상 그렇다' 4점까지의 Likert 4점 척도로, 점수의 범위는 35~140점이며, 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시 측정 신뢰도 Cronbach's α 는 .92였고, Park [19]의 연구에서 Cronbach's α 는 .91이었으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 .91이었다.

5) 건강관련 삶의 질(health-related quality of life)

건강관련 삶의 질은 세계보건기구(World Health Organiza-

tion, WHO)가 개발한 World health organization quality of life-100 (WHOQOL-100)의 간편형 WHOQOL-BREF 척도[27]를 사용하기 위해 WHOQOL-BREF에 해당하는 문항을 수정·보완하여 개발한 Min 등[20]의 승인 후 매뉴얼을 구입하여 사용하였다. 하위요인은 신체적 건강 영역 7문항, 심리적 건강 영역 6문항, 사회적 관계 영역 3문항, 환경 영역 8문항과 전반적인 삶의 질, 일반적인 건강 인식에 관한 질문 2문항이며 총 26문항으로 구성되었다. 각 문항에 대한 측정은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지의 Likert 5점 척도이며 부정적인 질문에 해당하는 항목은 역 환산하였다. 각 영역별 점수의 범위는 개발자의 점수 산출 공식에 의해 0~100점으로 산출 가능하며, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. Min 등[20]의 연구에서 측정 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 .89였다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2019년 8월 1일부터 2019년 9월 30일까지 실시하였다. 자료수집은 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 받은 후 외국인 근로자가 이용 및 근무하는 외국인 근로자 지원센터, 종교단체 및 기업체의 부서장과 관장의 허락을 득한 후 진행하였다. 설문지는 한국어, 영어로 다음과 같은 절차로 만들어졌다. 영어 설문지는 영어를 전공한 한국인이 영어로 번역하고, 국내 5년 이상 거주하면서 영어를 주로 사용하고 한국어에 능숙한 외국인 2인을 통하여 한국어와 영어 설문지의 문맥상 의미가 일치하는지 점검하였다. 이후 한국어와 영어를 사용하는 외국인 근로자 3인에게 예비조사를 통해 설문내용의 이해 여부, 응답 시간, 난이도 등을 확인하였다.

그리고 연구자가 해당 기관의 통역사와 동석하여 선정기준에 맞는 대상자에게 연구대상자가 사용하는 언어로 연구의 목적과 방법, 설문내용을 충분히 설명한 후 서면 동의를 받고, 구조화된 설문지와 밀봉 봉투를 제공한 후에 직접 기재하도록 하였다.

국내 입국 전 외국인 근로자의 적응을 촉진하기 위해 의무적으로 한국어 시험을 치러 일정 수준에 도달해야 입국 자격이 주어지게 되므로 외국인 근로자들의 한글 해독 능력은 어느 정도 있고, 국내 주로 체류하고 있는 국가 중 영어 사용이 가능한 영어권(필리핀, 네팔, 스리랑카, 인도네시아, 방글라데시) 출신의 외국인 근로자와 조선족 근로자가 상당수를 차지하므로, 한국어 및 영어로 제작된 설문지를 배포하였다. 이때 기관의 통역사

는 한국어와 모국어 모두 의사소통이 능숙한 자국민에게 통역의 도움을 받았으며, 자료수집과정의 오차를 방지하기 위해 사전에 설문지를 보여주고 충분히 의미가 전달되도록 노력하였다. 그리고 자료수집과정에서 연구자가 상시 상주하여 동석한 통역사를 통해 연구대상자와 연구자 간의 질문 및 답변에 응하였고, 작성된 설문지는 개인이 각각의 봉투에 밀봉하고 연구자가 직접 회수하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 사용하여 분석하였고, 자료분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성, 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질 정도는 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질의 차이는 independent t-test, one-way ANOVA로 분석하였다. 분산분석 시 등분산 가정을 충족하였고, 유의한 차이가 있는 경우 Scheffé test로 사후 검정하였다.
- 대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.
- 대상자의 우울, 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 검증하기 위해 Baron과 Kenny[28]의 3단계 매개회귀분석(three-step mediated regression analysis)을 사용하여 분석하였고, Sobel test를 이용하여 매개효과의 유의성을 검증하였다.

6. 윤리적 고려

연구대상자의 윤리적 보호를 위하여 자료수집 전 고신대학교의 기관생명윤리위원회(IRB)의 심의승인(IRB No.: KU IRB 2019-0047)을 받았다. 또한, 헬싱키 선언을 준수하여, 대상자의 복지가 다른 모든 이익보다 우선시 되는 점과 윤리적 측면에 대하여 교육받은 연구자가 대상자에게 연구의 목적과 방법, 예견되는 이익과 잠재적 위험, 연구가 초래할 수 있는 불편 등에 관해 설명한 후, 연구참여 동의서에 자발적으로 서면 동의한 대상자만 설문지에 직접 기재 방식으로 자료를 수집하였고 설문 이 끝난 후 소정의 선물을 제공하였다.

대상자가 원치 않으면 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였으며, 연구참여 동의서에 연구자의 연락처를 기재하여 연구대

상자가 궁금한 사항이 있을 때 언제든지 질문할 수 있음을 설명하였다. 연구참여 동의서에는 대상자의 익명성과 비밀보장, 자발적 동의 및 참여 거부 가능 등에 관한 내용을 포함하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 152명으로 남자 116명(76.3%), 여자가 36명(23.7%)이었다. 평균 연령은 34.34 ± 8.08 세로 31~40세가 68명(44.7%)으로 가장 많았다. 국적은 필리핀이 91명(59.9%)으로 가장 많았고, 네팔 18명(11.8%), 인도네시아 11명(7.2%)이 그다음 순으로 나타났다. 결혼 상태는 기혼이 80명(52.6%), 학력은 고졸 이하가 78명(51.3%), 종교는 있는 경우가 146명(96.1%)으로 대다수를 차지하였다. 거주 상태는 타국 이주 노동자와 함께 거주하는 경우가 60명(39.5%), 한국에 거주하는 모국인 친구 수는 10명 이상 있다고 대답한 군이 95명(62.5%)으로 많았다. 월수입은 100~200만원 미만이 82명(53.9%)으로 가장 많았고, 200~300만원 미만이 59명(38.8%) 다음 순으로 많았다. 거주기간은 2년 이상이 119명(78.3%)이었고, 한국어 능력의 평균점수는 20점 만점에 11.86 ± 3.54 점이었으며, 점수가 보통 이상인 군이 102명(68.4%)으로 부족한 군 48명(31.6%)보다 2배 가까이 많았다. 한국에서 의료기관 등으로부터 건강교육이나 건강검진 등의 의료혜택은 받는 군은 103명(67.8%)으로 나타났다. 지난 1년간 한국에서 의료기관을 이용하였다고 답한 군은 118명(77.6%)으로, 이용한 응답자를 대상으로 조사한 방문하게 된 건강문제(다중응답)로는 호흡기계 질환이 48명(33.8%)으로 가장 많았고, 발열 35명(24.6%), 소화기계 질환 11명(7.7%), 근골격계 질환 및 산업재해로 인한 신체 손상이 각각 10명(7.0%) 순으로 나타났다. 자신의 건강 상태를 건강하다고 지각한 군이 100명(65.8%)으로 나타났다 (Table 1).

2. 대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질 정도

대상자의 우울 정도는 60점 만점에 평균 15.13 ± 9.47 점, 사회적 지지는 5점 만점에 평균 3.54 ± 0.83 점, 건강증진행위는 4점 만점에 평균 2.69 ± 0.46 점, 건강관련 삶의 질은 5점 만점에 평균 3.63 ± 0.46 점이었다. 하부영역별로 살펴보면, 사회적 지지의 하위영역에서 도구적 지지 평균이 3.54 ± 0.83 점, 정서적

Table 1. Health-related Quality of Life according to Characteristics of Subjects

(N=152)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Depression		Social support		HPB		HRQoL	
			M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé	M±SD	t or F (p) Scheffé
Gender	Male	116 (76.3)	15.07±9.39	-0.15	3.49±0.82	-1.36	2.72±0.48	1.28	3.64±0.45	0.27
	Female	36 (23.7)	15.33±9.85	(.884)	3.70±0.85	(.175)	2.62±0.36	(.205)	3.62±0.49	(.789)
Age (year)	≤ 30 ^a	53 (34.9)	16.60±9.65	1.87	3.43±0.71	0.62	2.59±0.43	3.15	3.54±0.46	3.41
	31~40 ^b	68 (44.7)	15.19±9.88	(.157)	3.59±0.85	(.538)	2.70±0.45	(.046)	3.63±0.50	(.036)
	≥ 41 ^c	31 (20.4)	12.48±7.80		3.58±0.97		2.85±0.50	a < c	3.81±0.33	a < c
			34.34±8.08							
Nationality	Philippines ^a	91 (59.9)	15.49±8.30	3.29	3.56±0.88	0.08	2.69±0.45	0.60	3.66±0.41	0.98
	Nepal ^b	18 (11.8)	11.83±10.19	(.013)	3.49±0.84	(.988)	2.71±0.43	(.664)	3.70±0.31	(.419)
	Indonesia ^c	11 (7.2)	15.91±8.71	b < d	3.42±0.83		2.51±0.36		3.67±0.49	
	Bangladesh ^d	9 (5.9)	24.11±12.77		3.57±0.72		2.81±0.64		3.41±0.57	
	Other ^{†e}	23 (15.1)	12.39±10.44		3.52±0.72		2.73±0.50		3.54±0.66	
Marital status	Single	59 (38.8)	16.66±9.84	1.48	3.33±0.76	3.17	2.57±0.44	3.38	3.55±0.53	1.67
	Married	80 (52.6)	13.90±9.06	(.230)	3.64±0.84	(.045)	2.76±0.44	(.037)	3.70±0.40	(.191)
	Other [†]	13 (8.6)	15.77±9.92		3.79±0.92	(-)	2.80±0.53	(-)	3.63±0.12	
Education	≤ High school graduation	78 (51.3)	15.55±10.15	0.56	3.45±0.80	-1.26	2.65±0.45	-1.28	3.49±0.50	-4.05
	≥ University graduation	74 (48.7)	14.69±8.75	(.577)	3.62±0.86	(.211)	2.74±0.46	(.201)	3.78±0.36	(< .001)
Religion presence	Yes	146 (96.1)	15.23±9.46	0.61	3.53±0.84	-1.02	2.69±0.46	0.06	3.63±0.46	-.311
	No	6 (3.9)	12.83±10.30	(.546)	3.70±0.38	(.342)	2.68±0.27	(.950)	3.69±0.44	(.756)
Living status	Alone ^a	34 (22.4)	18.41±11.15	4.51	3.44±0.93	0.95	2.69±0.58	0.49	3.63±0.61	0.27
	Coworker ^{sb}	60 (39.5)	12.83±7.41	(.001)	3.52±0.75	(.452)	2.71±0.42	(.786)	3.67±0.39	(.927)
	Native immigrant ^c	6 (3.9)	5.83±3.66	c < f	3.89±0.59		2.75±0.27		3.61±0.21	
	Korean workers ^d	12 (7.9)	17.67±10.80		3.21±0.99		2.81±0.52		3.61±0.53	
	My family ^e	31 (20.4)	14.58±8.35		3.66±0.82		2.64±0.37		3.64±0.45	
	Other ^f	9 (5.9)	22.78±10.88		3.77±0.87		2.54±0.52		3.47±0.42	
Number of homeland friends in Korea (n)	No friend ^a	6 (3.9)	22.00±10.99	1.92	3.15±0.98	1.66	2.22±0.56	4.51	3.36±1.03	1.18
	< 10 ^b	51 (33.6)	15.61±9.69	(.151)	3.42±0.82	(.193)	2.78±0.48	(.012)	3.66±0.43	(.309)
	≥ 10 ^c	95 (62.5)	14.44±9.17		3.62±0.82		2.67±0.42	a < b	3.63±0.43	
Monthly income (10,000 won)	< 100 ^a	9 (5.9)	15.13±9.47	3.66	3.35±0.97	1.55	2.20±0.43	4.89	3.03±0.70	6.37
	100~ < 200 ^b	82 (53.9)	14.71±9.30	(.014)	3.66±0.84	(.204)	2.78±0.44	(.003)	3.69±0.45	(< .001)
	200~ < 300 ^c	59 (38.8)	14.08±9.26	a > b, c	3.39±0.79		2.65±0.44	a < b, c	3.66±0.37	a < b, c
	≥ 300 ^d	2 (1.3)	22.00±7.07		3.94±0.08		2.67±0.67		3.42±0.27	
Length of residence in Korea (year)	< 2	33 (21.7)	17.15±7.63	1.39	3.24±0.78	-2.34	2.58±0.41	-1.60	3.44±0.44	-2.77
	≥ 2	119 (78.3)	14.57±9.88	(.167)	3.62±0.83	(.021)	2.72±0.47	(.111)	3.69±0.46	(.006)
Korean ability	Poor (4~10)	48 (31.6)	16.81±9.54	1.49	3.43±0.95	-0.97	2.52±0.39	-3.35	3.45±0.56	-3.07
	Moderate (11~20)	102 (68.4)	14.36±9.39	(.138)	3.58±0.77	(.336)	2.77±0.46	(.001)	3.72±0.38	(.003)
			11.86±3.54							
Health benefits	Yes	103 (67.8)	15.29±9.19	0.30	3.57±0.81	0.641	2.75±0.47	2.26	3.70±0.40	2.75
	No	49 (32.2)	14.80±10.13	(.764)	3.47±0.88	(.522)	2.57±0.41	(.025)	3.49±0.55	(.007)
Medical facility use in the past year	Yes	118 (77.6)	15.63±8.88	1.20	3.57±0.82	1.02	2.71±0.45	0.99	3.65±0.43	0.89
	No	34 (22.4)	13.41±11.26	(.231)	3.41±0.87	(.308)	2.62±0.48	(.326)	3.57±0.57	(.375)
Health problem [¶] (n=142)	Respiratory disease	48 (33.8)								
	Having fever	35 (24.6)								
	Gastrointestinal disease	11 (7.7)								
	Musculoskeletal disease	10 (7.0)								
	Physical injury due to industrial accident	10 (7.0)								
	Other [#]	28 (19.6)								
Perceived health status	≤ Average	52 (34.2)	19.17±9.13	3.97	3.19±0.82	-3.86	2.49±0.41	-4.20	3.33±0.48	-6.09
	≥ Good	100 (65.8)	13.03±8.99	(< .001)	3.72±0.78	(< .001)	2.80±0.44	(< .001)	3.79±0.37	(< .001)

HPB=health promotion behavior; HRQoL=health-related quality of life; [†] China, Sri Lanka, Pakistan, Myanmar, Uzbekistan, Cambodia, [‡] Divorced, dead, etc.; [§] Migrant workers from other countries; ^{||} Church friends, general friends, etc.; [¶] Medical facility use in the past year-Yes (n=118), duplicate response was permitted; [#] Other health problem included cardiovascular disease, allergy, kidney stones, dental disease, dermatological diseases, urinary and reproductive disease, diabetes, body aches.

Table 2. Depression, Perceived Health Status, Health Promoting Lifestyle, Social Support and Health-related Quality of Life (N=152)

Variables	n	Range	Min	Max	M±SD
Depression	20	0~60	0.00	46.00	15.13±9.47
Social support	9	1~5	1.33	5.00	3.54±0.83
Instrumental support	7	1~5	1.29	5.00	3.54±0.83
Emotional support	2	1~5	1.00	5.00	3.52±1.06
HPB	35	1~4	1.26	3.80	2.69±0.46
Nutrition	6	1~4	1.00	4.00	2.88±0.61
Stress management	5	1~4	1.00	4.00	2.53±0.60
Interpersonal support	6	1~4	1.00	4.00	2.94±0.67
Physical activity	2	1~4	1.00	4.00	2.64±0.82
Health responsibility	11	1~4	1.27	3.55	2.34±0.51
Self actualization	5	1~4	1.00	4.00	3.13±0.63
HRQoL	26	1~5	1.42	4.58	3.63±0.46
Physical health	7	1~5	1.86	4.71	3.56±0.57
Psychological health	6	1~5	1.67	5.00	3.76±0.51
Social relationships	3	1~5	1.33	5.00	3.71±0.67
Environment	8	1~5	1.00	5.00	3.52±0.56
Overall quality of life	1	1~5	1.00	5.00	3.91±0.84
General health facet	1	1~5	1.00	5.00	3.84±0.81

HPB=health promotion behavior; HRQoL=health-related quality of life.

지지는 3.52±1.06점이었고, 건강증진행위의 하위영역에서 자아실현의 평균이 3.13±0.63점으로 가장 높았고, 스트레스 관리가 2.53±0.60점, 건강 책임이 2.34±0.51점으로 낮았으며, 건강관련 삶의 질 하위영역에서는 전반적인 삶의 질의 평균이 3.91±0.84점으로 가장 높았고, 일반적 건강 인식 3.84±0.81점, 심리적 건강 영역 3.76±0.51점, 사회적 관계 영역 3.71±0.67점, 신체적 건강 영역 3.56±0.57점, 환경 영역 3.52±0.56점 순이었다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질의 차이

대상자의 우울은 국적(F=3.29, *p*=.013), 거주 상태(F=4.51, *p*=.001), 월수입(F=3.66, *p*=.014), 지각된 건강상태(*t*=3.97, *p*<.001)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검증 Scheffe 결과에서 네팔 군이 방글라데시 군보다 우울이 낮게 나타났다, 모국 이주민과 거주하는 군이 기타(교회 친구, 일반 친구 등)와 거주하는 군보다 낮게 나타났으며 월수입이 100만원 미만 군이 100만원 이상 300만원 미만 군보다 높게 나타났다. 대상자의 사회적 지지는 결혼 상태(F=3.17, *p*=.045), 거주기간(*t*=-2.34, *p*=.021), 지각된 건강상태(*t*=-3.86, *p*<.001)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검증 Scheffe 결과, 결혼 상태에서는 항목 간에 유의한 차이는 없었다. 대상자의 건강증

진행위는 연령(F=3.15, *p*=.046), 결혼상태(F=3.38, *p*=.037), 모국인 친구 수(F=4.51, *p*=.012), 월수입(F=4.89, *p*=.003), 한국어 능력(*t*=-3.35, *p*=.001), 의료혜택 유무(*t*=2.26, *p*=.025), 지각된 건강상태(*t*=-4.20, *p*<.001)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검증 Scheffe 결과에서는 41세 이상군이 30세 이하 군보다 높았고, 한국에 거주하는 모국인 친구 수가 10명 미만으로 있는 군이 없는 군보다 높았으며, 월수입이 100만원 미만 군이 100만원 이상 300만원 미만 군보다 낮았다. 결혼상태에서는 항목 간에 유의한 차이는 없었다. 대상자의 건강관련 삶의 질은 연령(F=3.41, *p*=.036), 학력(*t*=-4.05, *p*<.001), 월수입(F=6.37, *p*<.001), 거주기간(*t*=-2.77, *p*=.006), 한국어 능력(*t*=2.75, *p*=.007), 의료혜택 유무(*t*=2.75, *p*=.007), 지각된 건강상태(*t*=-6.09, *p*<.001)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검증 Scheffe 결과에서는 41세 이상 군이 30세 이하 군보다 높았고, 월수입이 100만원 미만 군이 100만원 이상 300만원 미만 군보다 낮았으며, 건강상태를 좋게 지각하는 군과 매우 좋게 지각하는 군이 나쁘게 지각하는 군과 보통으로 지각하는 군보다 높게 나타났다(Table 1).

4. 대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의 질의 상관관계

대상자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위, 건강관련 삶의

Table 3. Correlation among Depression, Health Promoting Behavior, Social Support and Health-related Quality of Life (N=152)

Variables	Depression	Social support	HPB
	r (p)	r (p)	r (p)
Depression	1.00		
Social support	-.29 (< .001)	1.00	
HPB	-.30 (< .001)	.50 (< .001)	1.00
HRQoL	-.44 (< .001)	.44 (< .001)	.51 (< .001)

HPB=Health promotion behavior; HRQoL=Health-related quality of life.

질의 상관관계를 분석한 결과, 우울과 건강관련 삶의 질은 통계적으로 유의한 부적 상관관계($r=-.44, p<.001$)가 있었고, 건강증진행위와도 유의한 부적 상관관계($r=-.30, p<.001$)가 있었다. 또한 우울은 사회적 지지와 유의한 부적 상관관계($r=-.29, p<.001$)가 있는 것으로 나타났다. 사회적 지지와 건강관련 삶의 질은 통계적으로 유의한 정적 상관관계($r=.44, p<.001$)가 있었고, 건강증진행위와도 유의한 정적 상관관계($r=.50, p<.001$)로 나타났다. 또한 건강증진행위는 건강관련 삶의 질과 유의한 정적 상관관계($r=.51, p<.001$)가 있었다(Table 3).

5. 대상자의 우울, 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위의 매개효과

매개효과를 검증하기 전 회귀분석의 가정을 검증한 결과는 아래의 모든 조건을 충족하는 것으로 나타났다. 자기상관에 대한 Durbin-waston 지수는 1.81~1.91로 2에 가까워 독립적으로 나타났다. 독립변수들 간의 다중공선성은 분산팽창요인 (Variance Inflation Factor, VIF)값이 1.00~1.33으로 10 미만이므로 다중공선성의 문제는 없었다. 또한, 잔차 분석결과 모형의 선형성, 오차의 정규성, 등분산성이 확인되었다.

본 연구에서 우울, 사회적 지지가 건강증진행위를 통해 건강관련 삶의 질에 영향을 미친다는 매개효과를 검증하기 위해 Baron과 Kenny [28]의 3단계로 검증을 실시하였다. 본 연구결과, 우울이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 과정에서 건강증진행위의 매개효과가 있는 것으로 입증되었다. 1단계의 분석결과, 독립변수인 우울이 매개변수인 건강증진행위($\beta=-.30, p<.001$)에 유의한 영향을 주었고 설명력은 8.0%였다. 2단계의 분석결과, 독립변수인 우울이 종속변수인 건강관련 삶의 질($\beta=-.44, p<.001$)에 유의한 영향을 미쳤고, 설명력은 18.0%로 나타났다. 3단계의 분석결과, 우울과 매개변수인 건강증진행위를 함께 독립변수로, 건강관련 삶의 질을 종속변수로 투입한 결과, 우울($\beta=-.31, p<.001$)과 건강증진행위($\beta=.41, p<.001$)

가 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 3단계에서 건강증진행위를 매개변수로 했을 때 우울이 건강관련 삶의 질에 유의한 것으로 나타났으나 회귀계수가 2단계의 -.44에서 -.31로 감소하여 건강증진행위가 부분매개하는 것으로 나타났다. 이들 변수가 건강관련 삶의 질을 설명하는 정도는 34.0%로 나타났다.

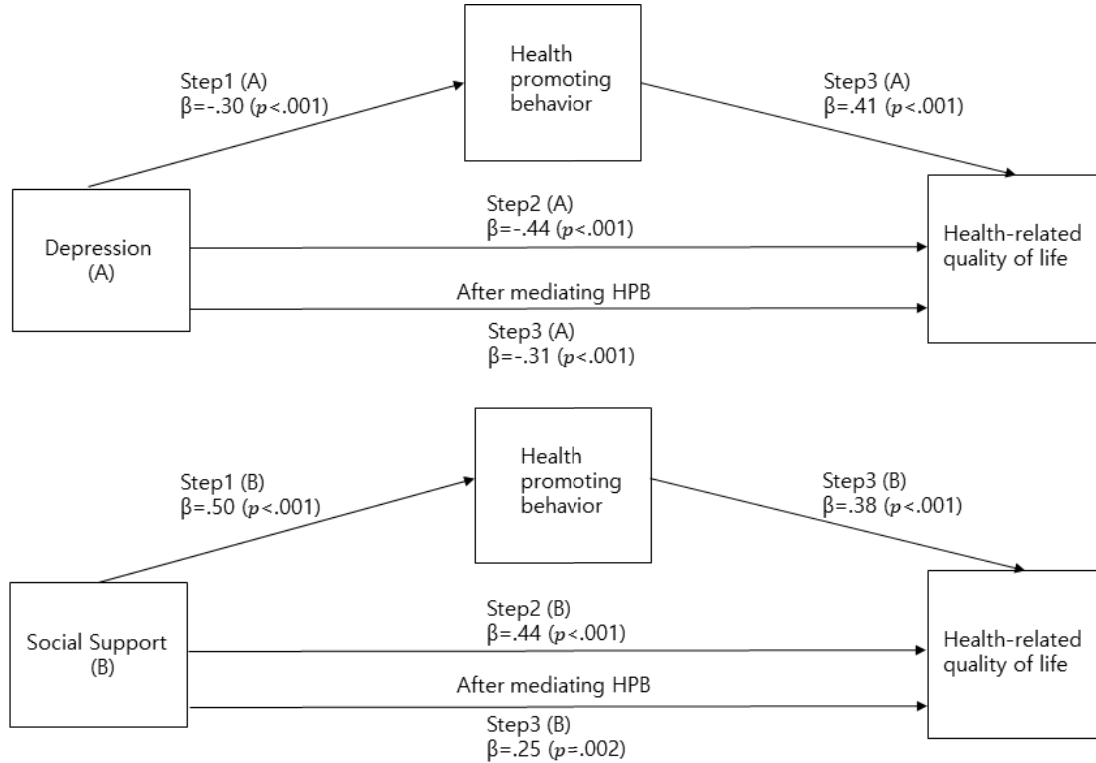
또한, 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 과정에서 건강증진행위의 매개효과가 있는 것으로 입증되었다. 1단계의 분석결과, 독립변수인 사회적 지지가 매개변수인 건강증진행위($\beta=.50, p<.001$)에 유의한 영향을 주었고 설명력은 25.0%였다. 2단계의 분석결과, 독립변수인 사회적 지지가 종속변수인 건강관련 삶의 질($\beta=.44, p<.001$)에 유의한 영향을 미쳤고, 설명력은 19.0%로 나타났다. 3단계의 분석결과, 사회적 지지와 매개변수인 건강증진행위를 함께 독립변수로, 건강관련 삶의 질을 종속변수로 투입한 결과, 사회적 지지($\beta=.25, p=.002$)와 건강증진행위($\beta=.38, p<.001$)가 건강관련 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 3단계에서 건강증진행위를 매개변수로 했을 때 사회적 지지가 건강관련 삶의 질에 유의한 것으로 나타났으나 회귀계수가 2단계의 .44에서 .25로 감소하여 건강증진행위가 부분매개하는 것으로 나타났다. 이들 변수가 건강관련 삶의 질을 설명하는 정도는 30.0%로 나타났다. 추가적으로 건강증진행위의 매개효과 유의성 검증을 위해 Sobel test를 시행한 결과, 우울과 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위의 매개효과가 유의한 것으로 확인되었으며($Z=3.26, p<.001$), 사회적 지지와 건강관련 삶의 질의 관계에서도 건강증진행위의 매개효과가 유의한 것으로 확인되었다($Z=3.98, p<.001$)(Table 4, Figure 1).

논 의

본 연구에서는 외국인 근로자를 대상으로 우울, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질간의 관계를 분석하고 우울, 사회적 지지,

건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 파악하고자 하였다. 본 연구대상자의 우울 평균점수는 60점 만점에 15.13점이었다. 이는 외국인 근로자를 대상으로 한 Jeon

과 Lee [5]의 연구결과 15.33점과 유사하게 나타났다. 비록 측정도구에서 제시한 임상적 우울 진단 기준인 16점[26]을 넘지는 않으나, 우울증을 나타내는 정신과 주치의의 진단과 일치하



Sobel test: (A) $Z=3.26, p < .001$; (B) $Z=3.98, p < .001$.

Figure 1. Model showing the influence of depression and social support on health-related quality of life, and the mediating effect of health promoting behavior.

Table 4. Mediating Effect of Health Promoting Behavior in the Relationship between Depression and Health-related Quality of Life, Social Support and Health-related Quality of Life (N=152)

Variables	B	SE	β	t (p)	95% CI	Adj. R ²	F (p)
Step 1 (A). Depression → HPB	-0.29	0.07	-.30	-3.88 (< .001)	-0.44~-0.14	.08	15.06 (< .001)
Step 2 (A). Depression → HRQoL	-0.43	0.07	-.44	-5.93 (< .001)	-0.57~-0.28	.18	35.23 (< .001)
Step 3 (A). Depression, HPB → HRQoL						.34	39.31 (< .001)
1) Depression → HRQoL	-0.30	0.07	-.31	-4.48 (< .001)	-0.44~-0.17		
2) HPB → HRQoL	0.42	0.07	.41	5.94 (< .001)	0.28~0.56		
Sobel test: $Z=3.26, p < .001$							
Step 1 (B). Social support → HPB	0.28	0.04	.50	7.09 (< .001)	0.20~0.35	.25	50.31 (< .001)
Step 2 (B). Social support → HRQoL	0.25	0.04	.44	6.07 (< .001)	0.17~0.33	.19	36.82 (< .001)
Step 3 (B). Social support, HPB → HRQoL						.30	32.76 (< .001)
1) Social support → HRQoL	0.14	0.04	.25	3.21 (.002)	0.05~0.23		
2) HPB → HRQoL	0.38	0.08	.38	4.82 (< .001)	0.23~0.54		
Sobel test: $Z=3.98, p < .001$							

Adj. R²=adjusted R-squared; HPB=health promoting behavior; HRQoL=health-related quality of life; SE=standard error.

는 점수[26]에 가까우므로 결코 간과해서는 안 된다. 특히, 본 연구대상자 중에, Chon과 Rhee [26]의 우울 환자 집단의 30.7 점 보다 높은 46점까지 있는 것으로 나타나, 정신과 치료를 요할 정도의 우울로 고통 받는 외국인 근로자도 있는 것으로 확인되었다. 외국인 근로자들은 경미한 우울이라 할지라도 높아질 수록 이들이 받는 문화충격, 직장 및 대인관계의 어려움과 같은 스트레스 정도가 높아지게 되므로[5] 이에 따른 사회적 문제 등이 제기될 수도 있다. 따라서 이들의 미약한 부정적인 감정 상태도 우울 증상으로 발전할 수 있는 잠재적 가능성을 배제할 수 없으므로[26], 지지적이고 적극적인 간호중재를 통하여 우울감이 높아지기 이전에 예방해야 할 것이다. 한편 Jeon과 Lee [5]의 연구와 본 연구는 모국 이주민의 존재 여부에 따라 우울의 정도에 유의한 차이가 있어 낮은 이국땅에서의 모국 이주민은 그들의 정신건강에 유의미하게 작용한다는 것을 알 수 있었다. 또한, 두 연구 모두 월수입에 따라 우울 정도에 유의한 차이가 있었는데, 이는 외국인 근로자들이 소득에 대한 만족감이 충족되어 우울감 호전에 도움이 된 것으로 생각된다[1]. 그러나 선행연구에 따르면 우울이 근로자의 업무 능력을 낮추는 내적 요인이 되므로[24], 국내 산업체 생산 인력 중 외국인 근로자들이 차지하는 비율을 생각할 때 간과할 수 없는 문제이며, 우울 증세가 질환으로까지 발전할 수 있어[14] 단순히 수치가 높지 않다고 해서 우울 수준을 지나쳐서는 안 될 것이다. 따라서 외국인 근로자의 우울을 예방, 전환하기 위해서는 지역사회에서 모국 이주민과 만남의 장을 정기적으로 개최하여 정신건강을 도모하는 것이 필요하다. 그리고 산업장에서는 우울 증상을 경험하는 외국인 근로자를 조사하여 이를 돕는 정신건강 서비스를 지원하고, 이들이 적극적으로 이용할 수 있도록 환경 조성이 필요할 것으로 생각된다. 아울러 본 연구에서 대상자의 국가별로 우울 정도가 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서의 대상자 국적은 필리핀이 59.9%로 가장 많았고, 네팔, 인도네시아 순이었지만 현재 국내에 가장 많이 분포한 외국인 근로자는 한국계 중국이 42.7%로 가장 많았으며, 다음으로 베트남, 중국 순으로 본 연구대상자의 분포도와 차이가 있어[1], 추후 국가별 특성에 따른 외국인 근로자들의 우울 정도를 연구할 필요가 있다.

본 연구대상자의 사회적 지지는 5점 만점에 3.54점으로 나타났다. 이는 같은 도구로 외국인 근로자의 사회적 지지 정도를 조사한 선행연구가 없어 직접 비교는 제한이 있으나 결혼이주 여성을 대상으로 한 Shin과 Shin [29]의 연구에서 나타난 3.2점과 국내 체류 중인 외국인이라는 공통된 특성으로 보았을 때 비슷한 수준이었다. 또한 다른 도구로 외국인 근로자를 대상으로

한 Jung 등[4]의 연구에서 나타난 5점 만점에 3.26점과 Jung과 Park [8]의 연구에서 나타난 3.48점과도 비슷한 수준이었다. Jung 등[4]의 연구대상자들은 가까이 지내는 한국인이 있는 경우가 64.8%가 나타났고, 본 연구대상자들은 현재 77.6%가 직장 동료, 이주민, 가족 등과 함께 거주하고 있었으며, 한국에 거주하는 모국인 친구도 96.1%가 있는 것으로 나타나 비교적 지각한 사회적 지지 정도가 낮지 않은 것으로 알 수 있다. 특히, 본 연구의 대상자 중 자신의 건강상태를 건강하다고 지각하거나 거주기간이 2년 이상인 군에서 사회적 지지가 높게 나타났다. 역으로 자신이 건강하지 못하다고 지각하는 외국인 근로자일 수록, 국내 체류기간이 짧을수록 지각하는 사회적 지지 정도가 낮음을 의미한다. 이러한 결과는 국내 입국한지 얼마 되지 않았거나 건강하지 못하다고 느끼는 외국인 근로자들이, 정작 외로울 때 이야기할 상대가 없어서 정서적 지지를 받지 못하거나 막상 아플 때 병원 정보를 얻을 수가 없는 등 도구적 지지가 충분히 이루어지지 못한 결과이다. 따라서 외국인 근로자들의 건강상태 지각 정도나 거주기간에 따라 정신적, 신체적 건강관련 사회적 지지를 효율적으로 받을 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 특히 외국인 근로자들이 의료기관 방문 시 다양한 어려움을 겪는 것을 고려하여[1,6] 퇴근 후 외국인들이 이용할 수 있는 야간 진료 및 건강 상담 시스템과 같은 건강관련 사회적 지지체계를 구축하여 이들이 건강관리를 용이하게 할 수 있도록 도와야 할 것이다. 또한, 한국에 새로이 정착하는 외국인 근로자들을 중점적으로 근로현장 및 지역사회에서 최신 건강정보 제공과 건강관련 교육 등을 신규 외국인 근로자들의 눈높이 맞춰 다양하게 제공할 필요가 있다.

본 연구에서 대상자의 건강증진행위 점수는 4점 만점에 2.69점으로, 같은 도구로 외국인 근로자를 대상으로 한 Jung과 Park [8]의 연구에서 2.61점으로 나타난 결과와 유사하였다. 또한, 하위영역 중 자아실현의 평균점수가 가장 높게 나타났는데, 이는 국내 외국인 근로자들의 69.0%가 직업에 대해 만족하고 79.2%가 한국 생활에 만족하고 있는 실정으로[1], 그들이 한국 삶에서 자신의 능력과 코리안 드림을 실현하여 개인의 성취, 생산적인 삶과 같은 긍정적인 결과를 획득[18]한 결과로 해석된다. 한편, Jung과 Park [8]의 연구와 본 연구에서 모두 하위영역 중 건강 책임과 스트레스 관리가 다른 영역보다 낮은 수준으로 나타나 외국인 근로자 대상의 건강 및 스트레스 관리 중재의 필요성이 부각되었다. 국내에서 인터넷을 이용하는 외국인은 74.5%로 많은 비율을 차지하고 있으며 주로 뉴스 확인 및 정보검색(57.2%), 카카오톡과 같은 채팅(52.4%)을 주된 용도로 사용하고 있다[1]. 게다가 국내 외국인의 여가 활용 형태가 TV

시청 47.8%, 휴식이 13.8%로 나타나[1], 대다수가 한가한 시간에 건강을 위한 특별한 행위를 하지 않는 것으로 여겨진다. 이런 점을 참작하여 외국인 근로자들을 위한 다양한 언어로 건강관리 정보 제공, 매일 15~20분간 휴식이나 명상시간을 갖도록 알려주거나 취침 전에 노동 및 스트레스로 인한 근육의 긴장을 풀어주는 시간을 갖도록 도와주는 알림 서비스 제공, 정상 체중 유지 등과 같은 건강관리를 도움 주는 사회관계망서비스 채널 개발을 통해 동기부여와 네트워크 지지체계의 형성을 도움 준다면, 본 연구결과에서 낮게 나타난 건강 책임과 스트레스 관리 부분을 보완할 수 있을 것으로 생각된다. 더불어, 본 연구대상자들의 한국어 능력과 의료혜택 유무에 따라 건강증진행위의 정도에 차이가 있는 것으로 나타나, 이들의 건강증진을 위해서는 원활한 의사소통과 의료이용 실태 파악이 고려 사항임을 알 수 있다. 그럼에도 외국인 근로자들은 국내 취약 집단이라는 특성으로 인해 의료서비스 접근성 제약[6], 경제적 부담, 원활하지 못한 언어소통 등으로 인해 건강관리에 어려움을 겪고 있다[1]. 따라서 국내 외국인 근로자들의 작업환경 또는 생활환경에서 언어 및 문화 차이를 고려한 건강관리 서비스가 제공되고 있는지 조사하고 정책적인 보완이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 본 연구대상자의 상당수가 호흡기계 질환(33.8%)에 이환되어 지난 1년간 의료기관을 방문했던 이력이 있었고 외국인 근로자들의 의료기관 방문했던 건강문제가 호흡기계 질환 뿐만 아니라 근골격계 질환 및 산업재해로 인한 신체 손상도 14.0%로 낮은 수준으로 차지하고 있었다. 그러므로 급·만성질환에 대한 관리와 근무환경으로 인한 건강문제 개선 및 증진을 위한 연구가 향후 이루어져야 할 것이다.

대상자의 건강관련 삶의 질 점수는 평균 5점 만점에 3.63점이었다. 최근 10년간 국내에서 외국인 근로자의 건강관련 삶의 질에 대한 선행연구가 없어 비교할 수는 없으나 국외 Wong 등 [12]의 연구에서 5점 만점에 3.80점으로 나타난 결과와 유사하였다. 또한, 본 연구와 같은 도구를 사용하여 한국인 근로자를 대상으로 한 연구에서 국내 정규직과 비정규직 근로자의 삶의 질을 측정된 연구결과[13], 정규직 근로자에서 4.11점으로 나타난 점수보다 낮고, 비정규직 근로자에서 3.49점과 비슷하게 나타나, 국내 비정규직 근로자의 삶의 질 수준과 비슷함을 알 수 있다. 그리고 하위영역에서도 본 연구에서 신체적 건강 영역이 3.56점, 환경 영역이 3.52점으로 가장 낮게 나타났는데 이는, Park과 Kim [13]에서 비정규직 근로자 신체적 건강 영역이 3.59점, 환경 영역이 3.55점과 비슷한 결과이다. 결과적으로, 외국인 근로자의 건강관련 삶의 질 수준이 국내 비정규직 근로자의 건강관련 삶의 질 수준이 유사함을 알 수 있었다. 이러한

결과는, 외국인 근로자 중 39.5%가 임시·일용직 근로자로[1], 안전하지 않은 고용환경으로 인한 압박감과 열등감으로 인해 사회 경제적 지위와 관련된 만족도 저하에서 비롯된 것으로 여겨진다[13]. 이주민의 건강관련 삶의 질은 신체적인 부분은 물론 이거니와, 이러한 심리적, 사회적 측면과 같이 삶의 다양한 측면에서도 고려되어야 한다[11]. Carolan 등[24]의 근로자의 웰빙(well-being) 연구에서, 직장은 근로자들에게 건강 예방 프로그램 제공과 적절한 치료를 받을 수 있는 기회를 제공하는 이상적인 장소 및 환경이라고 설명하였다. 특히, Carolan 등 [24]은 직장의 건강 중재 개입은 근로자의 웰빙을 개선시켜 업무효과를 높일 수 있다는 증거를 제공하였다. 이와 같은 결과는, 산업현장에서 근로자들에게 건강한 근로환경을 제공하게 될 때 신체 및 생활환경 영역에서 삶의 질을 개선시켜, 그로 인해 생산량 증가를 가져올 수 있음을 시사하고 있다. 따라서 추후 국내 경제성장의 원동력인 생산성 활성화 부분을 생각해 볼 때, 비정규직 근로자를 포함한 외국인 근로자의 신체, 심리, 사회적인 취약점을 보완할 수 있는 근로제도 및 정책 지원이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 본 연구의 대상자 중 의료혜택을 경험한 대상자가 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 2018년 이주민 조사결과에 따르면, 지난 1년간 병원에 가지 못한 이유 중 높은 치료비에 대한 부담이 40.8%로 나와 이들의 의료기관 이용 시 의료비 지출에 대한 많은 부담을 느끼고 있음을 알 수 있다[1]. 따라서 외국인 근로자의 더 나은 건강관리와 삶의 질을 높이기 위해서는 외국인 의료비 수가에 대한 평가 및 조정이 필요하며 사전에 질병 발생을 예방할 수 있는 건강증진 프로그램 개발 및 도입이 적극적으로 검토되어야 할 것이다.

본 연구에서 건강증진행위의 매개효과를 확인하기 전 변수들의 상관관계를 파악한 결과, 각 변수 상호 간에 유의한 상관관계가 확인되었다. 우울 및 사회적 지지는 건강관련 삶의 질과 통계유意义的 상관관계로, 우울이 낮을수록 건강관련 삶의 질은 높았고, 사회적 지지가 높을수록 건강관련 삶의 질은 높았다. 또한, 건강증진행위와 건강관련 삶의 질도 유의한 정적 상관관계로, 건강증진행위가 증가할수록 건강관련 삶의 질이 높았다. 이러한 결과는, 국내 생산직 근로자를 대상으로 한 연구들 [2,3,13]에서 우울과 건강관련 삶의 질이 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났고, Hwang 과 Park [2]의 연구결과와 사회적 지지와 건강관련 삶의 질이 정적 상관관계로 나타나 본 연구결과를 지지하였다. 그리고 결혼이주여성 대상의 Chung [21]의 연구결과에서 건강증진행위가 건강관련 삶의 질과 높은 상관관계를 나타내어, 이주민에게 있어 건강증진행위와 삶의 질의 관계가 밀접하다는 사실을 추가로 확인할 수 있었다. 특히, Wong

등[12]의 연구에서 우울은 이주민의 삶의 질 수준을 낮추는 가장 두드러진 요인으로 밝히면서 사회적 지지는 우울한 이주민의 삶의 질을 향상시키는 중요한 요소라고 보고하여 본 연구결과를 지지하였다. 이러한 측면에서, 사회적 지지는 우울한 외국인 근로자들의 건강 및 삶의 질에 중요한 변수임을 예측할 수 있으므로 향후 이들 세 변수 간의 연구가 더 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 외국인 근로자의 건강증진행위가 우울과 건강관련 삶의 질 간에 부분매개역할을 하는 것으로 나타났다. 즉, 타국생활의 어려움으로 인해 우울을 경험하는 외국인 근로자 [4,5]들이 건강증진행위를 효율적으로 시행할 수 없으며 나아가 건강관련 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것을 의미한다 [7,9]. 또한, 우울과 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위가 완전매개가 아닌 부분 매개를 하는 것은 우울이 건강증진행위를 거치지 않고 건강관련 삶의 질에 직접적인 영향을 일부 주고 있음을 알 수 있다. 이는, 외국인 근로자 대상의 건강증진행위 매개효과에 대한 선행연구를 찾아보기는 어려웠으나, 근로자는 아니지만 이주여성의 건강증진행위와 삶의 질은 서로 관련성이 있으며[24], 이주민의 우울이 삶의 질에 영향요인으로 나타난 결과를 일부 지지하고 있다[12]. 우울이 높아지게 되면 수면 장애 경험, 식욕 상실, 일상생활에 무기력감을 느끼게 되어 건강증진을 방해하는 행위를 하게 된다[23]. 이는 곧 신체적 및 생활환경 영역의 건강상태 악화로 연결되어 건강관련 삶의 질이 위협받게 된다[7,9]. 그러나 우울을 경험하는 외국인 근로자들에게 의료정보제공, 적절한 수면, 바람직한 식이, 운동 등과 같은 건강 행동을 [17] 강화하면 더 나은 안녕 상태를 갖도록 도와줄 수 있다[7,9]. 따라서 외국인 근로자의 삶의 질을 보다 향상시키기 위해서는 우울감을 해소하고 건강증진행위를 활성화시킬 수 있는 건강관리 프로그램 개발이 필요하다.

또한, 본 연구에서 외국인 근로자의 건강증진행위가 사회적 지지와 건강관련 삶의 질 간에 부분매개역할을 하는 것으로 나타났다. 이는 비록 외국인 근로자들이 어렵고 힘든 산업현장에 종사하여 신체적, 정신적으로 어려움을 겪고 있다 하더라도, 사회적 지지를 통한 타인과의 상호작용은 그들에게 심리적 안정감을 갖게 하는 것을 의미한다[4]. 또한 사회적 지지와 더불어 스트레스 관리, 대인관계 지지와 같은 건강증진행동을 강화시킴으로써[8], 이들의 삶의 질에 보다 긍정적인 영향을 미치는 것으로 해석된다[9]. 이와 같은 결과는, 선행연구에서 외국인 근로자의 사회적 지지가 건강증진행위에의 영향요인으로 나타난 결과[8]와 이주민의 사회적 지지가 삶의 질의 영향요인으로 나타난 결과[12]를 지지하고 있다. 본 연구결과를 통해 주

목해야 할 점은 외국인 근로자의 사회적 지지와 건강관련 삶의 질 관계에서 건강증진행위가 부분매개 역할을 하므로, 이들의 건강관련 삶의 질 향상을 위해 사회적 지지와 더불어 건강증진행위를 함께 관리하는 중재가 요구된다는 것이다. 그러므로 외국인 근로자들이 쉽게 접근할 수 있는 외국인 지원센터를 활용하여, 스트레스 관리를 위한 운동참여와 건강관련 관심을 공유할 수 있고 같이 건강 행동을 할 수 있는 사회적 지지 대상을 만날 수 있도록 다양한 프로그램을 운영할 필요가 있으며, 이러한 건강 활동 증진 프로그램을 일회적이 아닌 지속적으로 이용할 수 있는 여건 마련과 전략이 필요할 것으로 생각된다.

지금까지 선행연구에서 외국인 근로자의 우울, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위의 매개효과에 대한 선행연구는 없었다. 하지만 여러 이론적 모델들[7,9,10,18]은 본 연구결과와 부분적으로 맥락을 같이하고 있다. 특히 Stuijbergen [7,9]은 건강증진 및 삶의 질 모델을 개발하여, 개인의 장애요인과 자원요인이 건강증진행위를 매개하여 삶의 질에 영향을 미친다고 주장하였다. 본 연구에서도 산업현장 근로자의 건강관련 삶의 질에 주요한 영향을 미치는 장애요인으로서 우울이, 자원요인으로서의 사회적 지지가 건강증진행위를 매개로 하여 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타나 Stuijbergen [7,9]의 건강증진 및 삶의 질 모델을 검증하였다. 또한, 질환자를 대상으로 장애요인 및 자원요인과 삶의 질 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 검증한 선행연구는 몇몇 보고되었다. 하지만 본 연구는 외국인 근로자를 대상으로 우울, 사회적 지지, 건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 검증하였다는 점에서 선행연구와 차별이 있다. 본 연구결과를 통해, 국내 체류 중인 외국인 근로자의 건강증진행위가 건강 장애요인인 우울, 건강 자원요인인 사회적 지지와 건강관련 삶의 질 간에 영향을 미치는 강력한 매개변인임을 확인하였다. 이에, 타국생활로 인해 우울을 경험하거나 사회적 지지가 부족한 외국인 근로자의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해 다양한 건강증진 프로그램 개발의 필요성을 제시하였다는 점에서 본 연구의 간호실무적 의의가 있다고 본다.

본 연구의 제한점은 대상자를 편의 표집으로 조사하였으므로, 다양한 사회 환경에 있는 외국인 근로자를 대상으로 하는 반복연구가 필요할 것으로 본다. 최근 우리 사회에서 외국인 근로자는 산업 분야에 필요한 인력으로써 중요한 위치에 있다. 본 연구결과를 바탕으로 외국인 근로자들의 건강증진행위 프로그램을 개발하고 적용하면 이들의 삶의 질을 향상시킬 뿐만 아니라, 국내 산업 경제발전에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

결론 및 제언

외국인 근로자를 대상으로 우울 및 사회적 지지와 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위의 매개효과를 확인하고자 하였다. 연구결과 외국인 근로자의 우울 및 사회적 지지와 건강관련 삶의 질과의 관계에서 건강증진행위는 각각 부분매개 효과를 보였다.

따라서 국내 산업 경제발전에 이바지하고 있는 외국인 근로자들의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해서는 건강증진행위 증진에 초점을 두고, 우울 감소 및 사회적 지지 증진을 도모하는 효과적인 전략이 필요하다.

이상의 연구결과를 바탕으로 다음의 후속연구를 제안하고자 한다. 첫째, 외국인 근로자의 우울, 사회적 지지, 건강증진행위 및 건강관련 삶의 질 정도를 확인한 연구가 부족하므로, 반복연구를 시행할 것을 제안한다. 둘째, 대상자의 국가별로 우울 정도가 유의하게 차이가 있는 것으로 나타나, 대상자의 국가별 특성 또한 간과할 수 없는 부분이므로 이에 대한 반복연구가 필요하다. 셋째, 외국인 근로자의 건강증진행위에 도움을 주는 사회관계망서비스 채널 및 네트워크 지지체계 개발의 활성화를 기대한다. 넷째, 외국인 근로자들의 급·만성질환에 대한 관리와 근무환경으로 인한 건강문제 개선 및 증진을 위한 연구가 향후 이루어져야 할 것이다. 다섯째, 외국인 근로자의 우울 증상 개선을 위한 신체적 및 심리적 건강 프로그램 개발하고 적용하여 그 효과를 규명하는 연구를 제안한다. 마지막으로, 외국인 근로자의 우울 및 사회적 지지와 건강관련 삶의 질의 관계에서 건강증진행위가 부분매개 효과가 있는 것으로 나타나, 본 연구에서 제시한 변수 외에 건강관련 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 다른 변수를 탐색하는 연구가 필요하다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Immigrant status and employment survey results by 2018 [Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2018 [cited 2018 December 19]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/3/1/index.board?bmode=read&aSeq=372125
2. Hwang WJ, Park YH. Factors affecting health-related quality of life on Korean blue-collar workers. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2015;24(2):94-102. <https://doi.org/10.5807/kjohn.2015.24.2.94>
3. Park YH, Chae DH, Kim SH. The effects of overtime work on health-related quality of life of Korean blue-collar workers. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2017;8(12):199-208. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.12.199>
4. Jung SY, Oh YR, Bae YJ. A study on social networks, daily difficulties, and social support systems and their influence on the mental health of foreign workers. *Korean Journal of Social Welfare Research*. 2013;34:1-35.
5. Jeon HJ, Lee GE. Acculturative stress and depression of Vietnamese immigrant workers in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015;16(4):380-389. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2015.26.4.380>
6. Won YH, Choi SH. A study on the effects of medical service supports on adaptation of foreign workers into Korean society. *Journal of Community Welfare*. 2011;38:29-50.
7. Stuifbergen AK, Seraphine A, Harrison T, Adachi E. An explanatory model of health promotion and quality of life for persons with post-polio syndrome. *Social Science & Medicine*. 2005;60(2):383-393. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.009>
8. Jung JK, Park YH. Acculturation, social support, and health promoting lifestyle behavior among foreign workers in South Korea. *Korean Journal of Social Welfare Research*. 2012;32:29-52.
9. Stuifbergen AK. Health-promoting behaviors and quality of life among individuals with multiple sclerosis. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1995;9(1):31-50.
10. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health - Related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(4):336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
11. Buchcik J, Westenhoefer J, Martin CR. Assessment measures of health-related quality of life(HRQoL) of migrants: A systematic review. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. 2013;9(4):170-188. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-09-2013-0033>
12. Wong WK, Chou KL, Chow NW. Correlates of quality of life in new migrants to Hong Kong from mainland China. *Social Indicators Research*. 2012;107(2):373-391. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9853-2>
13. Park EH, Kim HS. A study on the factors affecting on worker's quality of life. *Journal of Digital Convergence*. 2017;15(11):581-589. <https://doi.org/10.14400/JDC.2017.15.11.581>
14. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Hoeber Medical Division, Harper & Row. 1967.
15. Shin Y. Life stress, distress symptoms, and social supports among Korean immigrants who own small retail businesses [dissertation]. [Baltimore]: Maryland University; 1992. 167 p.
16. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
17. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics.

- Nursing Research. 1987;36(2):76-81.
18. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2014.
 19. Park KH. Relations between health promoting lifestyle and health conception, self efficacy, hardiness [master's thesis]. [Seoul]: Ewha Womans University; 1995. 78 p.
 20. Min SK, Lee CI, Kim KI, Suh SY, Kim DK. Development of Korean version of WHO quality of life scale abbreviated version (WHOQOL-BREF). Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2000;39(3):571-579.
 21. Chung MS. Cultural competence, health promotion behavior, and quality of life in married immigrant women in Korea. Journal of Korean Academic Society of Nursing Education. 2015;21(1):36-45. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2015.21.1.36>
 22. Kim JH, Park SJ, Lee J. Effects of intervention for health promotion of foreign workers: A systematic review. Journal of the Korea Convergence Society. 2018;9(9):407-420. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.9.407>
 23. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
 24. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving employee well-being and effectiveness: Systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. Journal of Medical Internet Research. 2017;19(7):e271. <https://doi.org/10.2196/jmir.7583>
 25. Lu CH, Luo ZC, Wang JJ, Zhong JH, Wang PX. Health-related quality of life and health service utilization in Chinese rural-to-urban migrant workers. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015;(12)2:2205-2214. <https://doi.org/10.3390/ijerph120202205>
 26. Chon KK, Rhee MK. Preliminary development of Korean version of CES-D. Korean Journal of Clinical Psychology. 1992;11(1):65-76.
 27. WHOQOL group. Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 1993;2(2):153-159. <https://doi.org/10.1007/bf00435734>
 28. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;51(6):1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
 29. Shin HH, Shin YH. Life stress, social support, and antepartum depression among married immigrant women from Southeast Asia. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2015;26(2):108-118. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2015.26.2.108>