

# 일 지역 주민의 우울, 자아존중감 및 삶의 질

민소영

세명대학교 간호학과 전임강사

## Depression, Self-esteem, and Quality of Life in a Community Population

Min, So-Young

Full-time Lecturer, Department of Nursing, Semyung University

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the relationship between depression, self-esteem and quality of life in a community population. **Methods:** The subjects were given questionnaires which included general characteristics, measures of depression, self-esteem, and quality of life. Data were analyzed by the SPSS/WIN 12.0 program. **Results:** The mean score of depression was 81.47 (range 40~150). Gender, age, education, marital status, subjective economic status, subjective health status and disease were significantly associated with depression. The mean score of self-esteem was 30.42 (range 16~39). Education, marital status, subjective economic status, subjective health status and disease were significantly associated with self-esteem. The mean score of quality of life was 156.29 (range 81~229). Age, education, marital status, subjective economic status, subjective health status and disease were significantly associated with quality of life. 28.9% of the subjects had experiences with depression symptoms. There were significant correlations among depression, self-esteem and quality of life. **Conclusion:** Findings indicate a need for a nursing intervention to decrease levels of depression in the depression group. In addition, it is necessary to develop a mental health promotion program in order to enhance self-esteem and quality of life in a community population.

**Key Words :** Depression, Self-esteem, Quality of life, Population

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 보고된 우리나라의 2006년 현재 정신질환 실태 역학조사에 의하면, 정신질환의 1년 유병률이 18세 이상 64세 이하 인구의 12.9%로 매년 약 412만 명이 정신질환에 이환되는 것으로 나타났다(Ministry of Health & Welfare,

2009). 이러한 정신질환의 진단 및 치료를 위하여 소요된 2003년의 사회적 비용은 약 3조 8,298억 원으로 GDP (Gross Domestic Product)의 약 0.5%였고 우리나라 주요 사망원인 중 암 다음 규모로, 의료기관을 방문하지 않는 정신질환자, 무형비용 및 외부비용, 입원 및 외래방문 이후의 생산성 손실, 범죄자 및 범죄희생자의 생산성 손실 등이 고려되지 못하였음에도 불구하고 상당한 사회적 부담을 초래하고 있다(Kim, 2006).

**주요어:** 우울, 자아존중감, 삶의 질, 주민

**Address reprint requests to:** Min, So-Young, Department of Nursing, Semyung University, 117 Semyung-ro, Jecheon 390-711, Korea.  
Tel: 82-43-649-1355, Fax: 82-43-649-1785, E-mail: symin2@semyung.ac.kr

- 이 논문은 2008년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(KRF-2008-331-E00418).  
- This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (KRF-2008-331-E00418)

투고일 2010년 1월 23일 / 수정일 1차: 2010년 2월 12일, 2차: 2010년 3월 4일 / 게재확정일 2010년 3월 5일

이렇게 정신질환에 따른 많은 사회경제적 부담으로, 우리나라는 1995년 정신보건법을 제정하여 2009년 현재 183개의 정신보건센터가 전국의 각 지역사회에 설치되어 지역사회 내 정신질환 예방 및 정신질환자 발견, 상담 및 사회복귀훈련과 사례관리 등을 주요 업무로 정신보건사업을 진행 중에 있다(Ministry of Health & Welfare, 2009). 정신보건법 제정 후 초기부터 정신보건사업을 추진해온 서울, 경기 및 일부 광역시에 위치한 지역은 현재 정신장애인을 위한 서비스를 포함해 지역주민의 정신건강증진을 위해 다양하고 활발한 정신건강관련 서비스를 제공하고 있으나, 이들 지역을 제외한 일부 중소도시 지역은 최근에야 정신보건센터가 설치되어 정신재활을 비롯한 제한된 부분에 그 역할이 치중되어 있는 실정이다.

예방은 일반적으로 1차, 2차, 3차 예방으로 분류되는데, 1차 예방은 주로 질환의 발생을 감소시키고, 2차 예방은 조기발견과 치료를 통하여 질환 발생을 감소시키는 것이며, 3차 예방은 질환과 관련된 장애를 감소시키고 재발을 증진시키는 것을 포함한다(Stuart & Laraia, 2005). 이 기준으로 볼 때 현재 우리나라 중소도시의 정신보건센터에서 수행되고 있는 서비스들은 주로 3차 예방에 치우쳐 있어 상대적으로 1, 2차 예방과 관련된 정신건강서비스가 부족한 편이다. 이에 지역주민 모두를 대상으로 정신건강에 대한 인식을 높이는 정신건강증진 및 예방의 중요성을 알리고, 그동안 정신장애인에 치중하여 실시하던 지역사회 정신건강서비스를 일반 지역주민에게 확대함으로써 정신질환으로 이환되기 전에 예방하는 서비스가 제공되어야 함을 제기하고 있다(Yoon, 2008).

지역사회 정신건강사업을 실시하기 위해서는 지역주민의 정신건강 수준에 대한 파악이 우선적으로 수행되어야 하는데, 그동안 우울이나 삶의 질 등을 포함한 정신건강수준을 확인하기 위해 수행된 연구들은 주로 중년여성이나 노인 그리고 질환을 가진 특정 대상자에 치우쳐 있어 전반적인 지역주민의 정신건강 특성을 파악하기에는 어려움이 있다. 또한 지역주민의 정신건강수준은 해당지역의 다양한 사회경제적 여건 등을 포함한 지역사회 특성이 영향을 주므로(Rho & Kwak, 2003) 일개 지역주민이나 농촌 그리고 저 소득층을 대상으로 한 연구결과를(Cho et al., 1999; Kim, 2004; Kim, 2009; Lee, Kim, Lee, & Lee, 1999; Rho & Kwak, 2003; Shin & Kim, 2005) 어떤 특정 지역주민의 정신건강실태에 적용하여 이해하기에는 한계가 있다.

정신건강을 측정하는 방법은 연구자마다 다양하나 본 연구에서는 우울을 지표로 사용하고자 한다. 우울증은 지역사회와 임상에서 볼 수 있는 가장 흔한 정신질환의 하나로(Cho et al., 1999), 지역사회의 1차 의료진을 찾는 환자 5명 중 1명에서 주요 우울증상을 보이거나 실제 우울증으로 병원을 방문하는 환자는 100명 중 1명 정도일 만큼 일부 사람들은 생애 어느 시기에 우울증상을 경험하면서도(Stuart & Laraia, 2005) 이러한 우울경험을 자연스러운 현상으로 받아들여(Sakamoto, Tanaka, Neichi, Sato, & Ono, 2006) 더 심각한 상태로의 진행을 방치하고 있으므로 예방적인 측면에서 매우 중요하다. 우울과 관련 있는 중요한 변인중 하나는 자아존중감으로(Kim & Lee, 2007; Lee et al., 1999; Park, 2002; Park & Son, 2009), 자아존중감이 높은 사람은 자기 자신의 모든 생활을 영위함과 동시에 진취적이고 활력 있는 삶을 전개하는 반면 낮은 자아존중감을 가진 사람은 무가치하고 무능하다고 생각하여 열등감에 빠져 불안한 심리상태와 소극적인 생활태도를 갖게 되므로(Battle, 1978), 자아존중감은 정신건강과 밀접한 관련이 있다(Lee et al., 1999). 또한 삶의 질은 우울과 유의한 상관관계가 있음이 선행연구(Lee, 2002; Lee, Kim, & Oh, 2003; Park & Son, 2009; Park, Kim, & Cho, 2003; Shin & Yang, 2003)에서 확인된 바 있다.

이상에 근거하여, 본 연구는 인구 14만 정도의 중소도시 A시 지역주민의 우울과 자아존중감 및 삶의 질을 파악함으로써 지역주민을 위한 정신건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 A시에 거주하는 지역주민의 우울과 자아존중감, 그리고 삶의 질을 조사함으로써 향후 A시 지역주민의 정신건강증진을 위한 기초자료를 제공하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다

- 지역주민의 우울, 자아존중감 및 삶의 질 정도를 알아본다.
- 지역주민의 일반적 특성에 따른 우울, 자아존중감 및 삶의 질의 차이를 확인한다.
- 지역주민의 우울, 자아존중감 및 삶의 질의 상관관계를 알아본다.
- 우울점수를 기준으로 정상군과 우울군으로 확인된 집단의 특성을 분석한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 일개 중소도시 지역에 거주하는 지역주민의 우울, 자아존중감, 삶의 질 정도를 확인하고 관련 특성을 파악하기 위해 실시된 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 지역사회에 거주하며 동사무소에 내소한 20~65세의 남녀 지역주민 중 글을 읽을 수 있으며 연구의 목적을 듣고 설문조사 동의서를 작성한 자를 임의 선정하였으며, 설문조사에 참여한 대상자에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

자료수집기간은 2008년 8월 18일부터 22일까지로, 연구보조원 9명은 연구의 목적, 대상자 선정 기준, 대상자 응대하는 방법, 자료수집 진행방법 등에 대한 내용과 역할시범 등의 사전교육을 받은 후 A시에 위치한 동사무소 9곳에 각 각 1인씩 5일간 배치되어 자료를 수집하였다. 이러한 과정을 거쳐 502명의 지역주민이 설문조사에 참여했으며 이 중 미비하게 응답한 자료 38부를 제외하고, 나머지 464명의 자료를 최종 통계자료로 사용하여 탈락률은 7.6%였다. 본 연구의 대상자수는 t-test로 가정했을 때 유의수준 .05, 효과크기 .40, 검정력 .80로 하였을 때 한 집단의 표본수가 98명으로 최소 196명의 대상자가 필요하므로 (Cohen, 1987), 본 연구의 대상자 수는 적정한 것으로 확인되었다.

### 3. 연구도구

#### 1) 우울

우울은 정상적인 기분변화로부터 병적인 기분상태의 연속선상에서 근심, 침울감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 상태로 (Battle, 1978), 본 연구에서는 Lee, Bae, Yoon과 An (2003)이 한국인의 사회문화적 특성을 반영하여 개발한 40문항의 도구를 사용하였다. 이 도구는 Likert 형식의 4점 척도로 각 문항의 점수를 합하여 총점이 높을수록 우울수준이 높다는 것을 의미하는데, 최저 40점에서 최고 160점까지의 점수범위를 나타낸다. 총점 70점 이하는 평균보다 기분이 좋은 편, 71~89점은 평균 범위, 90~99점은

약간 우울한 편, 100점 이상은 매우 우울한 편으로 해석된다. 본 연구에서는 90점을 기준으로 90점 미만은 정상군, 90점 이상은 우울군으로 분류하였다. 이 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었고, 본 연구에서는 .97이었다.

#### 2) 자아존중감

Rosenberg (1965)가 개발한 10문항의 도구를 Jeon (1974)이 번안한 것을 사용하였다. 이 도구는 자아존중감과 자아승인 양상을 측정하기 위해 고안된 것으로 긍정적인 문항 5개, 부정적인 문항 5개로 구성되어 있으며, Likert 형식의 4점 척도로 각 문항의 점수를 합한 총점이 높을수록 자아존중감이 높음을 의미하며 최저 10점에서 최고 40점까지의 점수범위를 나타낸다. 이 도구의 신뢰도는 Jeon (1974)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .85$ 이었고, 본 연구에서는 .74이었다.

#### 3) 삶의 질

Noh (1988)가 성인의 삶의 질을 평가하기 위해 개발한 도구를 사용하였다. 총 47문항으로 구성되었으며 정신상태 9문항, 경제생활 11문항, 자아존중감 8문항, 신체상태와 기능 9문항, 이웃관계 4문항, 가족관계 6문항 등의 하부요인으로 구성되었다. 본 도구는 Likert 형식의 5점 척도로 최저 47점에서 235점까지의 점수범위로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 이 도구의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .94$ 이었고, 본 연구에서는 .95이었다.

### 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 12.0 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율로 파악했으며 우울, 자아존중감, 삶의 질 정도는 평균과 표준편차로 구하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 자아존중감, 삶의 질과의 차이는 t-test 또는 ANOVA를 실시하였고 사후 검정은 Scheffe의 다중비교방법을 사용하였다. 우울점수에서 90점을 기준으로 정상군과 우울군으로 확인된 각 군의 특성을 파악하기 위해  $\chi^2$  test를, 우울과 자아존중감, 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하여 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 성별은 여성 283명(61.0%), 남성 181명(39.0%)이었으며, 연령은 40~49세가 182명(39.2%), 50~59세가 103명(22.2%), 30~39세가 92명(19.8%)으로 대상자의 81.2%가 30~59세인 것으로 나타났다. 종교는 있는 경우가 279명(60.1%), 없는 경우가 185명(39.9%)이었으며, 교육정도는 고졸이 205

명(44.2%), 대졸 이상 학력이 189명(40.7%)으로 나타났다. 결혼 상태는 결혼 356명(76.7%), 미혼 84명(18.1%), 기타 24명(5.2%) 순이었으며, 가족구성원은 357명(76.9%)이 3명 이상이라고 응답하였다. 직업은 있음이 302명(65.1%), 없음이 162명(34.9%)이었으며, 주관적인 경제 상태는 보통 357명(76.9%), 어려움 60명(12.9%), 넉넉함 47명(10.1%) 순으로 응답하였다. 주관적 건강상태는 보통 259명(55.8%), 좋음 142명(30.6%), 좋지 않음 63명(13.6%) 순이었고, 질환은 없음 388명(83.6%), 있음 76명(16.4%)으로 나타났다.

Table 1. Difference of Depression, Self-esteem and Quality of Life according to General Characteristics

(N=464)

Characteristics	Categories	n (%)	Depression		Self-esteem		Quality of life	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender	Male	181 (39.0)	78.81±19.37	-2.46	30.72±4.26	1.18	158.45±26.02	1.52
	Female	283 (61.0)	83.17±18.10	(.014)	30.23±4.34	(.238)	154.90±21.87	(.128)
Age (year) <sup>†</sup>	20~29 <sup>a</sup>	69 (14.9)	76.10±17.58	2.64	31.19±4.30	1.80	161.74±21.68	2.43
	30~39	92 (19.8)	80.95±19.38	(.033)	30.01±4.11	(.127)	154.01±25.25	(.047)
	40~49	182 (39.2)	82.01±18.00	a<b	30.59±4.18		156.93±22.94	
	50~59 <sup>b</sup>	103 (22.2)	85.15±19.70		29.77±4.54		152.20±23.73	
	60~65	18 (3.9)	78.17±17.11		31.67±4.97		163.83±24.41	
Religion	Yes	279 (60.1)	81.45±18.76	-0.02	30.73±4.42	1.90	157.23±23.91	1.06
	None	185 (39.9)	81.49±18.68	(.984)	29.96±4.11	(.058)	154.86±23.15	(.291)
Education <sup>†</sup>	≤ Elementary school <sup>a</sup>	14 (3.0)	95.07±20.82	7.55	29.43±5.09	5.24	143.57±25.48	6.19
	Middle school <sup>b</sup>	56 (12.1)	88.23±14.41	(<.001)	29.52±4.34	(.001)	150.70±19.70	(<.001)
	High school <sup>c</sup>	205 (44.2)	81.97±19.12	a, b>d	29.88±4.23	b, c<d	153.98±22.39	b, c<d
	≥ College <sup>d</sup>	189 (40.7)	77.90±18.28		31.35±4.19		161.39±24.85	
Marital status <sup>†</sup>	Unmarried <sup>a</sup>	84 (18.1)	78.58±17.72	6.75	30.15±4.62	1.47	158.02±23.42	3.81
	Married <sup>b</sup>	356 (76.7)	81.29±18.28	(.001)	30.57±4.21	(.231)	156.73±23.28	(.023)
	Others <sup>c</sup>	24 (5.2)	94.21±23.57	a, b<c	29.13±4.66		143.58±26.41	a, b>c
Number of family	1	32 (6.9)	82.81±22.93	1.18	28.84±4.42	2.41	152.59±23.41	0.42
	2	75 (16.2)	84.27±20.96	(.308)	30.74±4.77	(.091)	156.79±27.52	(.655)
	≥3	357 (76.9)	80.76±17.77		30.50±4.18		156.51±22.77	
Job	Yes	302 (65.1)	80.60±19.93	-1.44	30.69±4.19	1.80	156.18±24.81	-0.13
	None	162 (34.9)	83.07±16.12	(.150)	29.93±4.50	(.073)	156.49±21.27	(.893)
Subjective economic status <sup>†</sup>	High <sup>a</sup>	47 (10.1)	74.91±19.52	12.86	32.32±4.43	7.30	175.43±26.11	36.31
	Middle <sup>b</sup>	357 (76.9)	80.61±17.37	(<.001)	30.38±4.07	(.001)	156.67±20.82	(<.001)
	Low <sup>c</sup>	60 (12.9)	91.70±21.97	a, b<c	29.17±5.11	a>b, c	139.03±25.14	a>b>c
Subjective health status <sup>†</sup>	Good <sup>a</sup>	142 (30.6)	70.10±17.82	68.66	31.73±4.24	16.08	171.37±20.92	78.10
	Moderate <sup>b</sup>	259 (55.8)	83.63±15.29	(<.001)	30.24±4.07	(.001)	153.40±20.26	(<.001)
	Poor <sup>c</sup>	63 (13.6)	98.20±17.84	a<b<c	28.21±4.46	a>b>c	134.16±20.15	a>b>c
Disease	None	388 (83.6)	79.67±17.81	-4.79	30.60±4.24	2.02	158.38±22.97	4.40
	Yes	76 (16.4)	90.64±20.54	(<.001)	29.51±4.59	(.044)	145.61±24.12	(<.001)

<sup>†</sup> Scheffe's test.

## 2. 대상자의 우울, 자아존중감 및 삶의 질 정도

대상자의 우울, 자아존중감, 삶의 질 정도를 측정한 결과는 Table 2와 같다. 대상자의 우울 정도는 최소 40점에서 최고 150점의 범위로 평균 81.47점이었으며, 자아존중감은 최소 16점에서 최고 39점의 범위로 평균 30.42점이었었다. 삶의 질은 최소 81점에서 최고 229점의 범위로 평균 156.29점으로 나타났다.

**Table 2.** Level of Self-esteem, Quality of Life and Depression (N=464)

Variables	M±SD	Min	Max	Range
Depression	81.47±18.71	40	150	40~160
Self-esteem	30.42±4.31	16	39	10~40
Quality of life	156.29±23.61	81	229	47~235

## 3. 대상자의 일반적 특성 따른 우울, 자아존중감 및 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 자아존중감, 삶의 질과의 차이는 Table 1과 같다. 우울은 성별( $t=-2.46, p=.014$ ), 연령( $F=2.64, p=.033$ ), 교육수준( $F=7.55, p<.001$ ), 결혼상태( $F=6.75, p=.001$ ), 주관적 경제상태( $F=12.86, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=68.66, p<.001$ ), 질병유무( $t=-4.79, p<.001$ )에서 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 여성이 남성보다 더 우울했으며, 질병이 있는 집단이 없는 집단보다 우울 정도가 더 높게 나타났다. 사후 검정 결과 20대 보다 50대가 우울정도가 더 높았으며, 중졸집단과 초등 이하 집단이 대졸 이상 집단보다 우울 정도가 더 높았고, 미혼집단과 결혼집단보다 이혼이나 사별 등으로 구성된 기타 집단이 우울정도가 더 높았다. 주관적 경제상태가 넉넉한 집단과 보통인 집단보다 어려운 집단이 우울정도가 더 높았고, 주관적 건강상태가 좋은 집단과 보통인 집단보다 좋지 않은 집단이 우울정도가 더 높았다.

자아존중감은 교육수준( $F=5.24, p=.001$ ), 주관적 경제상태( $F=7.30, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=16.08, p=.001$ ), 질병유무( $t=2.02, p=.044$ )에서 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 질병이 없는 집단이 질병이 있는 집단보다 자아존중감이 높게 나타났다. 사후 검정결과, 대졸 이상 집단이 중졸집단과 고졸집단 보다 자아존중감이 더 높았으며, 주관적 경제상태가 넉넉한 집단이 보통인 집단과 어려운 집단보다 자아존중감이 더 높았고, 주관적

건강상태가 좋은 집단은 보통인 집단과 좋지 않은 집단 보다 자아존중감이 더 높았다.

삶의 질은 연령( $F=2.43, p=.047$ ), 교육수준( $F=6.19, p<.001$ ), 결혼상태( $F=3.81, p=.023$ ), 주관적 경제상태( $F=36.31, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $F=78.10, p<.001$ ), 질병유무( $t=4.40, p<.001$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 질병이 없는 집단이 질병이 있는 집단보다 삶의 질이 높게 나타났다. 사후 검정결과, 대졸 이상 집단이 중졸집단과 고졸집단보다 삶의 질이 더 높았고, 미혼집단과 결혼집단이 이혼이나 사별 등으로 구성된 기타 집단보다 삶의 질이 더 높았다. 또한 주관적 경제상태가 넉넉한 집단이 보통인 집단과 어려운 집단보다 삶의 질이 더 높았고, 주관적 건강상태가 좋은 집단이 보통인 집단과 좋지 않은 집단보다 삶의 질이 더 높았다.

## 4. 우울, 자아존중감 및 삶의 질의 상관관계

대상자의 우울, 자아존중감, 삶의 질 간의 상관관계를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 우울은 자아존중감( $r=-.51, p<.001$ ), 삶의 질( $r=-.73, p<.001$ )과 각각 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 자아존중감과 삶의 질 간에는 양의 상관관계( $r=.59, p<.001$ )가 있는 것으로 나타났다.

**Table 3.** Correlation among Depression, Self-esteem and Quality of Life (N=464)

Variables	Depression	Self-esteem	Quality of life
	r (p)	r (p)	r (p)
Depression	1		
Self-esteem	-.51 ( $<.001$ )	1	
Quality of life	-.73 ( $<.001$ )	.59 ( $<.001$ )	1

## 5. 우울수준에 따른 대상자 분포

우울수준에 따른 대상자의 분포는 Table 4와 같다. 평균수준의 기분이 47.6%로 가장 많았고 평균보다 좋은 기분이 23.5%로 나타나 정상 수준의 기분을 나타낸 대상자는 71.1%였다. 기분이 약간 우울한 수준은 16.2%, 매우 우울한 수준은 12.7%로 나타나 우울군으로 확인된 대상자는 28.9%였다.



## 6. 정상군과 우울군의 특성 비교

본 연구에서 90점을 기준으로 평균과 평균보다 좋은 기분을 나타낸 집단을 정상군으로 약간 우울과 매우 우울수

**Table 4.** Frequency and Percentage by Depression Level (N=464)

Depression level	n (%)
Good	109 (23.5)
General	221 (47.6)
Mild depression	75 (16.2)
Severe depression	59 (12.7)
Total	464 (100.0)

준을 나타낸 집단을 우울군으로 분류하여 특성을 비교한 결과는 Table 5와 같다. 정상군과 우울군은 교육수준( $\chi^2=9.70, p=.021$ ), 주관적인 경제상태( $\chi^2=16.92, p<.001$ ), 주관적인 건강상태( $\chi^2=84.48, p<.001$ ), 질병유무( $\chi^2=27.81, p<.001$ )에서 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

성별에서 여성 집단의 우울군이 30.7%로 많았고, 연령에서는 30대에서 50대가 각각 30.0% 전후 수준으로 나타나 20대와 60대보다 우울군이 많게 나타났다. 종교가 있는 집단과 없는 집단의 우울군 분포는 각각 28.7%와 29.2%로 유사하였고, 교육수준에서는 초등 이하 집단에서 우울군이 50.0%로 많았으며, 결혼상태에서는 이혼이나 사별 등으로 구성된 기타 집단이 50.0%로 우울군이 많

**Table 5.** Characteristics between Normal and Depression Groups

(N=464)

Characteristics	Categories (n)	Normal (n=330)	Depression (n=134)	$\chi^2$ or t	p
		n (%) or M $\pm$ SD	n (%) or M $\pm$ SD		
Gender	Male (181)	134 (74.0)	47 (26.0)	1.23	.268
	Female (283)	196 (69.3)	87 (30.7)		
Age (year)	20~29 (69)	54 (78.3)	15 (21.7)	2.71	.608
	30~39 (92)	63 (68.5)	29 (31.5)		
	40~49 (182)	128 (70.3)	54 (29.7)		
	50~59 (103)	71 (68.9)	32 (31.1)		
	60~65 (18)	14 (77.8)	4 (22.2)		
Religion	Yes (279)	199 (71.3)	80 (28.7)	0.01	.905
	None (185)	131 (70.8)	54 (29.2)		
Education	$\leq$ Elementary (14)	7 (50.0)	7 (50.0)	9.70	.021
	Middle school (56)	35 (62.5)	21 (37.5)		
	High school (205)	141 (68.8)	64 (31.2)		
	$\geq$ College (189)	147 (77.8)	42 (22.2)		
Marital status	Unmarried (84)	63 (75.0)	21 (25.0)	5.87	.053
	Married (356)	255 (71.6)	101 (28.4)		
	Others (24)	12 (50.0)	12 (50.0)		
Number of family	1 (32)	22 (68.8)	10 (31.2)	1.04	.594
	2 (75)	50 (66.7)	25 (33.3)		
	$\geq 3$ (357)	258 (72.3)	99 (27.7)		
Job	Yes (302)	214 (70.9)	88 (29.1)	0.03	.866
	None (162)	116 (71.6)	46 (28.4)		
Subjective economic status	High (47)	42 (89.4)	5 (10.6)	16.92	<.001
	Middle (357)	256 (71.7)	101 (28.3)		
	Low (60)	32 (53.3)	28 (46.7)		
Subjective health status	Good (142)	130 (91.5)	12 (8.5)	84.48	<.001
	Moderate (259)	182 (70.3)	77 (29.7)		
	Poor (63)	18 (28.6)	45 (71.4)		
Disease	None (388)	295 (76.0)	93 (24.0)	27.81	<.001
	Yes (76)	35 (46.1)	41 (53.9)		
Self-esteem		31.56 $\pm$ 3.84	27.63 $\pm$ 4.14	9.76	<.001
Quality of life		165.20 $\pm$ 19.41	134.33 $\pm$ 18.04	15.84	<.001

게 나타났다. 가족구성원이 2인인 집단이 우울군이 33.3%로 많았고, 직업이 있는 집단과 없는 집단이 각각 70.9%와 71.6%로 비슷하게 나타났다. 주관적인 경제상태가 낮은 집단에서 우울군이 46.7%로 높게 나타났고, 주관적인 건강상태가 좋지 않은 집단에서 우울군이 71.4%로 높게 나타났으며, 질병이 있는 집단에서 우울군이 53.9%로 많게 나타났다. 또한 자아존중감( $t=9.76, p<.001$ ), 삶의 질( $t=15.84, p<.001$ )에서 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

## 논 의

한 지역에서의 정신보건사업은 해당 지역사회에 대한 정확한 현황 조사를 토대로 진행되어야 한다. 본 연구는 A시에 거주하는 지역주민의 우울과 자아존중감, 삶의 질 정도를 조사함으로써 지역주민의 정신건강 실태를 파악하기 위한 목적으로 시도되었다. 본 장에서는 연구결과를 토대로 A시 지역주민의 정신건강 현황과 향후 관련된 정신건강서비스 제공에 초점을 두어 논하고자 한다.

본 연구에서 지역주민의 우울점수는 정상으로 볼 수 있는 평균수준인 81.47점으로서, 같은 도구를 사용하여 전국적으로 대도시와 농촌 지역에 거주하고 있는 일반 남녀 성인 1,717명을 대상으로 조사한 Bae와 Son (2004)의 우울점수가 80.13점인 것과 비교할 때, 타 지역과 비슷한 수준으로 해석된다. 자아존중감은 평균 30.42점으로서, 중간보다 약간 높게 나타나 중년기 남녀 성인을 대상으로 한 Kim과 Lee (2007)의 29.08점과 비슷한 수준을 나타내었다. 삶의 질은 평균 156.29점으로서, 중년 여성을 대상으로 한 Koo (2008)의 153.22점, Park 등 (2003)의 144.30점보다는 높게, 중년 남성을 대상으로 한 Lee (2002)의 160.67점보다는 낮게 나타나 본 연구에서 남녀 대상자 모두를 포함한 것을 감안할 때 예상되는 점수로 지역주민의 삶의 질 수준은 보통 이상인 것으로 볼 수 있다.

지역주민의 일반적 특성에 따른 우울정도는 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 질병유무 등에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 중년기 성인을 대상으로 한 Kim과 Lee (2007)의 연구에서 성별, 교육수준, 경제상태 등과 차이를 보인 것과 일개 도시지역 주민을 대상으로 한 Shin과 Kim (2005)의 연구에서 성별, 결혼상태, 가족총수입 등에서 차이를 보인 것, 그리고 Bae와 Son (2004)의 연구에서 결혼상태, 가족 총수입, 질병여부 등에서 차이를 보인 것 등의 결과

를 지지하고 있다. 이러한 특성들은 많은 선행연구에서 비교적 일관되게 우울과 관련 있는 유의한 특성으로 나타나 기초조사가 진행되지 않은 지역사회에서 정신건강 프로그램 제공을 위한 대상자 선정 시 하나의 지표로 사용가능함을 시사해 준다고 볼 수 있다.

지역주민의 일반적 특성에 따른 자아존중감은 교육정도, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 질병유무 등에 따라 통계적으로 유의한 차이가 보였는데 이는 40~64세 성인 남녀를 대상으로 한 Kim과 Lee (2007)의 연구에서 경제 상태와 질병 유무에서 차이를 보이지 않은 것과는 다른 결과이다. 이러한 차이는 본 연구에서는 20~40대가 35% 정도 포함되어 상대적으로 경제와 질병에 대한 부담이 적은 것에서 기인한 것으로 해석된다. 지역주민의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 연령, 교육수준, 결혼상태, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 질병유무 등에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 남녀성인 모두를 대상으로 조사한 연구가 없어 직접 비교가 어렵지만, 중년여성(40~64세) 149명을 대상으로 한 Park 등(2003)의 연구에서 가족총수입, 수입만족도, 주관적 건강상태에서 유의한 차이를 보였으나 연령, 교육정도, 배우자유무에서 유의한 차이가 없어 본 연구와 일부 특성에서만 일치하였다. 그러나 중년남성(35~55세) 208명을 대상으로 연구한 Lee (2002)의 연구에서는 교육정도, 결혼상태, 종교, 자녀의 수, 경제상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구와 비슷한 결과를 보였다.

이상에서 본 바와 같이 본 연구에서 우울, 자아존중감, 삶의 질 등의 3가지 변수에 공통적으로 유의한 차이를 보인 특성은 교육정도, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 그리고 질병유무 등으로 나타나 향후에는 교육수준이 낮고 경제 상태에 만족하지 못하며 건강상태가 좋지 못하다고 생각하는 지역주민과 질병이 있는 지역주민에게 우선적으로 관심을 두어 심각한 정신건강문제로의 진행을 방지할 수 있는 정신건강 프로그램을 개발할 필요가 있겠다. Wright, Harmon, Bowman과 Carr (2005)는 지역주민의 정신건강서비스를 위해서는 정신건강교육이나 인지행동 치료를 위한 지지모임 등의 필요성을 지적하고 있는데, 본 연구에서 나타난 특성인 주관적인 경제 수준이나 주관적인 건강상태에 대한 인식 부분은 인지행동 치료 등의 중재를 통해 어느 정도 변화가능한 부분이라는 점을 고려할 때 향후 프로그램 구성에서 검토할 필요가 있을 것이다.

본 연구에서 우울수준이 높을수록 자아존중감, 삶의 질

수준은 낮으며 자아존중감이 높을수록 삶의 질도 높은 것으로 나타나 Park과 Son (2009), Kim과 Lee (2007)의 연구결과와 일치하였다. 따라서 정신질환으로 인식되는 우울에 초점을 두어 서비스를 제공하기보다 지역주민에게 편하게 인식될 수 있는 '자아존중감 강화' 혹은 '삶의 질 높이기'라는 주제로 접근성을 높이는 프로그램 개발에 주안점을 둘 필요가 있다고 생각된다.

본 연구에서 지역주민 대상자 중 경미한 우울수준 이상을 보인 주민은 28.9%로 나타나, 서울의 일개 지역주민을 대상으로 한 Shin과 Kim (2005)의 연구에서 경미한 우울수준 이상이 72.2%인 것과 제주도 농촌 지역주민을 대상으로 한 Kim (2004)의 연구에서 16.7%가 우울한 것으로 나타난 것과는 많은 차이가 있었다. 이는 측정도구가 다르다는 것 외에도, 한 개인의 정신건강이 개인이 가지고 있는 사회인구적 변수에 의해 영향을 받을 뿐만 아니라 자신이 살고 있는 지역사회의 환경에 의해서도 영향을 받기 때문에(Rho & Kwak, 2003), 비슷한 규모의 경제사회적 특성을 가진 중소도시를 조사하여 비교함으로써 대상 지역주민의 정신건강 실태를 보다 객관적으로 확인할 필요가 있다고 본다.

본 연구에서 우울점수를 기준으로 정상군과 우울군의 특성을 비교한 결과 교육수준, 주관적인 경제상태, 주관적 건강상태, 질병유무, 자아존중감, 삶의 질 등에서 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이러한 결과는 정신건강 위험집단과 비위험 집단의 특성을 비교 분석한 Lee 등 (1999)의 연구에서 교육수준, 경제상태, 질병유무에 따른 정신건강의 차이를 보여준 것과 일치하였으나 Shin과 Kim (2005)의 연구에서 확인된 결혼상태의 특성에서는 유의한 차이가 없었다. 이러한 차이는 본 연구에서 사별이나 이혼을 한 대상자가 5.2%를 차지하는 것과는 달리 선행연구에서는 16.7%를 차지한 대상자 특성에서 나타난 결과로 생각된다.

본 연구에서 우울군으로 확인된 지역주민은 향후 1차적인 정신건강 프로그램 대상자로서 고려되어야 할 것이다. 그러나 일반적으로 지역주민들은 정신질환에 친밀하지 않거나 정신질환에 부정적인 편견을 지니고 있어 관련 전문인과의 상담이나 접근을 꺼려하는 면이 있으므로(Fujisawa et al., 2005) 이들에 대한 접근 방식을 매우 신중하게 정해야 할 것이다. 이와 관련해 Munoz (as cited in Rho & Kwak, 2003)는 지역사회에서 활용 가능한 3가지 접근 방식을 제시하였다. 첫째, 보편적인 예방적 개입

(universal preventive interventions)은 지역사회 모두에게 기분(mood)을 관리할 수 있는 정보를 제공하는 방식이며, 둘째, 선별적인 예방적 개입(selective preventive interventions)은 지역사회에서 우울증을 겪을 가능성이 높은 대상에게 접근하는 방식이다. 셋째, 지시적인 예방적 개입(indicated preventive interventions)은 우울증을 겪을 가능성이 높은 대상 중에서 우울증을 절박하게 겪을 가능성이 높은 특성을 가진 개인들에게 실제로 접근하는 방식이다.

이 기준에 의하면 본 연구에서 우울군으로 확인된 지역주민들은 선별적인 예방적 개입과 지시적인 예방적 개입을 적용할 수 있는데, 특정 집단을 위해 잘 구성된 교육 캠페인이 첫 발병 정신증 환자의 조기발견에 중요한 영향을 미친 Joa 등(2008)의 중재방법과 브로셔 제공 및 신문, 라디오, 영화 등의 언론매체를 통한 캠페인, 그리고 일반인을 대상으로 한 조기 정신증에 대한 워크숍 등을 통해 조기 정신증 환자의 자살률을 유의하게 줄인 Melle 등(2006)의 연구결과는 참고 할만하다. 그러나 이들 중재방법을 실제 지역주민에게 적용하는 데 있어서는 일반 사람들이 자신들의 정신건강서비스 필요성을 주변 사람이 알기를 원치 않으므로 노출되지 않으면서도 자신에게 도움 되는 정보를 얻어갈 수 있도록 해야 할 것이며, 이를 위해 가능한 정신보건센터보다는 일반 교육기관 등의 공공시설을 이용하여 일반 교양강좌 등의 형태로 접근성을 높일 필요가 있다.

지역주민의 정신건강서비스 이용의사에 영향을 미치는 요인을 연구한 Yoon (2008)의 보고에 의하면 남성보다 여성이, 그리고 우울, 불안 수준이 높을수록 정신건강서비스 이용의사가 높았고, 또한 이전에 정신건강서비스 이용경험이 있는 경우 이용의사가 높은 것으로 나타났다. 그러므로 성별을 고려한 선택의 용이성, 예를 들면 지역사회에 있는 기관장 설득을 통해 회사 내 정기적인 정신건강강좌 프로그램 개설로 남성의 참여를 높이는 것과 여성이 주로 이용하는 장소를 통한 서비스의 홍보, 그리고 건강서비스의 초기 경험을 긍정적으로 만들기 위해 프로그램 구성에 많은 노력을 기울이는 것 등을 복합적으로 고려할 필요가 있겠다. 그러나 정신건강관련 프로그램에 대한 일반인의 편견으로 지역주민의 참여가 여전히 낮을 경우에는, 지역사회 수준의 공식적 프로그램의 참여보다 이웃들이 서로 방문하고 대화를 나누며 돕는 비공식적인 프로그램이 우울증 극복에 유리했다는 보고(Rho & Kwak, 2003)를 다른



대안으로 적용할 수 있을 것이다.

본 연구는 연구대상을 지역주민 일부에 국한하였으므로 전체 지역주민의 정신건강수준을 대표한다고 볼 수는 없으나 거주하는 지역주민을 대상으로 하였기 때문에 일 지역주민의 정신건강 현황을 파악하는데 도움이 되었다 생각되며, 또한 정신건강문제 발생빈도가 높은 지역주민의 특성을 파악하고 우선적으로 정신건강서비스를 제공할 대상자를 확인했다는 데 의의가 있다.

## 결론 및 제언

본 연구는 A시에 거주하는 지역주민 464명을 대상으로 우울, 자아존중감, 삶의 질 정도를 조사함으로써 향후 정신건강증진 프로그램 제공을 위한 기초자료를 제공하고자 시도된 연구이다. 본 연구에서 대상자 중 28.9%가 우울군으로 확인되었으며, 3가지 주요 연구변수에서 유의한 차이를 보인 특성과 우울군과 정상군의 비교에서 공통적으로 유의한 것으로 확인된 특성이 교육정도, 주관적 경제상태, 주관적 건강상태, 그리고 질병유무 등으로 나타나 향후 우선적으로 관심을 두어야 할 지역 주민의 특성과 대상을 확인하였다. 추후에는 성별, 연령 및 다양한 사회경제적 특성을 반영한 확률표집방법을 통해 A시 지역주민의 정신건강 실태를 보다 정확하게 파악하는 연구와 본 연구결과에서 확인된 대상자를 위한 정신건강 프로그램 개발을 위한 연구를 제언하는 바이다.

## REFERENCES

- Bae, J. Y., & Son, M. S. (2004). Effectiveness of cognitive bibliotherapy in depressed adults. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(1), 34-42.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychol Rep*, 42, 745-746.
- Cho, M. J., Ha, Y. S., Han, K. J., Park, S. A., Song, M. S., Kim, Y. I., et al. (1999). Depressive symptoms in a Korean rural sample-risk factor and factor structure. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(2), 266-277.
- Cohen, J. (1987). *Statistical power analysis for the behavior science* (Rev. ed). J Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Fujisawa, D., Tanaka, E., Sakamoto, S., Neichi, K., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2005). The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: The depression and suicide screen. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 634-638.
- Jeon, B. J. (1974). Self-esteem: A test of its measurability. *Yonsei J*, 11, 109-129.
- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: Information campaigns. *Schizophr Bull*, 34(3), 466-472.
- Kim, E. J. (2006). *A study on the social costs of mental illness*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Kim, M. D. (2004). Depression, stress and drinking habit including alcohol dependence in Jeju rural area. *J Korean Neuropsychiatr*, 43(1), 29-39.
- Kim, P. H. (2009). *Stress perception, Mental health, and social support in a community residents*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, S. Y., & Lee, J. I. (2007). A study on aging anxiety, depression, and self-esteem of middle-aged people. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 14(1), 103-109.
- Koo, B. J. (2008). The influence of resilience, hope, marital intimacy, and family support on quality of life for middle-aged women. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(4), 421-430.
- Lee, J. I., Kim, K. H., & Oh, S. H. (2003). Depression and life satisfaction of middle-aged man. *J Korean Acad Adult Nurs*, 15(3), 422-431.
- Lee, S. W., Bae, J. Y., Yoon, S. H., & An, K. E. (2003). A study on the development of the Korean depression scale. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(4), 433-443.
- Lee, Y. M., Kim, H. M., Lee, M. S., & Lee, H. Y. (1999). Measurement and determinants of mental health states for the urban poor. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 38(6), 1234-1244.
- Lee, Y. W. (2002). A study of quality of life in middle-aged men. *J Korean Acad Nurs*, 32(4), 539-549.
- Melle, I., Olav, J., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., et al. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 163(5), 800-804.
- Ministry of Health & Welfare (2009). *Mental health policy and service guidelines 2009*. Seoul: Ministry of Health & Welfare press.
- Noh, Y. J. (1988). *A analytic study of the quality of life of the middle-aged in Seoul*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Park, H. S. (2002). A study on the relationship between depression, health promoting behavior, self-esteem, and optimism in middle-aged women. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(3), 352-362.
- Park, H. S., Kim, S. K., & Cho, G. Y. (2003). A study on climacteric symptoms, depression and quality of life in middle-

- aged women. *Korean J Women Health Nurs*, 9(4), 479-488.
- Park, Y. R., & Son, Y. J. (2009). Relationship of satisfaction with appearance, self-esteem, depression, and stress to health related quality of life in women across the life-span. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 16(3), 353-361.
- Rho, B. G., & Kwak, H. K. (2003). A multi-level study on the effect of community poverty and social ties on depression of urban residents. *Ment Health Soc Work*, 12, 180-209.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sakamoto, S., Tanaka, E., Neichi, K., Sato, K., & Ono, Y. (2006). Sociopsychological factors relating to suicide prevention in a Japanese rural community: Coping behaviors and attitudes toward depression and suicidal ideation. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60, 676-686.
- Shin, K. R., & Yang, J. H. (2003). Influencing factors on quality of life of middle-aged women living in rural area. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 999-1007.
- Shin, S. H., & Kim, J. S. (2005). Study for depression of between low-income group citizens and middle-class citizens. *J Dongshin Univ*, 15, 1-18.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Wright, M. J., Harmon, K. D., Bowman, J. A., & Carr, V. J. (2005). Caring for depressed patients in rural communities: General practitioners' attitudes, needs, and relationships with mental health services. *Aust J Rural Health*, 13, 21-27.
- Yoon, M. K. (2008). *A study factors affecting the intentions to use community mental service*. Unpublished master's thesis, Kangnam University, Seoul.