



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학 석사학위 논문

중년 여성의 건강증진 생활양식과
우울 및 삶의 질과의 관계

아주대학교 대학원

간호학과

김선정

중년 여성의 건강증진 생활양식과
우울 및 삶의 질과의 관계

지도교수 현 명 선

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함.

2007년 2월

아 주 대 학 교 대 학 원

간 호 학 과

김 선 정

김선정의 간호학석사학위 논문을 인준함

심사위원장 현 명 선 인

심사위원 박 지 원 인

심사위원 방 경 숙 인

아 주 대 학 교 대 학 원

2006년 12월 22일

감사의 글

오랜 준비 기간이 끝나고 아직 부족한 것이 많지만, 무사히 모든 과정을 마칠 수 있도록 도움을 주신 많은 분들에게 감사의 마음을 전하고자 합니다.

먼저 저를 항상 아껴주시고 지금까지 뒷바라지 해주신 부모님께 말로 다할 수 없는 감사를 드리고, 힘들 때 마다 조언과 질책을 아끼지 않은 우리 동생들에게 고맙습니다. 자상한 가르침과 따뜻한 지도로 이끌어 주시고 앞으로의 학문 연구의 방향을 지도해 주신 현명선 교수님께 진심으로 감사를 드립니다. 2년여 기간동안 항상 인자하고 따뜻하게 이끌어주신 박지원 교수님, 방경숙 교수님, 김용순 교수님, 유문숙 교수님께 감사드립니다. 아울러 대학원 생활동안 배려를 아끼지 않았던 대학원 동기, 선배 선생님들, 그리고 수 선생님 및 회복실 후배들에게도 깊은 감사를 드립니다. 바쁜신 와중에도 연구에 동참해주신 모든 분들께 감사드립니다. 끝으로 항상 저를 아껴 주시고 믿어주신 부모님께 진심으로 감사합니다.

2006년 12월

연구자 김선정 올림

국문 요약

우리나라 기대수명은 2005년 현재 기대수명은 남자 75.14세, 여자 81.89세로 10년 전인 1995년에 비해서는 남자는 5.56년, 여자는 4.47년 증가하였다. 이는 사회경제 발전, 보건의료수준 향상, 개인의 건강관심 증대 등에 기인하는 과학과 의료 기술의 발달로 인한 평균 수명의 연장과 더불어 중년기가 연장되어 건강관리 측면에서 중요성이 더해지고 있다. 인생 주기에서 중년기가 1/4에 해당할 만큼 그 비중이 커지게 되었음을 의미한다.

중년 여성의 건강에 대한 올바른 실태를 알기 위해서는 삶의 전 과정을 통해 신체, 정신, 사회, 문화적으로 경험하는 고통과 불편감 및 건강관련 생활양식 등을 포함하는 전반적인 사항이 밝혀져야 한다. 따라서 중년기 여성은 생의 주기와 마찬가지로 정상적인 성장발달의 한 과정이면서 여러 가지 변화로 건강에 영향을 받게 되는 시기이므로 이에 따른 변화에 잘 대처하여 건강하고 질적인 삶을 영위할 수 있도록 해야 한다.

이에 본 연구는 중년 여성의 건강증진 생활양식을 조사하여, 우울과 삶의 질에 대한 관계를 파악하고 중년여성의 건강한 삶을 영위할 수 있도록 간호중재를 마련하는 데 있어 기초가 되고자 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 대상자는 서울과 경기지역에 거주하는 40세-59세의 여성을 대상으로 편의 표출하였으며 총 150명이 선정되었다. 자료 수집은 서울, 경기 지역의 중년 여성 40~59세 150명을 대상으로 2006년 8월 21일부터 9월 30일까지 구조화된 설문지를 통하여 중년 여성의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질에 대한 설문조사를 통해 수집하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 건강증진 생활양식

대상자의 건강증진 생활양식에 대한 결과, 평균 2.75 ± 0.46 점(4점 만점)이었으며

범위는 1.83~3.96점이였다. 건강증진 생활양식 하부 영역은 자아실현 3.00 ± 0.53 으로 가장 높게 나타났고 운동영역 2.07 ± 0.78 점으로 가장 낮았다.

2. 대상자의 우울

대상자의 우울에 대한 결과는 우울 평균 점수는 14.06 ± 7.39 점이며 범위는 0~41점이였다. 우울에 대한 분류는 정상이 61.5%, 경증 우울 20.3%, 중등도 우울 10.1%, 중증 우울 8.1%로 나타났다.

3. 대상자의 삶의 질

대상자의 삶의 질의 평균점수는 3.31 ± 0.44 (5점 만점)이며 범위는 2.47~4.04점이였다. 삶의 질의 하부 영역 정서상태가 3.49 ± 0.77 으로 가장 높았으며 경제상태가 3.03 ± 0.54 점으로 가장 낮았다.

4. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계

건강증진 생활양식과에 따른 우울 및 삶의 질과의 상관관계는 건강증진 생활양식과 우울과의 상관관계($r=-.14$, $p=.101$)였으나 통계적으로 유의하지 않았으며, 건강증진 생활양식과 삶의 질과의 관계는 ($r=.42$, $p=.000$)로 통계적으로 유의한 순 상관관계를 보였다.

이상과 같은 결과로 중년 여성의 건강증진 생활양식과 삶의 질과는 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 건강증진 생활양식을 잘 이행함으로써 삶의 질에는 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있었다. 이에 따라 건강증진 생활양식 이행 정도가 낮은 운동영역의 이행을 촉진시키기 위한 전략과 지속적 관리를 할 수 있는 중재 방안을 모색하여야 한다. 경증이상의 우울은 40%정도로 나타났다. 따라서 우울에 대한 포괄적인 접근을 통해 우울증 예방을 위한 통합적인 건강증진 프로그램의 개발과 적응으로 중년 여성의 삶의 질이 긍정적 변화를 유도하여야 한다. 중년 여성의 자기 자신에 대한 건강에 대한 책임을 질 수 있도록 건강전문인 특히 간호

사들이 구심점이 되어 많은 간호중재를 통해 중년 여성의 건강한 삶을 영위할 수 있을 뿐만 아니라 건강한 노년기를 맞을 수 있으리라 생각된다.

차 례

국문요약.....	i
차례	iv
표차례	vi
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 용어의 정의	3
II. 문헌고찰	5
1. 중년 여성의 건강증진 생활양식	5
2. 중년 여성의 우울	7
3. 중년 여성의 삶의 질	11
4. 중년 여성의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질과의 관계	13
III. 연구 방법 및 절차	16
1. 연구 설계	16
2. 연구 대상	16
3. 연구 도구	16
4. 자료수집 방법	17
5. 자료 분석	18
6. 연구의 제한점	18

IV. 연구 결과	19
1. 대상자의 일반적 특성	19
2. 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질	21
3. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계	23
4. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질의 차이	24
V. 논의	26
1. 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질	26
가. 대상자의 건강증진 생활양식	26
나. 대상자의 우울	27
다. 대상자의 삶의 질	29
2. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계	31
VI. 결론 및 제언	32
1. 대상자의 건강증진 생활양식	32
2. 대상자의 우울	32
3. 대상자의 삶의 질	32
4. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계	32
참고문헌	35
부록	44
Abstract	52

표 목차

<표 1> 대상자의 일반적 특징	20
<표 2> 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질	21
<표 3> 우울의 정도	21
<표 4> 건강증진 생활양식의 하부영역	22
<표 5> 삶의 질 하부영역	23
<표 6> 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계	23
<표 7> 건강증진 생활양식 하부영역과 삶의 질과의 관계	24
<표 8> 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질의 차이	25

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라 기대수명은 2005년 현재 기대수명은 남자 75.14세, 여자 81.89세로 여자가 남자보다 6.75년 더 오래 사는 것으로 나타났으며 2004년과 비교하면 남자는 0.63년, 여자는 0.54년 증가했고, 10년 전인 1995년에 비해서는 남자는 5.56년, 여자는 4.47년 증가 하였다(통계청, 2006). 이는 사회경제 발전, 보건의료수준 향상, 개인의 건강관심 증대 등에 기인하는 과학과 의료 기술의 발달로 인한 평균 수명의 연장과 더불어 중년기가 연장되어 건강관리 측면에서 중요성이 더해지고 있다. 중년기는 인생 주기에서 중년기가 1/4에 해당할 만큼 그 비중이 커지게 되었음을 의미한다. 또한 중년 여성들은 폐경에 따른 갱년기 건강문제, 심혈관계, 근골격계, 내분비계, 비뇨생식기계 등의 문제(Wheeler, 1995)와 함께 피임, 월경, 생리관련암 등 여성만이 경험하는 추가적인 건강위험 부담을 안고 있다.

Pender(1982)는 건강증진의 개념을 ‘건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 이거나 지역 사회적 활동으로써 개인의 안녕 수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동’으로 정의하면서 건강증진 행위를 통해 인간의 수명을 연장시키고 삶의 질을 증진시키며 건강관리비용을 감소시키므로 각 개인의 기본적인 건강요구를 해결할 뿐만 아니라, 궁극적으로 사회 전반적인 안녕 수준을 높일 수 있다고 하였다. 건강증진 생활양식은 개인의 건강 유지 증진의 중요한 구성요소가 되고 질병 발생을 조기에 예방하며 건강한 삶은 영위하도록 하는데 필수적이라고 할 수 있다(Schank & Lawrence, 1993).

중년기는 풍요한 인생의 경험과 지혜를 구비한 시기로서 자기의 경험과 능력을 통합하는 생의 절정기라 할 수 있다. 지금까지의 경험을 통하여 정서적으로 세련되고 보다 객관적 자세를 가질 수 있으며 인간의 다양성을 존중하는 개방된 인품을 지니게 된다. 또한 중년기는 일상생활의 타성과 주변에 관심을 기울여야 할 여러

사람들의 요구에 대응하여야 하는 시기로써 특별하게 질병의 위기가 없는 한 자신의 건강상태에 대하여 관심을 기울일 시간이 거의 없는 시기이기도 하다(이선옥, 1996). 특히 중년 여성은 폐경이라는 신체적 변화와 함께 많은 사회 경제적, 문화적, 환경적, 정신 심리적 변화에 적응하여야 하며 이들의 일상적인 생활양식은 건강과 직접적인 관련성을 갖는다(김현숙, 2000).

여성의 직장과 가정생활에서의 역할 부담이 증가함에 따라, 우울을 경험하고 있는 여성이 12%로 이는 남성의 2배에 달하는 수치이다(AMA Health Insight 1999). 또한 화를 억누르는 경향이 있는 여성은 성역할 특성으로 인해 우울이 나타나며(Bromberger & Matthews, 1996), 한국에서는 여성의 전통적 성 역할과 우울 간의 관계를 볼 수 있다. 즉 이러한 여성에게서의 높은 우울증 유병율은 여성들의 삶의 질에 영향을 끼치는 중요한 건강문제이다. 따라서 건강증진 생활양식과 우울은 여성의 중요한 건강문제로 부각되고 있다. 40-65세의 중년여성을 대상으로 한 신경림(1999)의 여성 우울 실태조사 연구결과에서는 유병율이 33.1%로 높게 나타났다. 이와 같이 여성에게서의 우울의 유병율이 높으며 이는 여성들의 삶의 질에 직접적인 관련(김인자, 2001)이 있으므로 적절한 간호중재가 필요하다고 할 수 있다.

삶의 질이란 복합적이고 다차원적인 개념이며 인간의 안녕과 복지의 정도를 표현하는 것으로 볼 때 일상적인 생활 속에서 얻어지는 주관적인 가치판단이며, 흔히 삶의 만족이나 행복과 유사하게 사용되기도 한다. 중년기 여성의 신체적, 사회적, 정신적 변화에 대한 적응은 쉽지 않으리라 여겨지지만 여성 자신이 변화를 어떻게 받아들이느냐 하는 태도에 따라서 달라질 수 있다(김진이, 1998). 중년 여성의 삶의 질은 갱년기 증상과 관련하여 느끼는 주관적인 만족의 정도라고 하였으며 따라서 갱년기 증상을 많이 경험할수록, 정도가 심할수록, 장기간일수록 삶의 질이 저하된다(Mayer & Linscott, 1995). 기존의 폐경 증상에 관한 연구는 우울과의 관계 연구(권숙희, 1997; 정은순, 1997; 성미혜, 2000)와 호르몬 대체요법과 관련된 연구가 중점적으로 이루어졌고, 삶의 질에 대한 연구는 요실금(김영아, 1999; 정미자; 1997, 송효정; 2001), 자궁 적출술과 같은 특정 질환이나 폐경관리(김미선, 1999;

정경순, 1999; 송애리, 2000) 측면에서 이루어져 중년기의 여성이 경험하는 생활양식과 우울 및 삶의 질에 관한 연구가 미비하였다.

따라서 중년 여성의 생활양식과 우울 및 삶의 질과 관련되어 생의 과정에서 여성이 경험에 근거한 건강문제의 사정이 전제되어야만 여성의 건강관리에 대한 포괄적인 접근이 가능해진다는 측면에서 이와 관련된 기초적인 실태조사는 매우 시급하다고 할 수 있다. 이에 본 연구는 중년 여성의 건강증진 생활양식을 조사하여, 우울 및 삶의 질에 대한 관계를 파악하고 중년여성의 건강한 삶을 영위할 수 있도록 간호중재를 마련하는 데 있어 기초가 되고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 중년 여성의 건강증진 생활양식을 조사하며, 우울 및 삶의 질에 대한 관계를 파악하고 중년여성의 건강한 삶을 영위할 수 있도록 간호중재를 마련하는 데 있어 기초가 되고자 본 연구를 시도하였다.

구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질의 차이를 파악한다.

3. 용어의 정의

가. 건강증진 생활양식

(1) 이론적 정의 : 개인이나 집단에 의해 최적의 안녕 상태를 이루고 자아실현 및 개인적 욕구 충족을 유지, 증진하려는 행위로서 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며 생활양식의 통합된 부분을 말한다

(Walker, Sechrist & Pender, 1987).

(2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 Walker 등(1987)이 개발한 Health Promoting lifestyle Profile(HPLP)을 번안하여 서연옥(1996)이 우리 문화에 맞게 일부 수정·보완한 도구로 측정된 점수를 말한다. 측정된 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 정도가 높음을 의미한다.

나. 우울

(1) 이론적 정의 : 우울은 삶에서 실패의 결과로 나타난 슬픔, 낙담, 절망과 같은 느낌을 말하는데, 생각하는 것이 느려지고 신체활동이 감소되며 죄책감과 절망감에 사로잡히고 음식섭취와 수면장애 등이 나타난다(정신의학사전, 1997).

(2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 Radloff가 개발한 우울 측정도구인 CES-D scale(Center for Epidemiologic Studies Depression scale)로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다.

다. 삶의 질

(1) 이론적 정의 : 각 개인이 중요하다고 생각하는 신체적, 정신적, 사회경제적, 영적인 측면에서 만족과 불만족의 느낌이 지각되는 주관적인 안녕상태를 의미한다(Ferans, C. E., powers, M. J., 1985).

(2) 조작적 정의 : 본 연구에서는 노유자(1988)가 개발한 Quality of life 도구로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 중년여성의 건강증진 생활양식

건강증진 생활양식이란 어떤 사회 또는 집단의 성원이 공유하고 있는 생활 방법에 대한 인식이나 행동의 양식으로서(국어대사전, 1998), 개인의 일상적인 삶의 양식의 일부이면서 건강상태와 수명에 영향을 미치는 임의적인 행동으로 정의할 수 있다(Wiley & Comacho, 1980). 따라서 건강증진 생활양식은 개인의 건강유지증진의 중요한 구성요소가 되며, 건강한 생활양식은 건강관련비용을 통제하고, 질병의 발생을 조기에 예방하며, 건강한 삶을 영위하는데 필수적이다(Schank & Lawrence, 1993). 따라서 생활양식은 건강과 밀접한 관계를 맺고 있음을 알 수 있다. 건강증진 생활양식은 또한 선택적인 행동으로 의식의 강화, 행동의 강화, 바람직한 건강습관을 지지하는 환경의 조성 등을 통해 강화될 수 있다(wiley, & Comacho, 1980). WHO는 사망으로 이끄는 주요 원인 10가지 중 50%가 생활양식과 관련된다고 보고하였으며, 선진국에서 일어나는 사망의 70~80%, 후진국에서 일어나는 사망의 40~50%가 생활양식이 원인이 되는 질병, 또는 흡연, 음주, 체중조절로 생활양식을 분류하였다. Pender(1987)는 건강증진 생활양식은 자아실현, 안녕상태, 개인적 만족감을 유지 증진시키려는 행동과 의식을 포함한 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 스트레스 관리 등을 포함한다고 정의하였다.

건강증진 생활양식은 학자들에 따라 정의 및 하부 영역의 구분이 다양하며, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. Travis(1977)는 안녕과 건강증진 생활양식 영역을 자기책임, 영양, 신체인식, 스트레스 조절로 구분하였으며 Ardell(1986)은 건강증진 생활양식은 질병을 피하려는 것이 아니라 만족과 즐거움 때문에 추구하려는 것이라 정의하고, 자기책임, 영양, 스트레스 관리, 신체외형, 환경에 대한 민감성으로 구분하였다. Walker(1987)는 건강한 생활양식이란 협의로는 흡연, 과식과 같은 나쁜 건강습관을 피하는 것이며, 광의로는 건강상태에 영향을 주는 중요한 것이라

정의하고, 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계, 스트레스 관리의 6영역으로 구성된 건강증진 생활양식 측정도구를 개발하였다.

건강과 관련된 건강증진 생활영역의 공통적으로 영양, 운동, 음주, 흡연 외에 사회적 상호작용(Donna, 1993), 스트레스 관리, 자아실현, 건강책임(Walker, Sechrist, and Pender, 1987), 약물이용, 청결, 마음상태, 생활의 규칙성, 건강검진(조성자, 1998)등 다양한 항목들이 제시되고 있다.

건강증진 생활양식은 건강과 밀접한 관련을 가지고 있으나 중년기 여성은 일상생활의 타성과 주변에 관심을 기울여야 할 여러 사람들이 요구에 대응하여야 하는 시기로써 특별히 질병을 가지고 있지 않는 한 자신이 건강상태에 관심을 기울일 여유가 없는 시기이므로(이선옥, 1996), 자신의 건강을 돌보는데 소홀하기 쉽다,

건강과 관련된 생활양식으로 공통적으로 식이(영영섭취), 운동, 음주, 흡연 등을 들고 있고, 기타로 건강검진(조성자, 1998), 스트레스 관리, 자아실현, 건강 책임(Walker, Sechrist, and Pender, 1987), 위생적 생활, 휴식, 수면, 정서적 지지(박인숙, 1995)등의 항목을 제시하고 있다.

우선 중년여성의 건강 증진 생활양식에 대한 전반적인 연구들을 살펴보면 농촌지역 중년여성을 대상으로 한 이정애(2001)등의 연구에서 생활양식 중 식생활과 운동 항목의 점수가 낮게 나타났다. 송애리(1997)가 중년여성의 폐경 관리에 대해 조사한 결과에서는 식생활 관리부문에서 가장 높은 점수를 보였다. 중년여성의 생활양식은 Walker 등(1987)이 개발한 건강증진 생활양식을 사용하여 주로 조사되어왔다. 윤은자(2000)가 40-60세 여성을 대상으로 조사한 연구에서도 건강증진 이행 정도는 최대184점에서 112.05점으로 낮게 나타났으며, 자아실현영역(3.08)이 가장 높은 점수를 보였고 운동영역(1.81), 건강책임영역(1.79)의 순으로 나타났다. 최은영과 오현이(1998)이 40-60세 여성 268명을 대상으로 생활양식을 조사하였는데 평균 점수는 2.70점으로 낮게 나타났으며, 조화로운 관계(3.19), 위생적 생활(3.16)이 높은 점수를 차지한 반면, 전문적 건강관리(1.91)가 가장 낮았다. 그러나 장혜령(1998)이 40-59세 여성을 대상으로 조사한 연구에서는 최대 평점 3.39로 건강증진이행 정도가 높다고 보고하였고 자아실현, 대인간지지, 영양, 스트레스 관리, 건강

책임, 운동의 순 이었다.

건강증진 생활양식도구를 사용한 여러 논문들을 살펴본 결과 자아실현, 대인간지지, 영양 등의 항목에서는 비교적 높은 점수가 나온 반면, 운동, 건강책임, 건강관리의 항목들은 낮은 점수를 보이는 것을 확인할 수 있다.

문헌들을 고찰한 결과 중년기 여성들의 건강증진 생활양식은 건강에 직접적인 관련이 있음을 알 수 있었다. 건강증진 생활양식은 중년 여성들의 건강한 삶을 영위하는 방법론 중의 하나이며 이는 중년 여성의 노력에 따라 차이가 있을 수 있어 긍정적인 변화를 유도할 수 있도록 전략 및 간호 중재를 개발하고 행동변화를 유도하여 건강한 삶을 영위할 수 있도록 하여야 한다.

2. 중년 여성의 우울

우울이란 삶에서 실망의 결과로 나타난 슬픔, 낙담, 절망과 같은 느낌을 말하는데, 이러한 우울은 정상범위 내에서 일어날 수 있다. 생각하는 것이 느려지고 신체활동이 감되며 죄책감과 절망감에 사로잡히고 음식섭취장애와 수면장애 등이 흔히 일어난다 (정신의학사전, 1997). 우울증은 내인성 우울증과 반응성 우울증으로 분류되기도 하는데 내인적 우울증은 내적반응으로 생기며 증상이 중한 반면, 외인성 우울증은 어떤 외적인 사건에 대한 반응으로서 내인성 우울증보다 증상이 가볍다. 우울증의 원인에 대해서는 다양한 이론들이 제기되고 있는데 대표적으로 정신분석이론, 행동주의 이론, 인지이론, 생물학적 이론이 있다(민성길, 1997).

먼저 정신분석이론에서는 인간의 심리적 문제를 무의식적 동기와 갈등의 문제로 설명하는데, 우울증은 무의식적으로 분노가 자기에게 향해진 현상이라고 본다. 정신분석의 창시자인 프로이드는 우울증을, 사랑하던 대상의 상실에 대한 반응이라고 보았다. 두 번째로 행동주의 이론은 인간의 행동을 환경적 요인에 의한 학습의 결과로 설명하며 우울증 역시 사회 환경으로부터 긍정적 강화가 약화되어 나타난 현상이라고 본다. 이 이론에 따르면 우울증이 발생하고 유지되는 것은 긍정적 강화가 상실되거나 강화유발행동이 감소하거나 또는 우울 행동이 잘못 강화되기 때문이며 삶에서 중요한 상실사

건을 경험하는 것은 긍정적 강화의 중심적인 원천을 상실하는 것으로 이러한 강화의 원천을 상실하게 되면 서로 연결된 모든 적응적 행동이 감소하면서 우울증으로 발전하게 된다고 하였다. 세 번째로 인지이론에서는 사람들이 생활사건을 부정적이고 비관적인 의미로 과장하고 왜곡하기 때문에 우울증이 유발된다고 주장한다. 우울한 사람들은 생활사건의 의미를 왜곡시키는 독특한 인지적 오류를 범하는 경향이 있으며, 좀더 근본적으로 자신과 세상에 대해서 비현실적인 믿음과 기대를 지니고 있다고 설명한다. 마지막으로 생물학적 이론은 우울증이 신체적 원인에 의해서 생긴다는 가정에 기초하며 주로 정신의학자에 의해 발전되었다. 우울증을 유발하는 신체적 원인으로는 유전적 요인, 뇌의 신경학적 이상, 뇌 구조의 기능적 손상, 내분비계통의 이상, 생체리듬의 이상 등에 초점을 맞추어 연구가 진행되고 있다.

장하경과 서병숙(1992)은 중년기 여성 우울증의 원인을 다음과 같이 들고 있다. 첫째, 중년여성에게 나타나는 생리적 변화인 폐경은 생리적 기능과 여성다움의 상실에 대한 두려움 등이 개인의 인격특성과 복합적으로 작용하여 우울 및 신경과민의 정서장애를 유발한다고 보았다. 두 번째, 역할상실이 중년기 우울을 증가시킨다는 견해인데, 이는 자녀의 독립으로 인한 자녀와의 유대감의 약화는 여성에게 상실감을 갖게 하여 어머니로서 역할 변화로 인해 위기를 경험하고, 이로 인해 우울에 빠지거나 스트레스를 경험하게 된다고 하였다. 세 번째, 중년여성은 지내온 생애를 통찰하면서 자아 정체감을 재확립하는 과정에서 심리적 허탈감을 느끼게 된다고 하였다. 네 번째, 사회 문화적 관점에서 여성의 불리한 사회적 지위와 여성 특유의 학습된 정신적 무력감에 의해서 우울에 빠지게 된다고 지적하고 있다.

우울은 여성의 삶의 다양한 측면에서 부정적인 영향을 미친다. 우선 신체적 양상으로는 식욕부진, 성욕감퇴, 요통, 복통, 변비, 현기증, 두통, 수면장애, 오심, 구토, 월경 변화 및 기능 저하 등이 나타나고, 정신적인 양상으로는 슬픔, 무감동, 낙담, 조의식, 외로움, 무가치함, 자존감 저하 등이 있다. 또한 행동적인 측면으로는 의존심의 증대, 정신운동 지연, 위축, 사회적 고립, 약물과 알콜 의존, 자발성 결여 등 다양한 측면에서 장애를 일으킨다(이소우, 1994).

중년기 여성의 우울은 갱년기 우울이라는 용어와 혼용되고 있으며, 일반적으로 갱년

기에 발생하는 우울을 말한다 (간호학대사전, 1995). 여성들이 중년기에 우울이 발생하는 반도가 매우 높다는 사실은 여러 가지 연구를 통해 보고 되고 있다. 여성에 있어 우울의 유병율은 25-44세 사이에 많이 발생하며, 65세 이상에서 가장 낮다 (DSM-IV, 1994). 여성이 중년기에 접어들면 신체적인 노화증상과 폐경을 경험하면서 우울과 불안 등의 정서적 증상을 경험하게 된다고 하였다.

우울증의 유병율을 살펴보면 정신장애 중 가장 많은 사람들이 고통 받는 장애로서 '심리적 감기'라고 부를 정도로 흔한 심리적 장애이다. 주요 우울 장애의 경우 평생 유병율이 여자 10-25%, 남자 5-12%로 보고 되어 있어 여성이 남성에 비해 2배정도 높다 (권석만, 2000). 남성은 44세까지의 우울 발생률이 45세 이후보다 약간 높다. 이에 비해, 여성은 65세 이후에 약간만 감소하며, 45-64세의 여성은 남성보다 3배나 높은 우울 발생률을 보인다. 일생동안 30-40%의 사람들이 한번 이상 우울을 경험하는데, 이처럼 흔하게 발생하는 우울이 유독 여성에게 많이 나타나는 이유에 대해서는 다양한 원인들이 제시되고 있다. 생물학적 원인으로 호르몬 변화와 관련이 있다. 우울은 피임약의 사용, 월경 전, 분만 후, 폐경기와 연관되며, 따라서 여성의 생활주기에서 이시기에 나타나는 내분비선의 변화가 다른 요소들과 상호 작용하여 여성에서의 우울증에 대한 특수한 소지를 증가시킨다 (Hutto, 1999). 이런 생물학적 특성과 함께 사회 문화적인 특성도 여성의 우울 유병율 증가에 영향을 미치는데, 남성 중심적인 사회에서 여성이 심리적인 스트레스와 좌절을 더 많이 경험하게 되며, 한국의 유교적 전통으로 인해 여성이 과도한 스트레스를 받아 위장장애, 피로, 불면, 우울 등을 초래하기도 한다. 또한 우울 유병율은 신경림(2001)의 여성 우울 실태조사에서 45-60세 여성 중 경증 우울 이상인 대상자는 80.4%로 그 중 중증 우울 대상자는 19.57%로 나타났으며, 이규은과 최의순(1999)이 35-60세 여성 270명을 대상으로 조사한 결과 경증 우울 이상이 37%였으며, 김혜정과 고효정(1997)의 연구에서 경증 우울 이상이 39.4%였다. Marleen등(2001)이 47-56세 여성 951명을 대상으로 조사한 결과 22%가 우울 상태였으며 Judith(1999)의 35-65세의 미국거주 필리핀계 여성 165명을 대상으로 연구한 결과에서는 24.8%의 유병율을 나타냈다. Benard(1999)가 36-44세 여성 4151명을 대상으로 조사한 연구에서는 연구 대상자의 30%가 경증 이상의 우울 증상을 가지고

있었다. 이상의 문헌고찰을 통해 중년여성의 우울 유병율은 적게는 20%에서 많게는 약 40%까지 나타남을 알 수 있다.

이규은과 최의순(1999)이 35-60세의 여성 270명을 대상으로 CES-D도구를 사용하여 우울을 측정하였는데, 우울 상태의 대상자가 37%로 50대에서 다른 연령대보다 높은 비율을 보였으며, 자녀수가 많고, 교육정도가 낮으며, 결혼생활에 불만족스럽고, 경제수준이 낮으며, 지각한 건강상태가 나쁠수록 우울정도가 심하다는 점에 Ellen(2000)의 연구와 일치하였다. 반면 신경림(2001)의 연구에서는 연령이 높을수록 우울 점수가 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다. 우울정도가 심할수록 자아 존중감, 생활만족감은 낮았으며, 전신적으로 심한 신체증상을 경험하였으나, 폐경 유무와 우울점수와는 유의한 차이가 없었다. 이에 비해 김정엽(1998)의 연구에서는 40-60세의 여성의 우울정도는 정상수치로 나타났다. 그리고 우울정도에 영향을 미치는 변수로 자아개념, 남편문제, 질병경험, 주택의 유무를 들었다. 고효정 등(1999)의 중년기 여성 건강문제에 대해 조사한 결과에서 대상자들은 경한 우울상태였으며 신체적으로 통증이 있는 경우 우울점수가 유의하게 높게 나타났다.

우울과 관계가 있는 요인에 관한 문헌을 보면 Nancy등(1997)이 35-55세 여성을 대상으로 설문지를 사용하여 조사한 결과 우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 스트레스 사건이었고 건강상태 역시 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났지만 폐경기 변화는 우울에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이것은 Avis(1994), Kaufert(1994), 신경림(2001)의 연구에서도 동일하게 나타났으며, 박금자(2000)의 중년기 여성의 우울 구조 모형에서는 자아 존중감, 건강 상태, 생활 스트레스, 경제상태, 자아 존중감이 우울을 59% 설명하는 것으로 나타났다. 또한 Benard(1999)의 연구에서는 경증 우울이상이 37%로 나타났으며, 우울에 대한 치료가 필요하다고 하였다. 또한 폐경 유무가 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며 우울이 높을수록 흡연을 또한 높다고 하였다.

이에 비해 김정엽(1998)의 연구에서는 40-60세의 여성의 우울정도는 정상수치로 나타났다. 그리고 우울정도에 영향을 미치는 변수로 자아개념, 남편문제, 질병경험, 주택의 유무를 들었다. 고효정 등(1999)의 중년기 여성 건강 문제에 대해 조사한 결과에서 대상자들은 경한 우울상태였으며 신체적으로 통증이 있는 경우 우울점수가 유의하게

높게 나타났다. 또한 Benard(1999)의 연구에서는 경증 우울이상이 37%로 나타났으며, 우울에 대한 치료가 필요하다고 하였다. 또한 폐경 유무가 우울에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며 우울이 높을수록 흡연을 또한 높다고 하였다. 이와 같이 선행연구 결과로 우울증상과 관련이 있는 일반적 특성으로는 자녀수가 많고, 교육정도가 낮으며, 결혼생활에 불만족스러우며, 경제수준이 낮고, 건강상태가 안 좋다고 인지하는 여성에게서 우울정도가 심하게 나타났다. 그리고 폐경여부와 우울과는 상관관계를 보이지 않았으나, 반면에 갱년기 증상을 많이 느낄수록 우울 증상은 높았다. 그리고 자아개념이 높을수록 우울정도가 낮게 나타나, 중년기 여성의 우울에 영향을 미치는 변수는 폐경을 비롯한 다양한 사회, 경제, 심리적 상황이라는 것을 확인할 수 있었다.

3. 중년 여성의 삶의 질

삶의 질이란 인간의 삶에 있어서 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 포괄적이고 다차원적인 개념이며 간호의 궁극적인 목적인 개념으로 주로사회학에서 유래되었다(Alexander & Willems, 1981). 노유자(1988)는 신체적, 정신적 및 사회, 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕 상태로 여기에는 정서상태, 경제생활, 신체적 증상, 가족의 지지 및 사회적 활동, 삶에 대한 태도, 건강에 대한 인식 등이 포함된다 고 정의하였다. 방활란(1991)도 사람들이 살아가면서 인지하는 자신의 상황과 경험에 대한 주관적 평가와 만족으로 삶의 질을 정의하여 정서상태, 사회적 활동, 신체적 증상, 가족의 지지 및 경제상태, 삶에 대한 태도, 건강에 대한 인식 등이 포함된다고 하였다. Burckhardt(1989)는 독립, 신체활동상태, 자기간호능력, 건강상태, 안전감, 긍정적인 상호작용, 타인과의 관계 및 인생의 의미가 삶의 질의 중요한 영역이라고 하였다.

삶의 질에 대한 초기 연구에서는 삶의 질을 객관적 생활환경 즉, 소득, 교육수준, 직업 등의 조건을 반영한 사회지표의 개념으로 평가하였으나, 오늘날에 와서는 삶의 질을 ‘행복한 삶’ 혹은 ‘좋은 상태의 삶’이라는 의미로 파악하게 되면서 삶의 경험과 관심영역에 대해서 개개인이 판단하고 느끼는 주관적, 심리적 측면을 중시하게 되었다(한영란, 1997).

이와 같이 삶의 질은 객관적 또는 주관적으로 측정될 수 있으며, 객관적 측정의 지표가 되는 것은 실제적인 직업, 수입정도, 교육수준, 신체적 활동 등이 있으며, 주관적 측정의 지표가 되는 것은 대상자 자신의 생활경험 즉, 가족관계, 결혼생활, 경제상태 등에 대해 어느 정도 만족하는지를 측정하는 것이다(박정숙, 1989). 간호학에서는 80년대 이후 여러 문헌에서 삶의 질에 대해 연구하기 시작하여 건강과 삶의 질과는 긍정적인 관계가 있음이 연구, 보고 되기 시작하였다(노유자, 1988). 이는 간호 중재에도 적용되어 환자의 신체, 정신, 사회, 경제적 영역에 대한 중재뿐만 아니라 영적 영역까지 확대되고 있다(Ersek, 1997).

삶의 질에 대한 선행연구에서는 주로 암 환자, 만성질환자, 당뇨병 환자(오복자, 1994; 서미혜, 오가실, 1993; 채영희, 1998)를 대상으로 이루어졌으며 중간정도의 삶의 질을 인지하고 있는 것으로 나타났다. 삶의 질의 영향 요인으로 Burchart(1988)의 관절염 환자 대상의 연구와 Lewis(1982)의 암 환자 대상의 연구에서 자아존중감이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났으며, 성별, 연령, 교육, 직업, 수입, 결혼상태, 종교, 사회참여, 인종, 건강 등이 관련 변인으로 밝혀졌다(노유자, 1988).

여성의 경우 나이가 들어감에 따라 다양한 신체적 변화와 함께 불안, 우울과 같은 정신, 정서적 증상이 나타나는데 이러한 폐경 증상은 안녕감, 행복, 삶의 만족 등과 같은 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태, 즉 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다. 이가영(1999)은 폐경 전 여성들에 비해 폐경 중/폐경 후 여성들은 성기능, 혈관운동증후, 수면장애, 신체적 가동성 영역에서 인지하는 장애가 심하다고 하였고, 폐경 중/폐경 후 여성들의 45%가 삶의 질이 낮다고 보고하였다. 이는 폐경을 겪는 동안 원기부족, 기억상실, 과민성 그로 인한 고민들과 같은 증상이 삶의 질을 낮추는 원인이 되며 정신, 신체적 증상이 적을수록 삶의 질은 높아진다는 것을 알 수 있다. 또, 갱년기 여성의 폐경 전, 후기 군에 따른 영역별 갱년기 증상 관련 삶의 질을 살펴보는 김미선(1999)의 연구에서는 혈관운동성 변화 영역, 신체적 변화 영역, 성적 변화 영역, 심리, 사회적 변화영역의 모든 영역에서 폐경 후기군의 삶의 질이 낮았다. 폐경기 여성들은 홍조와 발한 같은 혈관확장 증상으로 인해 수면, 안녕감, 삶의 질이 저하되어 있으며, 이러한 폐경 증상이 심할수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다(차경미, 2000).

Pender, Wolker(1990)는 최적의 건강과 기능상태, 질적인 삶의 여부는 건강한 생활양식을 실천하고 유지하는 것이 개인의 책임이라는 것을 받아들이고 실행하는 것이라고 말하였다. Hartweg(1993)은 갱년기 여성들이 자신들의 삶의 안녕을 증진시키기 위해 여러 가지 활동을 하는데, 음식섭취와 취미 생활, 독서, TV시청, 샤워, 수면 등을 통해서, 혼자서 걷고 생각하거나 소설을 읽거나 돈을 쓰면서 중년의 고독을 이기며, 사회생활은 친구들과의 관계를 통해서 나름대로의 삶의 안녕을 위한 활동들을 한다고 하였다. 중년 여성을 대상으로 한 한금선(2000)의 연구에서 중년기 여성의 스트레스 증상이 적을수록 건강증진행위 수행정도가 높았으며, 건강증진행위 수행정도가 높을수록 삶의 질이 높다고 하였고 이경혜 외(1992)의 연구에서 신체 각 기능의 변화, 호르몬의 변화, 정신적 변화에 따라 여러 가지 고통을 스스로 자구책을 마련하여 관리함으로써 편안함을 느낀다고 하였다.

문헌 고찰에서도 알 수 있듯이 중년 여성의 폐경은 신체적, 사회, 심리적으로 많은 변화를 겪는 또 하나의 인생 과도기로서 질적인 삶의 유지가 중요하다고 할 수 있다. 따라서 폐경에 대한 지식, 태도, 폐경 시에 경험하는 증상, 대처 방법을 기초로 하여 중년 여성의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 지침을 제공하여 여성이 스스로 자신의 몸에 책임을 지고 건강관리를 할 수 있는 능력을 갖는 것이 필요하다.

4. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계

여성이 중년기에 접어들면 호르몬 변화로 인해 신체적 증상이 나타나게 되고, 이로 인해 자존감 손상, 무기력함, 우울 등의 정서적 위기상태를 경험하게 된다. 폐경을 전후해서 나타나는 우울은 혈중 에스트로겐 수준의 저하와 함께 노화와 함께 동반되는 생활양식의 변화, 자녀들의 독립, 폐경으로 인한 여성의 생식기능상실에 대한 심리적 압박감등의 상호작용으로 인해 발생된다(Wasaha & Angelopoulos, 1996).

중년 여성은 폐경을 경험하면서 여러 가지 폐경증상 및 건강의 위험을 경험하므로 생활양식을 측정하는 것이 무엇보다 중요하다고 하였다(한숙희, 2004). 우선 생활양식과 폐경증상간의 관계에 대한 연구들을 살펴보면 폐경을 일찍 경험하는 여성들은 골다공

증, 심혈관 질환의 위험이 더 높으며(Cooper, 1998), 흡연, 낮은 교육수준, 배우자가 없는 경우, 직장이 없는 상태와 조기폐경과 관련이 있다고 보고 되고 있다(Ellen, 2001). 이정애(2001)는 농촌지역의 40-59세의 여성을 대상으로 생활양식과 갱년기 증상간의 관계에 대한 연구에서 식생활 습관은 사회 심리적 변화와 관련이 있으며 운동습관은 성적변화에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 또한 흡연을 하는 여성들이 혈관운동성 증상(안면 홍조, 야간 발한)이 더 많이 나타나며(Guthrie, Smith, & Dennerstein, 1995; Ellen, 2000), 규칙적인 운동을 하는 여성은 그렇지 않은 여성들보다 안면홍조 증상이 적었다(Hammar, 1990; 이정애, 2001). Freeman 등(2001)은 폐경기에 흔히 나타나는 안면홍조는 알콜 섭취와 관련이 있다고 하였다. 이처럼 흡연과 운동, 식습관은 폐경 증상에 영향을 미치므로 여성의 생활양식이 중년기 여성의 건강에 중요한 역할을 한다고 볼 수 있다.

폐경과 우울간의 관계에 대해 명확히 규명되지는 않았으나(Travis & Randal, 2000), 폐경 증상은 우울과 밀접한 관계를 가진다. Soares와 Almeida(2001)는 폐경 이행기에 있는 여성은 다른 여성들보다 우울 증상을 나타낼 확률이 매우 높다고 언급하였다. 그러나 폐경 여부로서 중년기 여성의 우울을 예측할 수는 없다고 보고 되고 있다. Judith(1998), Lorraine(2000), 이규은(1999)의 연구결과에 따르면 실제 폐경 여부와 우울 정도와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 이에 반해 정은순(1998)은 41-69세의 여성을 대상으로 우울과 폐경 증후군과의 관계를 조사한 결과 폐경 후 여성들의 우울 점수가 유의하게 높았으며, Schmidt와 Rubinow(1991)의 연구에 따르면 전 폐경기 동안 정서장애가 나타난다고 하였다. PalinkasBarrett -Cannor(1992)도 호르몬 치료를 받지 않는 여성의 경우 폐경 이후 년 수가 증가할수록 평균 우울 점수가 유의하게 증가되었다고 보고하였다. 또한 Sagsoz 등(2001)이 Kinrikkale 대학병원 산부인과를 방문한 40-55세 여성을 대상으로 우울 정도를 조사한 결과 폐경후기 여성의 우울 점수가 폐경전기 여성에 비해 유의하게 높게 나타났다. 따라서 폐경 여부 자체로서 우울 정도를 평가할 수는 없지만 폐경 이후 우울 증상이 꾸준히 증가하는 것을 확인할 수 있었다.

폐경 증상 혹은 갱년기 증상을 많이 경험할수록 우울 정도가 높다는 결과들이 많이

보고 되고 있다. 권숙희(1996)은 40-61세의 여성을 대상으로 한 연구에서 우울과 갱년기 증상이 정적 상관관계가 있으며, 심한 갱년기 증상은 우울의 발생요인이 될 수 있다고 하였다. 또한 정은순(1998)은 41-59세의 여성을 대상으로 조사할 결과 폐경 증후군은 폐경 전후에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 폐경 후 여성들의 경우 폐경 증상이 많을수록 우울 점수가 유의하게 높음을 확인하였다. Harlow(1999)의 연구에서도 우울 점수가 높을수록 폐경 증상을 많이 경험한다고 나타났다. Lorraine(2000)은 호르몬 변화와 폐경 증상간의 관계에 관한 연구에서 혈관운동성 변화, 유방압통, 질 건조감만이 폐경 시 호르몬 변화와 관련이 있었다고 보고하여, 우울이나 정서변화는 호르몬 변화와 관련이 없음을 시사하였다. 이는 폐경기 여성의 우울과 불안이 혈중 FSH, LH, E2 수준과 관계가 없다고 나타난 Sagsoz(2001)의 결과와 일치하였다. 폐경 시 호르몬 변화, 폐경 유무와 우울 간에는 관계가 없었으나, 폐경 증상을 많이 경험하는 여성이 우울 증상을 나타낼 확률이 높음을 알 수 있다.

여성의 건강증진 생활양식과 우울의 관계에 대한 문헌을 살펴보면 우선 흡연을 하는 여성일수록 우울 정도가 높다는 많은 보고들이 있으나(Benard,1999; Ellen, 2000; Judith, 1999), 우울의 결과로서 흡연이 증가할 수 있으므로 우울의 위험인자가 흡연이라고 단정 지을 수는 없다. 또한 유은광(1999)은 건강행위이행정도가 높을수록 우울 수준이 낮게 나타났다고 보고하였다. 그러나 다른 건강증진 생활양식(음주, 건강검진, 식생활)과의 우울과의 관계에 관한 연구는 미비하였다. 건강증진 생활양식을 대상으로 우울 및 삶의 질과의 의 관계를 규명해 보고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 중년여성의 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 연구의 목적을 이해하고 수락한 자로, 서울과 경기지역에 거주하는 40세-59세의 여성을 대상으로 편의 표출하였으며 총 150명이 선정되었다.

3. 연구 도구

건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계를 확인하기 위하여 일반적 특성 11 문항, 건강증진 생활양식 47문항, 우울 20문항, 삶의 질 47문항으로 된 설문지로 구성되어 있다.

가. 건강증진 생활양식

본 연구에서는 Walker(1987)가 개발한 Health Promoting lifestyle Profile (HPLP)을 번안하여 서연옥(1996)이 우리 문화에 맞게 일부 수정·보완한 도구를 사용하였다. 건강 증진 생활양식은 6개의 하위 개념인 자아실현 11문항, 건강 책임 10문항, 운동 5문항, 영양7문항, 대인관계지지 7문항, 스트레스 관리 7문항 등 총 47문항으로 4점 척도를 이루어져 있다. 이 도구는 최소 47점에서 최고 188점의 범

위를 가지며, 점수가 높을수록 건강증진 생활양식 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.92$ 였으며, 서연옥(1996)의 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.90$ 이었고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.92$ 이었다.

나. 우울

본 연구에서는 우울정도를 측정하기 위하여 CES-D scale(Center for Epidemiologic Studies Depression scale)로 측정하였다. CES-D scale은 우울 증후군의 역학적 연구를 위해 Radloff가 개발한 도구로서 지난 한 주 동안에 경험한 우울을 측정하며 일반인들의 우울증상 정도를 측정하기 위한 것이다. 본 도구는 20 문항으로 되어 있으며 각 문항마다 4점 척도로 되어 있고, 최저 0점에서 60점으로 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 신경림(1992)이 번역한 것을 사용하였고, 신경림(1992)의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.89$ 였으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.81$ 이었다.

다. 삶의 질

본 연구에서는 노유자(1988)가 개발한 Quality of life의 도구 47개 문항에 의해 측정된 점수를 말한다. 도구의 문항은 6개의 영역으로 구분되는데 가족관계 6문항, 이웃과의 관계 4문항, 경제상태 11항, 신체상태와 기능 9문항, 정성상태 9문항, 자아 존중감 8문항으로 구성되었다. 각 문항은 5점 척도로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 문항 중 26번, 28번, 30번, 31번, 32번, 33번, 34번 35번, 38번, 39번, 46번은 부정적 질문으로 통계 시 역산하였다. 노유자(1988)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=0.89$ 였으며 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.95$ 이었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 서울 및 경기도에 거주하는 중년여성을 대상으로 임의 선정하여 2006년 8월 21일부터 9월 30일까지 하였다. 자료 수집은 서울시 2개구, 서

울에 소재한 보건소, 병원, 보험회사에서 수집하였다. 대상자에게 본 연구의 목적을 설명한 후 수락한 대상자에 한하여 설문지를 통해 자료 수집 하였다.

5. 자료 분석

자료 분석은 SPSS WIN 13.0을 이용하여 통계분석 하였다.

- (1) 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다.
- (2) 도구의 신뢰도를 산정하기 위하여 Cronbach's a 계수를 구하였다.
- (3) 대상자의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질은 평균과 표준편차를 구하였다.
- (4) 건강증진 생활양식과 우울, 삶의 질의 관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.
- (5) 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질의 차이분석은 t-test, ANOVA로 구하였다.

6. 연구의 제한점

가. 연구 대상자를 편의 표출에 의해 선정되었기 때문에 연구 변수에 영향을 미칠 수 있는 변수를 통제하지 못하였다.

나. 본 연구대상자는 일개 지역에 있는 중년 여성을 편의표출 했기 때문에 본 연구 결과를 다른 집단을 일반화하기에는 신중을 기하여야 한다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적 특성은 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 가족관계, 월수입, 직업, 폐경, 성관계 정도를 조사하였다.

연령분포는 40-49세가 68.0%였으며 50-59세는 32.0%였다. 학력은 중졸 4.7%, 고졸 36.0%, 전문대 및 대졸 58.0% 대학원이상이 1.3%를 차지하였다. 결혼상태는 기혼이 85.3%로 대다수를 차지하였고 미혼 4.7% 별거 이혼 4.0%, 사별 3.3% 동거 2.7%를 차지하였다. 종교는 기독교가 42.0%로 가장 높았으며 없다 27.3% 천주교 18.0% 불교 12.0% 기타 0.7% 순이었다. 가족관계는 부부와 자녀가 71.3%로 가장 높았으며 자녀만과 부부와 자녀 및 시부모가 함께 살고 있는 가족관계는 각각 9.3%였으며 부부만의 관계는 5.3%, 부부와 자녀 및 친정부모가 함께 살고 있는 가족은 4.7%로 나타났다. 월수입은 300만 이상이 67.3%로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 200-299만원 14.7%, 100-199만원 14.0%, 100만원 이하가 4.0%를 차지하였다. 직업은 69.3%가 직업이 있었다. 폐경은 폐경인 경우가 23.7%였으며, 성관계는 성생활을 하고 있는 경우가 86.0%로 나타났고 성생활을 하지 않는 경우는 14.0%였다<표 1>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(N=150)			
특성	구분	실수	백분율 (%)
연령	40-49세	102	68.0
	50-59세	48	32.0
	중졸	7	4.7
학력	고졸	54	36.0
	전문대 및 대졸	87	58.0
	대학원이상	2	1.3
	기혼	128	85.3
결혼상태	미혼	7	4.7
	별거 이혼	6	4.0
	사별	5	3.3
	동거	4	2.7
종교	기독교	63	42.0
	불교	48	12.0
	천주교	27	18.0
	없다	41	27.3
	기타	1	0.7
	부부	8	5.3
가족관계	부부+ 자녀	107	71.3
	부부+ 자녀+ 시부모	14	9.3
	부부+ 자녀+ 친정부모	7	4.7
	자녀만	14	9.3
월수입	100만원 이하	6	4.0
	100-199만원	21	14.0
	200-299만원	22	14.7
직업	300만원이상	101	67.3
	유	104	69.3
	무	46	30.7
폐경	유	43	28.7
	무	107	71.3
성관계	예	129	86.0
	아니오	21	14.0

(무응답 제외)

2. 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질

대상자의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질 정도는 다음과 같다. 건강증진 생활양식은 4점 척도로 평균 129점으로 나타났고 범위는 86점에서 186점까지였다. 우울은 4점 척도로 최소 0점에서 최고 60점으로 평균은 34.08점으로 조사되었으며, 범위는 20점에서 41점까지였다. 삶의 질은 5점 척도로 평균 146점으로 조사되었고, 범위는 116점에서 190점까지로 조사되었다<표 2>.

<표 2> 건강증진 생활양식, 우울 및 삶의 질

(N=150)		
구분	Mean±SD	Range
생활양식	129.21±21.78	86~186
우울	14.06±7.39	0~ 41
삶의 질	146.63±13.51	116~190

(무응답 제외)

우울 측정 점수로 우울의 정도를 분류하여 보면 15점 이하 정상은 61.5%, 16~20점은 경증우울은 20.3%, 21~24점은 중등도 우울은 10.1%, 25점 이상 중증 우울은 8.1%를 차지하였다<표 3>.

<표 3> 우울의 정도

(N=150)		
범위	실수(n)	백분율(%)
15점 이하(정상)	91	61.5
16~20점(경증 우울)	30	20.3
21~24점(중등도 우울)	15	10.1
25점 이상(중증 우울)	12	8.1

(무응답 제외)

건강증진 생활양식은 6개의 하부영역으로 그 항목은 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계, 스트레스 관리로 구성되어 있다. 건강증진 생활양식 4점 만점의 평균 2.75점이었다. 자아실현이 가장 높게 조사되었고 대인관계, 영양, 스트레스관리, 건강책임 순이었고 운동항목이 가장 낮게 조사 되었다<표 4>.

<표 4> 건강증진 생활양식 하부영역

(N=150)		
하부영역	문항수	Mean±SD
자아실현	12	3.00±0.53
건강책임	6	2.38±0.63
운동	4	2.07±0.78
영양	5	2.93±0.75
대인관계	6	2.99±0.58
스트레스 관리	7	2.59±0.53
전체	47	2.75±0.46

(무응답 제외)

삶의 질은 6개의 하부영역으로 가족관계, 이웃과의 관계, 경제상태, 신체상태와 기능, 정서상태, 자아존중 6항목으로 구성되어 있다. 삶의 질은 5점 만점의 평균 3.31점이었다. 정서상태 영역의 삶의 질 점수가 가장 높았으며 이웃관계, 가족관계, 자아 존중감, 신체상태, 경제상태 순으로 조사되었다<표 5>.

<표 5> 삶의 질 하부영역

(N=150)		
하부영역	문항수	Mean±SD
가족관계	6	3.39±0.51
이웃관계	4	3.43±0.53
경제상태	11	3.03±0.54
신체상태	9	3.11±0.54
정서상태	9	3.49±0.77
자아 존중감	8	3.37±0.59
전체	47	3.31±0.44

(무응답 제외)

3. 건강증진 생활양식과 우울, 삶의 질 및 우울 삶의 질과의 관계

건강증진 생활양식에 따른 우울, 삶의 질과의 상관관계를 분석한 결과 건강증진 생활양식과 우울과의 상관관계는 $r=-.14$ 이었으나 통계적으로 유의하지 않았다 ($p=.101$). 건강증진 생활양식과 삶의 질과의 관계는 $r=.42$ 로 순 상관관계를 보였으며 통계적으로 유의하였다($p=.000$). 즉 건강증진 생활양식의 정도가 높은 대상자가 삶의 질 정도가 높았다<표 6>.

<표 6> 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계

	건강증진 생활양식(p)	삶의 질(p)
우울	-.14(.101)	-.01(.932)
삶의 질	.42(.000)	

건강증진 하부영역과 삶의 질과의 관계를 분석한 결과는 자아실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계관리, 스트레스관리 등 모든 하부영역과 순 상관관계를 보였으며 통계적으로 유의하였다<표 7>.

<표 7> 건강증진 생활양식 하부영역과 삶의 질과의 관계

하부영역	삶의 질(p)
자아실현	.36(.000)
건강책임	.24(.005)
운동	.26(.002)
영양	.24(.006)
대인관계	.32(.000)
스트레스 관리	.44(.000)

4. 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질의 차이

일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질 차이는 다음과 같다<표 8>.

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식은 모든 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

일반적 특성에 따른 우울의 차이를 분석한 결과 우울은 월수입이 300만원 이하 대상자의 우울 점수가 300만원 이상의 대상자보다 우울점수가 통계적으로 유의하게 높았다($t=2.92$, $p=.000$). 성관계는 성관계를 하는 대상자가 성관계를 하지 않는 대상자의 우울 점수가 통계적으로 유의하게 높았다($t=-3.92$, $p=.000$). 결혼은 기혼인 경우의 대상자가 기타 경우의 대상자보다 우울 점수가 통계적으로 높았다($t=-2.26$, $p=.030$). 그 밖의 일반적 특성에 따른 우울의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이를 분석한 결과 월수입 300만원 이하 대상자보다 300만원 이상의 대상자의 그룹의 평균점수가 통계적으로 유의하게 높았다($t=-1.98$, $p=.050$). 그 밖의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 8> 일반적 특성에 따른 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질

(N=150)

항목	구분	n	건강증진	t or		우울	t or		삶의 질	t or	
			생활양식 Mean±SD	F	p	Mean±SD	F	p	Mean±SD	F	p
월수입	300만원 이하	48	2.80±0.49	1.07	.29	16.54±7.13	2.92	.00	3.04±0.29	-1.98	.05
	300만원 이상	100	2.72±0.50			12.87±7.24			3.15±0.28		
직업	유	102	2.70±0.44	-1.79	.08	14.52±7.53	1.16	.25	3.12±0.30	.56	.58
	무	45	2.85±0.50			13.00±7.00			3.09±0.25		
폐경	유	43	2.83±0.50	1.37	.17	14.18±6.42	.13	.87	3.14±0.25	1.59	.56
	무	105	2.72±0.44			14.01±7.77			3.11±0.30		
학력	고졸이하	61	2.62±0.50	-.75	.45	13.43±7.30	-.23	.82	2.99±0.25	-1.19	.24
	전문대이상	89	2.76±0.46			14.09±7.41			3.12±0.29		
성관계	유	128	2.76±0.45	.52	.60	13.16±6.73	-3.92	.00	3.11±0.28	-1.07	.32
	무	20	2.69±0.53			19.80±8.90			3.26±0.40		
결혼	기혼	127	2.77±0.46	1.42	.16	13.51±7.01	-2.26	.03	3.11±0.00	-.86	.39
	기타	21	2.61±0.49			17.38±8.81			3.20±0.09		
나이	40-49세	102	2.70±0.45	-1.56	.12	13.96±7.75	-2.42	.83	3.11±0.28	-.57	.57
	50-59세	48	2.83±0.48			14.28±6.59			3.14±0.31		
종교	크리스찬	89	2.78±0.75	.99	.38	13.72±7.64	3.35	.70	3.14±0.30	.94	.39
	불교	18	2.61±0.45			15.28±6.54			3.16±0.25		
	기타	4	2.75±0.49			14.06±7.39			3.06±0.27		
가족관계	직계가족	129	2.75±0.47	.58	.95	14.19±7.44	.51	.61	3.10±0.28	-1.63	.11
	확대가족	21	2.74±0.42			13.29±7.18			3.21±0.28		

(무응답 제외)

V. 논의

1. 대상자의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질

가. 대상자의 건강증진 생활양식

중년기 여성은 생리적으로 폐경이라는 발달 위기 과정을 겪게 되는 한편, 사회 심리적으로는 가족과 사회 내에서의 관계 맥락 속에서 가정에서만 안주한 것에 대한 압박감, 자식의 독립으로 인한 공허함 등의 심리적 갈등을 경험하는 것으로 알려져 있어 이들의 건강관리 측면에 대한 관심이 요구되어지는 시기이다. 그럼에도 중년기 여성은 여러 복합적인 요인으로 인해 자신의 건강관리에 소극적인 것으로 나타나 건강문제 유발에 있어 남성보다 높은 이환율은 나타내고 있다(윤은자, 2000).

본 연구에서의 건강증진 생활양식은 4점 만점에 평균 2.75점으로 나타나 대학생을 연구한 박명화(1993)의 3.33(5점)과 김명희(2000)의 3.77(5점)보다 비슷한 낮은 점수를 보였다. 이는 대학생, 성인을 대상으로 한 Walker(1988), 서연옥(1995), 우원미(1995)의 연구결과나, 근로자를 대상으로 한 성미혜(1997), 홍은영(2004)과 비슷한 점수를 보이고 있다. 본 연구의 대상자인 중년 여성들은 생의 절정기이기도 하지만 일상의 타성과 주변의 다양한 요구, 신체 생리적 변화 등에 대응해야 하는 시기로 정신적 스트레스를 받기 쉬운 시기이며, 중년 여성이 정신 신체적으로 질병에 노출될 가능성이 높음을 시사하는 결과라 할 수 있다.

건강증진 생활양식의 하위 영역별로 보면 중년 여성, 대학생 및 성인집단을 대상으로 한 연구(박재순, 1995; 서연옥, 1995; 윤은자, 1997; 전정자와 김영희, 1996; Walker, 1988)에서는 건강책임이 가장 낮았고, 운동영역이 그 다음으로 낮은 수행 정도를 보였으나, 본 연구에서는 운동영역이 가장 낮은 결과를 보였다. 이는 자신의 건강에 대한 책임을 받아들이고 자신을 돌보며 필요시 건강관리와 관련된 교육을

받고자하는 건강책임영역은 강화되어졌지만 운동행위를 증진시키는 중재의 필요성을 의미한다고 할 수 있다.

건강증진 생활양식의 인구 사회학적 특성에 다른 건강증진 생활양식의 이행 정도는 Krick과 Sobal(1990), Pender(1990)등의 연구에서 교육, 경제, 직업과 같은 사회경제적 상태가 건강증진 행위와 관계가 있다고 보고 되었다. 본 연구에서는 사회경제적 상태에 따라 통계적으로 유의하지는 않지만 학력이 높은 대상자, 성관계를 하고 있는 대상자, 50대 중년 여성에서 건강증진 생활양식 평균 점수는 높았다. 이는 대상자 집단의 사회경제적 상태가 건강증진 생활양식의 모든 하위영역에 대해 일관된 양상을 설명하지 못하고 있음을 의미한다.

나. 대상자의 우울

본 연구의 측정도구로 사용된 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)은 우울증의 유무와 정도를 측정하는데 매우 간단한 비진단적인 선별검사로서 일반인을 대상으로 우울증 환자를 선별하는데 경제적이고 대상자에게 적용하기가 용이하며 측정오차를 피할 수 있다는 장점이 있다(남정자, 조맹제, 1997). 이는 1995년도 국민 건강 및 보건 의식 행태 조사의 연구도구로도 사용된 바 있으며, 조사결과는 경증 이상의 우울 25.31%, 중등도의 우울 14.49%, 중증 우울 8.68%로 본 연구의 대상자들의 우울 정도가 좀 더 낮은 것으로 차이를 보였다. 생리적, 사회 심리적 요인 등에 의해서 신체적, 정신적 증상이 다양하게 나타나며 개인차에 따른 차이로 볼 수 있다.

또한 BID(Beck Inventory Depression)를 사용하여 중년 여성의 우울을 연구한 고효정과 김혜영(1997)의 결과는 경증 우울 28.3%, 중증 우울 11.2%로 경증 이상의 우울이 39.4%로 나타났지만, 본 연구의 결과 38.5%를 보여 선행 연구 결과보다는 낮은 결과를 보였다. 이는 연구 대상자의 정신 건강에 대한 관심이 높아졌고, 여러 매체를 통해 정신 건강의 중요성을 인지한 결과라고 할 수 있다.

우울과 인구 사회학적 특성에 따른 관계를 살펴보면 40대 우울보다 50대의 우울

정도가 높게 나타났으며 이는 박난준(1989)의 연구에서 51~55세 사이의 연령층에서 갱년기 증상 점수가 가장 높게 나타난 것과 관련지어 볼 때 대상자들이 현재 경험하고 있는 증상으로 인한 불편함과 심리적 갈등이 우울을 유발하는데 직접적으로 관련이 있다고 할 수도 있다. 유은광(1999)의 연구에서도 50대 여성이 40대 여성보다 우울 정도가 높아 본 연구와 비슷한 결과를 나타냈다. 폐경유무와 우울정도에 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 월경상태가 불규칙할 때 우울이 높았음을 보고한 고효정(1997)과 김혜영의 결과와는 상반되는 결과를 보였지만, 이규은과 최의순(2000)의 연구 결과와는 동일한 결과를 보였다. 월수입에서는 300만원 이하 대상자에서 우울 정도가 높았으며, 이는 월수입과 우울정도에 유의한 차이가 있다는 김인자(2001), 신경림(1994), 조미영(2000)의 연구결과와 일치된다. 직업이 있는 대상자는 없는 대상자보다 우울정도가 높게 나타났으며, 이러한 연구결과는 직업유무와 우울과는 유의한 차이를 보이지 않았다고 보고한 조미영(2000), Lennon(1994)의 연구결과와 일치된다. 종교에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았는데 이는 김인자(2001)의 연구와 일치된다. 학력은 고졸이하 대상자보다 전문대 이상의 대상자에서 우울정도가 높았지만 이는 통계적으로는 유의하지 않았다. 이는 교육수준의 증가에 따라 우울 정도가 감소됨을 보고한 김인자(2001), 김광수(1999), 신경림(1992), 조맹제(1999), 조미영(2000)의 연구결과와 일치된다. 결혼상태는 기혼인 대상자보다 기타 대상자의 우울 정도가 높았는데, 김인자(2001), 조미영(2000)의 연구에서는 기혼상태보다 미혼상태의 우울 정도가 높은 결과를 보였지만 본 연구에서는 기혼상태의 대상자에서 우울 정도가 낮았다. 이는 결혼상태의 안정이 심리적으로 안정감을 유지하여 정신 건강에 영향을 기인한다고 할 수 있다. 성관계를 하고 있는 중년 여성의 우울이 하고 있지 않는 중년 여성보다 우울의 정도가 낮았으며, 통계적으로 유의하였다. 이는 성관계가 정신 건강과 관련이 있음을 알 수 있다. 폐경에 따른 우울의 정도는 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 정은순(2001)의 연구와는 일치되지 않았으며, 중년 여성이 폐경에 대한 적극적인 준비와 매체를 통한 교육의 효과로 인한 것이라고 사료되며, 가족관계에 따른 우울 정도는 통계적으로 유의하지 않았다.

다. 대상자의 삶의 질

삶의 질은 생의 주기 관점에서 어떻게 작용하고 어느 주기에 있어 그 수준이 절정이며 문제가 될 수 있는 지에 관해서 아직 명확하지 않다. 다만 중년기가 발달 단계상 가장 많은 변화를 겪게 되고, 자녀 양육과 부모 부양은 물론 노후 대비 등을 준비해야 하는 한편 신체적으로는 갱년기 등의 신체 변화를 겪게 되므로 이러한 요인이 스트레스원으로 작용하여 삶의 질에 대해 부정적 영향과 가정과 사회에서의 중요한 역할이 주어진 시기이므로 중년기에 느끼는 안녕 상태는 가정은 물론 사회에 큰 영향을 미친다고 할 수 있다.

본 연구에서 대상자들의 삶의 질은 5점 만점의 평균이상인 것으로 측정되었으며 특히 정서상태, 이웃관계, 가족관계가 높은 것으로 나타났고, 경제상태 영역이 가장 낮게 나타났다. 고효정(2000)의 연구에서는 정서상태의 삶의 질이 가장 낮게 나타났지만, 본 연구에서는 우울의 정도도 다른 선행연구에서 보다 낮게 측정되어 정서, 심리적 안정 상태가 삶의 질에 긍정적 영향을 미치고 있으며, 중년 여성의 경제상태에 대해서는 부정적인 생각을 가지고 있어서 삶의 질이 낮게 측정된 것으로 생각된다. 또한 정서적 안정과 이웃이나 가족 등의 관계가 삶의 질에 긍정적 영향을 끼쳐 자아 존중감과 가족이나 이웃과의 관계에서의 존재감이 자신감으로 표현이 될 수 있으며, 이는 중년 여성의 삶의 질에 중요한 부분이라고 생각된다.

삶의 질의 인구 사회학적 특성에 따른 결과를 살펴보면 본 연구에서는 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이에서는 월수입을 제외한 다른 변수들은 통계적으로 유의하지 않았다. 월수입이 높은 300만원 이상의 대상자에서 삶의 질 점수가 높았고, 통계적으로 유의하였다($p=.050$). 이는 박미석(1996)의 연구와 일치되는 결과를 보였으며, 경제적 상태의 안정이 삶의 질에 긍정적 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 직업 유무에 따른 분류에서는 큰 차이는 없었지만 직업이 있는 대상자에서 삶의 질 점수가 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다. 이러한 결과는 김정주(1994)의 연구 결과와 일치된 결과를 보였다. 김정주(1994)는 직업을 가지고 있는 여성이

삶의 질을 더 높게 인지하고, 전문직의 직업을 가질수록 전반적인 삶의 질을 더 높게 나타냈지만, 김명소(1999)의 연구에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 중년 여성의 직업이 삶의 질에 큰 영향을 미치지 않는다고 할 수 있다. 폐경 유무에 따른 삶의 질 차이는 폐경을 한 대상자가 삶의 질 점수가 약간 높게 나타났는데 중년 여성이 신체적 노화 현상이나 질병 경험이 증가하는 중년기이므로 건강에 대한 관심이 증가되고 여러 다양한 방법을 통해 폐경이라는 신체적 위기에 대한 대처를 하고 있다고 할 수 있다. 선행연구 박미석(1996)의 연구에서는 종교에 따른 삶의 질은 차이를 보였지만, 본 연구는 일치된 결과를 나타내지는 않았다. 그렇지만 본 연구에서는 불교를 가진 중년 여성의 삶의 질이 가장 높았지만 통계적으로는 유의하지 않았다. 학력은 고졸이하의 대상자보다 전문대 이상의 대상자에서 삶의 질 점수가 높음을 알 수 있었는데, 이는 고정자(1998), 김갑숙(1996)의 연구 결과와 일치되는 결과로 나타났다. 나이에 따른 분류에서는 선행연구 하주영(2001)에서는 40대의 삶의 질 점수가 높았지만 본 연구에서는 50대의 삶의 질 점수가 높아 일치되지 않는 결과를 보였다. 나이가 삶의 질에 큰 의미가 없음을 알 수 있다. 성관계에서는 성관계를 하지 않는 대상자에서 삶의 질이 높았다. 본 연구에서 성관계는 우울과 직접적인 관련되어 유의한 결과로 나타났지만 삶의 질에서는 상이한 결과를 보였다.

삶의 질에 영향을 미치는 인구학적 요인에 대한 연구에서는 사회 경제적 상태, 결혼상태, 학력, 직업, 종교 등이 삶의 질에 영향을 미친다고 보고 되었는데, 사회 경제적 상태가 좋을수록, 학력이 높을수록 삶의 질은 높게 느낀다고 하였으며, 결혼을 한 사람이 결혼을 하지 않은 사람이나 이혼 또는 사별한 사람보다 삶의 질의 수준이 높으며, 직업 및 종교가 있는 경우 그렇지 않는 경우보다 삶의 질을 높게 느낀다고 하였다(김명자, 1982; 김종숙, 1987; 노유자, 1988; 하재구, 1986; Berry & Williams, 1987; George & Bearon, 1980; Glenn, 1985).

2. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계

본 연구에서 건강증진 생활양식과 우울과의 관계는 역 상관관계를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 이러한 결과로 건강증진 생활양식의 점수가 높으면 우울 점수가 낮게 나타남을 알 수 있었지만 이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 건강증진 생활양식의 하부 영역은 자아실현, 건강책임, 영양, 운동, 대인관계 5영역으로 구성되며 대상자들의 직접적인 영역으로 표현되는 영역과 정서적 심리적 상태로 구분되어짐을 알 수 있다. 이는 직접 행동으로 표현, 운동이나 영양의 영역에서 되어 지거나 인지된 자기 자신과 건강에 대한 관심이 건강증진 생활양식으로 표현되면 이는 우울에 긍정적인 결과를 유도해 낼 수 있다는 것을 알 수 있다. 따라서 건강증진 생활양식을 잘 이행하게 되면 정신 건강을 이룰 수 있다. Angelopoulos (1996)와 Wasaha는 중년 여성은 중년기에 접어들면 호르몬 변화로 인해 신체적 증상이 나타나게 되고, 이로 인해 자존감 손상, 무기력함, 우울 등의 정서적 위기상태를 경험하게 된다. 폐경을 전 후해서 나타나는 우울은 혈중 에스트로겐 수준의 저하와 함께 노화와 함께 동반되는 생활양식의 변화, 자녀들의 독립, 폐경으로 인한 중년 여성의 생식기능상실에 대한 심리적 압박감 등의 상호작용으로 인해 발생된다고 하였다.

본 연구에서 건강증진 생활양식과 삶의 질과의 관계는 순 상관관계를 보였으며 이는 통계적으로 유의하게($r=.42, p=.000$) 나타났으며, 건강증진 생활양식 정도가 높은 대상자가 삶의 질이 높다는 것을 의미한다. 건강증진 생활양식의 직접적인 영역과 정서적 심리적 상태의 변화를 긍정적으로 유도한다면 중년 여성의 삶의 질을 높일 수 있음을 알 수 있다. 이러한 결과로 인해 건강에 대한 지식을 지속적으로 교육이나 여러 방법을 통하여 자기 건강에 대한 책임을 지도록 하며, 긍정적으로 건강한 삶의 영위 할 수 있도록 의료 보건 종사자들은 지식, 태도, 행동의 변화를 유도하는 전략을 개발하고 지속적인 관리가 필요함을 알 수 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 중년 여성의 건강증진 생활양식을 조사하고 우울 및 삶의 질에 대한 관계를 파악하고 중년 여성의 건강한 삶을 영위할 수 있도록 간호중재를 마련하는데 있어 기초 자료를 제공하기 위한 것으로 서울, 경기 지역의 중년 여성 40~59세 150명을 대상으로 2006년 8월 21일부터 9월 30일까지 구조화된 설문지를 통하여 중년 여성의 건강증진 생활양식, 우울, 삶의 질에 대한 설문조사를 실시하였으며 그 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 건강증진 생활양식

대상자의 건강증진 생활양식에 대한 결과, 평균 2.75 ± 0.46 점(4점 만점)이었으며 범위는 1.83~3.96점이었다. 건강증진 생활양식 하부 영역은 자아실현 3.00 ± 0.53 으로 가장 높게 나타났고 운동영역 2.07 ± 0.78 점으로 가장 낮았다.

2. 대상자의 우울

대상자의 우울에 대한 결과는 우울 평균 점수는 14.06 ± 7.39 점이며 범위는 0~41점이었다. 우울에 대한 분류는 정상이 61.5%, 경증 우울 20.3%, 중등도 우울 10.1%, 중증 우울 8.1%로 나타났다.

3. 대상자의 삶의 질

대상자의 삶의 질에 대한 결과는 삶의 질 평균점수는 3.31 ± 0.44 점(5점 만점)이며 범위는 2.47~4.04점이었다. 삶의 질의 하부 영역 정서상태가 3.49 ± 0.77 으로 가장 높았으며 경제상태가 3.03 ± 0.54 점으로 가장 낮았다.

4. 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질과의 관계

건강증진 생활양식에 따른 우울, 삶의 질과의 상관관계 결과는 건강증진 생활양

식과 우울과의 상관관계는 $r=-.14$ 로 역 상관관계를 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다($p=.101$). 건강증진 생활양식과 삶의 질과의 관계는 $r=.42$ 로 순 상관관계를 보였으며 통계적으로 유의하였다($p=.000$). 즉 건강증진 생활양식을 많이 하는 대상자가 삶의 질 정도가 높았다.

연구 결과로 중년 여성의 건강증진 생활양식과 우울 및 삶의 질에는 관련이 있는 것으로 나타났다. 특히 건강증진 생활양식과 삶의 질에는 순 상관관계를 보였다. 건강증진 생활양식을 잘 이행함으로써 삶의 질에는 긍정적인 영향을 미칠 수 있음을 알 수 있었다. 이에 따라 건강증진 생활양식 이행정도가 낮은 운동영역의 이행을 촉진시키기 위한 전략과 지속적 관리를 할 수 있는 중재 방안을 모색하여야 한다. 경증이상의 우울은 40% 정도로 나타났다. 따라서 우울에 대한 포괄적인 접근을 통해 우울증 예방을 위한 통합적인 건강증진 프로그램의 개발과 적응으로 중년 여성의 삶의 질이 긍정적 변화를 유도하여야 한다. 중년 여성의 자기 자신에 대한 건강에 대한 책임을 질 수 있도록 건강전문인 특히 간호사들이 중심점이 되어 많은 간호중재를 통해 중년 여성의 건강한 삶을 영위할 수 있을 뿐만 아니라 건강한 노년기를 맞을 수 있으리라 생각된다.

본 연구 결과를 근거로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

- 1) 본 연구의 결과를 일반화하기 위하여 동일한 도구와 방법에 의한 반복적 연구가 필요하다.
- 2) 중년 여성의 건강증진 생활양식, 우울 및 삶의 질 등을 정확히 조사하기 위해서는 표본 수를 확대하고 표본 선출방법에도 신중을 기해야 한다.
- 3) 간호연구 측면에서 다학제간 접근을 통하여 중년 여성의 전반적인 건강과 삶의 질을 결정하는 요인이 무엇인지 밝히는 연구가 필요하다.
- 4) 간호실무 측면에서 본 연구 결과가 중년 여성을 대하는 간호사들은 보다 넓은 이해의 폭을 가지고 중년 여성이 갖고 있는 건강증진 생활양식과 우울 등을 고려하여 통합적인 삶의 질에 접근하여 간호중재를 개발함으로써 전문 간호사로서의 역할

의 확대 및 자질을 높일 수 있을 것이다.

참고문헌

- 강선정, “성인의 생활양식, 폐경증상 및 우울에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위논문, 2001.
- 강영미, “중년여성의 골다공증에 관한 지식, 건강신념과 자기효능감 간의 관계 연구”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1998.
- 강연하, “단기복합 체중 조절 프로그램 효과와 추적조사”, 이화여자대학교 석사학위논문, 2003.
- 권숙희, 김영자, 문길남, 김인순, 박금자, 박춘화, 배정미, 송애리, 여정희, 정은순, 정향미, “중년 여성의 갱년기 증상과 우울에 관한 연구”, *동의대기초과학연구논문집*, 7, pp. 343-353, 1997.
- 고정자, “한국과 영국인 주부의 삶의 질 비교”, *한국가정관리학회지*, 16(2), pp. 151-164, 1998.
- 고효정, 김혜영, “중년기 여성의 우울과 자아정체감에 관한 연구”, *여성건강간호학회지*, 3(2), pp. 117-138, 1997.
- 고효정, “중년기 여성의 위기감과 삶의 질 관계”, *여성건강간호학회지*, 6(4), pp. 619-631, 2000.
- 김명소, 성은현, 김혜원, “한국 기혼여성(아줌마)들의 성격 특성과 주관적 삶의 질”, *한국심리학회지*, 4(1), pp. 41-55, 1999.
- 김명희, “여대생의 건강증진 생활양식과 관련된 변인분석”, *여성건강간호학회지*, 7(3), pp. 293-304, 2001.
- 김미선, “갱년기 여성의 폐경관리 수행과 삶의 질에 관한 연구”, 전남대학교 석사학위논문, 1999.
- 김인자, “여성의 수면장애와 우울에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위논문, 2000.
- 김소선, “한국노인의 건강생활양식에 대한 논평”, *간호학탐구*, 3(2), pp. 63-65, 1994.

- 김소희, “여성 지체장애인이 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1999.
- 김진이, 정옥분, “중년 여성의 폐경에 대한 상태불안 연구”, *고려대학교사대논집*, 22, pp. 85-100, 1998.
- 김정엽, “중년여성의 자아개념과 우울에 관한 연구”, *여성건강간호학회지*, 3(2), pp. 103-116, 1997.
- 김현숙, “중년여성의 생활양식과 건강실태에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위 논문, 2000.
- 남정자, 최장수, 김태정, 계훈계, “한국인의 보건 의식 행태 : 1995년도 국민건강 및 보건 의식 행태조사”, *한국보건사회연구원*, 1995.
- 노유자, “서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구”, 연세대학교 박사학위 논문, 1988.
- 대한간호학회편, *간호학대사전*, 한국 사전 연구사, 서울, 1995.
- 민성길, “최신정신의학”, 일조각, 서울, 1997.
- 박금자, “중년기 여성의 우울 구조 모형”, 이화여자대학교 박사학위논문, 2000.
- 박난준, “중년 여성의 자아개념과 갱년기 증상간의 관계연구”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1989.
- 박미석, “중년기 남녀의 삶의 질에 관한 연구 I”, *한국가정관리학회지*, 14(2), pp. 19-32, 1996.
- 박명희, “중년여성의 건강증진 생활양식 관련 요인 분석”, *여성건강간호학회지*, 3(2), pp. 139-157, 1997.
- 박명화, “건강증진 생활양식의 이행 정도와 월경 전 증상의 관계 연구: 일부 군인을 대상으로”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1993.
- 박미석, “중년기 남녀의 삶의 질에 관한 연구”, *한국가정관리학회지*, 14(2), pp. 19-29, 1996.
- 박복희, “중년여성의 스트레스와 갱년기 증상과의 관계”, *여성건강간호학회지*, 6(3), pp. 383-397, 2001.

- 박인숙, “건강증진 생활양식에 관한 연구”, 부산대학교 박사학위논문, 1995.
- 박정숙, “이완술이 혈액투석 환자의 스트레스와 삶의 질에 미치는 영향”, 연세대학교 박사학위논문, 1989.
- 방활란, “말기 신질환 환자의 삶의 질 측정도구 개발”, 서울대학교 석사학위논문, 1991.
- 송애리, “일 지역 갱년기 여성의 건강증진 행위와 삶의 질에 관한 연구”, *한국간호교육학회지*, 6(2), pp. 262-275, 2000.
- 유은광, “중년여성이 경험하는 갱년기 증상과 관련요인 및 대응양상”, *여성건강간호학회지*, 5(2), pp. 200-212, 1999.
- 윤은자, “중년여성의 건강증진 생활양식에 관한 연구”, *보건교육 건강증진학회지*, 17(1), pp. 41-58, 2000.
- 우원미, “중년 남성의 건강증진 생활양식에 영향을 미치는 결정요인에 관한 연구”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1995.
- 오복자, “건강증진과 삶의 질의 질 구조모형 II : 암환자 중심”, *대한간호학회지*, 6(3), pp. 632-652, 1996.
- 이경혜, 장춘자, “중년기 여성의 폐경 경험”, *모자간호학회지*, 2(1), pp. 70-86, 1992.
- 이규은, “일부지역 중년 여성의 우울 정도와 영향 요인에 관한 연구”, *여성건강간호학회지*, 5(3), pp. 299-312, 1999.
- 이규순, 최의순, “운동적 프로그램이 우울 성향 중년 여성의 정서적 건강에 미치는 영향”, *여성건강학회지*, 5(1), pp. 43-53, 1999.
- 이미라, “근력강화운동 프로그램이 퇴행성 슬관절염 대상자의 근력, 통증, 우울, 자기효능감 및 삶의 질에 미치는 영향”, *대한간호학회지*, 26(3), pp. 556-575, 1996.
- 이병윤, “정신의학사전”, 일조각, 서울, 1997.
- 이성옥, “일부 농촌지역 중년기 여성의 삶의 질에 관한 분석 연구”, *공주전문대학 논문집*, 22, pp. 297-309, 1995.

- 이정애, 신중호, 정은경, 신민호, 김상용, “농촌지역 중년여성의 생활양식과 갱년기 증상 및 관리 수행과의 관계”, *한국모자보건학회지*, 5(1), pp. 83-96, 2001.
- 이주은, “우울과 자기지향이 자기지가, 사회적지지 및 대처행동에 미치는 영향”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1996.
- 서연옥, “중년여성의 건강증진 생활방식, 강인성, 성역할 특성의 관계”, *여성건강간호학회지*, 2(1), pp. 119-134, 1996.
- 성미혜, “간호대학생의 건강증진 생활양식 결정요인에 관한 연구”, *여성건강간호학회지*, 7(3), pp. 465-476, 2001.
- 신경림, 양진향 “농촌 중년 여성의 삶의 질 영향요인”, *대한간호학회지*, 33(7), pp. 999-1007, 2003.
- 신경림, “도서지역 성인 여성의 건강상태에 관한 연구”, *성인간호학회지*, 9(1), pp. 122-135, 1998.
- 신경림, “농촌지역 성인 여성의 건강인식 및 건강상태에 관한 연구”, *성인간호학회지*, 10(1), pp. 160-170, 1998.
- 신경림, “중년기 여성의 폐경으로 인한 몸의 변화에 관한 체험연구”, *대한 간호학회지*, 28(2), pp.414-429, 1998.
- 신경림, “중년여성의 우울증상 실태연구”, *성인간호학회지*, 11(4), pp.858-869, 1999.
- 신경림, 양진향, “농촌 중년 여성의 삶의 질 영향요인”, *대한간호학회지*, 33(7), pp. 999-1007, 2003.
- 신지영, “일부 성인여성의 체중조절 행태에 관한 조사”, 이화여자대학교 석사학위논문, 1998.
- 장하경, 서병숙, “중년 여성의 우울증에 관한 연구”, *한국 가정관리학회지*, 10(2), pp. 263-276, 1992.
- 전정자, 김영희, “성인의 건강증진 생활방식과 자아존중감, 지각된 건강상태와의 비교 연구”, *성인간호학회지*, 8(1), pp. 41-54, 1996.

- 장희선, 이용훈, 김선화, 권호숙, 전승아, 강영수, “폐경기 여성에서 삶의 질 평가 : 호르몬 대체요법을 중심으로”, *가정의학회지*, 19(7), pp. 515-521, 1998.
- 정미자, 이영숙, “요실금 여성의 삶의 질과 자가간호역량”, *한국모자보건학회지*, 1(1), pp. 79-95, 1997.
- 정은주, “생활양식에 따른 비만 발생 위험도”, 이화여자대학교 박사학위논문, 2000.
- 정은순, “중년여성의 우울증과 폐경증후군과의 관계”, *여성건강간호학회지*, 3(2), pp. 230-240, 1996.
- 조맹제, 김계희, “주요우울증 환자 예비평가에서 the Centerfor Epidemiologic Studies Scale의 진단적 타당성 연구”, *서울대학교 의과대학 정신과학교실*, pp. 270-275, 1992.
- 차경미, “중년 후기 여성의 폐경관리 및 삶의 질에 미치는 영향요인”, 경산대학교 박사학위논문, 2000.
- 최은영, 임영신, 김규남, 박정용, 김현주, 조비룡, 이성희, 유태우, 허봉렬, “한국인의 음주양태에 관한 연구”, *가정의학회지*, 19(10), pp. 858-869, 1998.
- 통계청, “총인구 및 인구성장률 : 추계인구”, 2001.
- 하주영, “중년 여성의 폐경 증상과 삶의 질”, 이화여자대학교 석사학위논문, 2001.
- 한금선, “미국 이민 중년여성의 스트레스 반응, 스트레스 증상, 건강 증진 행위. 삶의 질에 관한 연구”, *대한간호학회지*, 30(3), pp. 606-618, 2000.
- 한영란, “만성정신장애인의 삶의 질 요인에 관한 연구”, 대구대학교박사논문, 1997.
- 한숙희, “중년 여성의 폐경 증상과 폐경관리 및 삶의 질”, 이화여자대학교 석사학위논문, 2002.
- 홍미령, “비만인의 자기조절행위와 체중조절에 관한 구조모형”, 경희대학교 석사학위논문, 1995.
- 홍은영, “고혈압 남성 근로자의 건강증진 생활양식의 영향요인”, 서울대학교 석사학위논문, 2004.
- Alexander J. L., Willems E. P., “Quality of life : Some measurement requirments”, *Arch Phys Med Rehabil*, 62(6), pp. 261-265, 1981.

- Ardell, d.b, "High Level Wellness", Berkeley, CA, Tenspeed Press, 1986.
- Avis NE and Micinlay SM, "The Massachussetts Women's Health Study" :
An epidemiologic Investigation of the Menopause, *Journal of American Woman*, 50(2), pp. 45-49, 1995.
- Bernard L. H, "Prevalence and Predictors of Depressive Symptoms in Older Premenopausal Women", *Arch gen Psychiatry*, 56, pp. 418-424, 1999.
- Bromberger, J. T., and Mattewsm K. A, "A Feminine model of vulnerability to depressive symptom": A longitudinal investigation of middle-aged Woman, *Journal of personality and social Psychology*, 70(3), pp. 591-598, 1996.
- Burckhardt, C. S., "Quality of life of adults with chfonic illlness : a psychometric study", *Research in Nursing & Health*, 12, pp. 347-354, 1989.
- Copper G, Sander D. P, "Age at natural menopause and mortality", *Annal Epidemiology*, 8, pp. 229-235, 1998.
- Ellen S. Mitchell and Nancy f. Woods, "Wympton experiences of midlife woman : observations from the Seattle midlife women's health study" , *Maturitas*, 25, pp. 1-10, 1996.
- Ersek, M., Ferrell, B, R., Dow, K. H., and Melancon, C. H., "Quality of life in woman with ovarian cancer", *Western Journal of Nursing Reserch*, 19(3), pp. 334-350, 1997.
- Ferrans C. E. and Powers M. J., "Psychometric assessment of the Quality of the life index", *Reserch in nursing & Health*, 15, pp. 29-38, 1992.
- Guthrie jr, Smith AM, Dennerstrin L, "Physical activity and the menopause experience" : A cross-sectional study, *Maturitas*, 20, pp. 71-80, 1995.

- Hartweg D.I, "Self care actions of healthy middle aged women to promote well-being", *Nursing Research*, 42(4), pp. 221-227, 1993.
- <http://www.nso.go.kr/>
- Hutto B, "The Symptoms of depression in endocrine disorders", *CNS spectrums*, 4(4), pp. 51-61. 1999.
- Gochman, D. S, "Health Behavior : emerging research perspectives", New York and London : Plenum Press, 1988.
- Judith A. Berg, "The perimenopausal Transition of Filipino American Midlife Women : Biopsychosociocultural Dimensions", *Nursing Research*, 49(2), pp. 71-77, 1999.
- Mayer. J, "Regulation of energy intake and the body weight, the glucostatic theory and the lipostatic hypothesis", *Annual New York Academy Science*, 63, pp. 15-43, 1995.
- Nancy F. W., Ellen S. M., "Pathways to Depressed Mood for Midlife Women : Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study", *Research in Nursing & Health*, 20, pp. 119-129, 1997.
- Palinkas L. A., Barrett-Cannor E, "Estrogen use and depressive symptom in postmenopausal women", *Obstetrics and Gynecology*, 80(1), pp. 30-36, 1992.
- Pender N. J., Susan Noble Wolker, Karen R., Sechrist, and Marilyn Frank-Stromberg, "Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace", *Nursing Research*, 39(6), pp. 326-332, 1990.
- Peplau. H. E, "Mid-life crisis", *American Journal of Nursing*, 75(10), pp. 1761-1765, 1975.
- Radoff. L, "The CES-D Scale : A Self report depression scale for research in the general population", *Apple Psycho Measurement*, 1, pp. 385-401, 1977.

- Schank M, J., Lawrence D. M., “Young adult women : Lifestyle and health locus of control”, *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), pp. 1235-1240, 1993.
- Schmit P. J., Rubinow D. R., “Menopause related affective disorders : a justification for further study”:, *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 944-882, 1991.
- Soares C. N., Almeida O. P, “Depression during the perimenopause”, *Archives of General Psychiatry*, 58(3), pp. 30-42, 2001.
- Suling Li, Karyan Holm, Meg Gulanick., and Dorothy Lanuza, “Perimenopause and quality of life”, *Clinical Nursing Research*, 9(1), pp. 924-932, 2000.
- Travis A., Randal D, “Menopause and Depression : A Review of Psychologic Function and Sex Steroid Neurobiology During The Menopause Prim Care Update”, *Obstetrics and Gynecology*, 7(6), pp. 215-223, 2000.
- Wheeler L. “Well- Woman Assessment”, Woman's Health Care, SAGE Publication, California, 1995.
- Waschaha S., and Angelopulos FM., “What Every Woman Should Know About menopause”, *American Journal of Nursing*, 96(1), pp. 25-32, 1996.
- Wiley J., Camacho T.C, “Lifestyle and future health : Evidence from the Alameda country study”, *Preventive Medicine*, 9, pp. 1-21, 1980.
- Walker, S. n. Volkan, K. R., and Pender, N, J., “Health- Promoting Lifestyle of older adults : Comparisons with young and middle- aged adults, correlates and parents”, *Advances in Nursing Science* , 11, pp. 76-90, 1988.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., and Pender, N. J, “The Health Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristics”,

Nursing Research, 36(2), pp. 76-81, 1987.

WHO, "Ottawa charter for health promotion, International conference on Health promotion", *Ottawa, Canada, NOV*, pp. 17-21, 1986.

WHO, "Cardiovascular Disease Risk Factor : New Areas for Research" Report of a WHO scientific group, *WHO, Geneva*, 1994.

WHO, "The Asia-Pacific Perspective : Redefining Obesity and its Treatment", *IOTF*, Feb, 2000.

연구 참여 동의서

안녕하십니까?

저는 아주대학교 대학원 간호학과에 재학중인 학생입니다. 본 설문지는 중년여성의 생활양식과 우울 및 삶의 질에 관한 건강 실태를 조사하여 중년 여성의 건강관리에 대한 포괄적인 접근이 가능하도록 고안된 연구입니다. 성의 있고 솔직한 답변을 해주시면 신뢰성 있는 연구 결과를 얻어 중년 여성의 건강증진에 도움이 될 것입니다.

본 연구는 자의로 참여하시는 분에 한하여 익명으로 실시되며 응답한 내용과 조사결과는 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것임을 약속드립니다.

이 연구에 참여하기 원하시는 분은 아래의 동의서에 서명해주시기 바랍니다.

2006년 6월 연구자 김 선 정

연구 참여자 :

서명(sign) :

날짜: 년 월 일

A. 일반적 배경

1. 연령: (세)

2. 학력은 어떠합니까?

(1) 초졸 (2) 중졸 (3) 고졸 (4) 전문대 및 대졸 (5) 대학원 이상

3. 결혼상태는 어떠합니까?

(1) 기혼 (2) 미혼 (3) 별거, 이혼 (4) 사별 (5) 동거

4. 종교가 있습니까?

(1) 기독교 (2) 불교 (3) 천주교 (4) 없다 (5) 기타()

5. 동거하는 가족의 형태는 어떠합니까?

(1) 부부 (2) 부부+ 자녀 (3) 부부+ 자녀+ 시부모 (4) 부부+ 자녀+ 친정부모
(5) 자녀만

6. 가계의 월 수입은 어떠합니까?

(1) 100만원 이하 (2) 100-199만원 (3) 200-299만원 (4) 300만원 이상

7. 직업이 있습니까? (1) 있다 (2) 없다

있다면 (1) 회사원 (2) 전문직 (3) 자영업 (4) 기타

8. 폐경을 하셨습니까? (1) 예 (2) 아니오

폐경을 하셨다면, 몇 세에 하셨습니까? (세)

9. 현재 성관계를 갖습니까? (1) 예 (2) 아니오

10. 9번에서 예라고 답을 한 경우 현재 성생활의 만족도는 어느 정도입니까?

(1) 매우 만족 (2) 만족 (3) 보통 (4) 불만족 (5) 매우 불만족

11. 귀하의 현재 신장과 체중은 얼마입니까?

키 (cm) 몸무게 (kg)

B. 생활양식

1. 다음은 귀하의 생활양식과 관련된 질문입니다.
당신의 생각과 가장 가까운 번호에 O표 해 주십시오.

번호·	내용	전혀 하지 않는다	가끔한 다	자주한 다.	일상적 으로 한다.
1	매일매일 낙천적이고 즐겁게 살려고 노력한다.				
2	나는 바람직한 방향으로 성장하고 변화하려고 한다.				
3	나 자신의 장점과 단점을 알고 있다.				
4	살아가는데 나에게 중요한 것이 무엇인지 알고 있다.				
5	지금까지 내가 해온 일들을 존중한다.				
6	나의 건강에 영향을 주는 주위환경에 관심을 갖는다.				
7	나 자신을 좋아한다.				
8	나는 미래에 대한 기대감을 가지고 있다.				
9	나는 현실성 있는 삶의 목적을 가지고 있다.				
10	매일 의욕적으로 도전할 새로운 것을 찾는다.				
11	나는 현재 생활에서 행복감과 만족감을 느낀다.				
12	정기적으로 혈액검사를 한다.				
13	비정상적인 증상이 나타나면 의사 또는 건강전문인과 의논한다.				
14	건강에 대한 잡지나 책을 읽는다.				
15	필요하다고 생각되면 영양제를 먹는다.				
16	건강전문인과 건강에 대한 문제들을 상의한다.				
17	혈압과 맥박을 어떻게 측정하는지 알고 있다.				
18	개인적으로 건강교육 프로그램에 참여한다.				
19	신체의 변화를 자주 관찰하고 확인한다.				
20	건강전문인에게 친절한 인간적인 서비스를 기대한다.				
21	정기적으로 종합검진을 받는다.				
22	매주 3회 이상 가까운 곳에 등산을 한다.				
23	운동이나 활동적인 프로그램에 참여한다.				

번호	내용	전혀 하지 않는다	가끔 한 다	자주 한 다	일상적 으로 한다.
24	주 3회이상 규칙적으로 몸펴기 운동을 한다.				
25	적어도 주3회 이상은 20-30분 동안은 격렬한 운동(유산소운동)을 한다.				
26	여가시간에 신체단련 운동(수영, 자전거 타기, 배드민턴)을 한다.				
27	체중조절을 위해 과식을 하지 않는다.				
28	하루세끼 규칙적인 식사를 한다.				
29	가공식품보다는 자연식품을 주로 먹는다.				
30	건강에 해롭다고 알려진 음식을 피한다.				
31	적절한 영양을 고려하여 음식을 조절한다.				
32	포장된 식품은 영양소 함유량 및 성분을 확인하고 산다.				
33	섬유질이 많은 음식을 먹는다.(곡류, 신선한 과일, 채소)				
34	개인적 문제와 관심사를 상의할 수 있는 가까운 사람이 있다.				
35	주위사람과 편안한 대인관계를 유지한다.				
36	친한 친구와 자주 만난다.				
37	다른 사람에게 관심, 사랑, 따뜻함을 쉽게 표현한다.				
38	새로운 사람을 만나고, 그들을 알게 되는 것이 즐겁다.				
39	다른 사람의 의견을 존중한다.				
40	나의 이웃과 잘 지낸다.				
41	스트레스 해소를 위한 시간(여행, 영화, 연극등)을 가진다.				
42	자기 전에 근육을 이완시키기 위해 더운물 목욕을 한다.				
43	매일 일정한 휴식시간을 갖는다.				
44	자기 전에 그날의 걱정과 생각을 잊고 될 수 있으면 즐거운 생각을 하려고 한다.				
45	감정을 솔직히 표현한다.(울거나, 화내거나)				
46	긴장을 해소하기 위한 특별한 방법(이완요법)을 이용한다.				
47	현재 나에게 스트레스를 주는 요인이 무엇인지 알고 있다.				

C. 우울측정도구

지난 한 주 동안 당신의 느낌이 아래의 항목에 해당되었던 빈도를 말씀해 주십시오.

하루이하 : 그런 시간이 전혀 없거나 거의 없었다. 1-2일 : 조금 또는 적은시간 3-4일 : 때때로 또는 중간정도의 시간 5-7일 : 거의 대부분 모든 시간
--

번호	내용	하루이하	1-2일	3-4일	5-7일
1	나는 요즘 보통 때는 괴롭히지 않았던 일들로 괴로움을 받았다.				
2	나는 별로 먹고 싶지 않았다(식욕이 없었다).				
3	가족이나 친구들의 도움을 받아도 우울을 떨쳐 버릴 수 없다고 느꼈다.				
4	나는 다른 사람 삶과 똑같이 유능하다고 느꼈다.				
5	나는 내가 하고 있는 일에 정신을 집중하는데 어려움을 느꼈다.				
6	나는 우울했다.				
7	나에게 쉬운 일은 하나도 없다고 느꼈다.				
8	나는 미래에 대해 희망적이라고 느꼈다.				
9	나는 내 인생을 실패했다고 느꼈다.				
10	나는 두려웠다.				
11	나는 잠이 편안하지 않았다.				
12	나는 행복했었다.				
13	나는 평상시보다 말을 덜했다.				
14	나는 외롭다고 느꼈다.				
15	나는 사람들이 나에게 불친절하다고 느꼈다.				
16	나는 생활이 즐거웠다.				
17	나는 자주 울었다.				
18	나는 슬프다고 느꼈다.				
19	나는 사람들이 나를 싫어한다고 느꼈다.				
20	나는 일을 제대로 해나갈 수가 없었다.				

D. 삶의 질

다음은 중년 여성들이 일상생활에서 경험하는 것들입니다.

최근 귀하의 느낌이나 생각에 대해 해당란에 O표 해 주십시오.

번호	내용	매우 불만족 하다	불만족 하다	보통 이다	만족 하다	매우 만족 하다
1	당신은 요즈음 자녀와의 관계에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
2	요즈음 친구 관계에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
3	당신은 요즈음 형제나 친척과의 관계에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
4	당신은 이웃관계에 대해 어떻게 느끼십니까?					
5	요즈음 배우자와의 관계에 대해 어떻게 느끼십니까?					
6	요즈음 당신의 의생활(옷 입는) 수준에 대해 어떻게 느끼십니까?					
7	요즈음 당신의 식생활 수준에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
8	요즈음 당신의 전반적인 생활에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
9	당신의 요즈음 집과 주변 환경에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
10	당신은 요즈음 노후생활을 위한 준비 정도에 대해 어떻게 느끼십니까?					
11	당신은 요즈음 취미, 오락, 여가활동에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
12	요즈음 당신이 하는 일(가사일, 업무 사업 등)에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
13	요즈음 당신의 배뇨, 배변 상태에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
14	요즈음 수면상태에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
15	요즈음 당신이 소유하고 있는 재산에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
16	당신은 요즈음 함께 일하는 사람에 대해 어떻게 느끼십니까?					
17	요즈음 당신의 외모에 대해서 어떻게 느끼십니까?					

번호	내용	매우 불만족 하다	불만족 하다	보통 이다	만족 하다	매우 만족 하다
18	가족의 전체 월수입에 대해서 요즈음 당신은 어떻게 느끼십니까?					
19	요즈음 활동정도(걷기, 계단 오르기, 버스타기, 앉기)에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
20	요즈음 당신의 활기상태(기운, 기력, 힘)에 대해 어떻게 느끼십니까?					
21	요즈음 성생활에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
22	요즈음 신체상태에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
23	당신은 요즈음 친부모나 시부모와의 관계에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
24	당신은 요즈음 가정에서 차지하는 위치에 대해서 어떻게 느끼십니까?					
25	당신은 요즈음 하는 일에 비해서 학벌이 어떻다고 느끼십니까?					
번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
26	당신은 요즈음 매사 두려움을 느끼십니까?					
27	당신은 요즈음 마음이 평온하십니까?					
28	당신은 요즈음 우울함을 느끼십니까?					
29	당신은 요즈음 식사를 잘 하고 계십니까?					
30	당신은 요즈음 신체적 피로감을 느끼십니까?					
31	요즈음 쉽게 패배감을 느끼십니까?					
32	당신은 요즈음 외로움을 느끼십니까?					
33	요즈음 정신적으로 고달픔을 느끼십니까?					
34	당신은 요즈음 불안감을 느끼십니까?					
35	당신은 요즈음 분노를 느끼십니까?					
36	당신은 요즈음 의욕적인 생활을 하고 있습니까?					

번호	내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
37	당신은 요즈음 환경변화에 잘 적응하고 있습니까?					
38	당신은 요즈음 체중 문제로 인해 신체적 불편을 느끼십니까?					
39	당신은 요즈음 걱정거리가 많습니까?					
40	당신은 요즈음 맡은 임무(가사일, 사회생활 등)를 잘 수행하고 있습니까?					
41	당신은 요즈음 남들만큼 일할 능력이 있다고 느끼십니까?					
42	당신은 요즈음 뚜렷한 목적을 가지고 살아가십니까?					
43	당신은 요즈음 남들만큼 가치 있는 사람이라고 느끼십니까?					
44	요즈음 자기 자신을 소중히 여기고 있습니까?					
45	당신은 요즈음 모든 것을 낙관적으로 보며 살아가십니까?					
46	당신은 요즈음 신체적 불편(거벼운 통증)을 느끼십니까?					
47	당신은 요즈음 남들과 서로 믿으며 생활하고 있습니까?					

ABSTRACT

A Study of relationship between health promoting lifestyle, depression, quality of life among middle aged women

Kim, Sun Jung
Department of Nursing
The Graduate school of
Ajou university.
Direct by Professor
Hyun, myung sun

The purpose of this study was to investigate the relationship between health promoting lifestyle, depression and quality of life among middle aged women.

It was reported that the average life span of Korean men in the year 2005 was 75.14 years and the average life span of Korean women for the same year was 81.89 years. Comparing the average life expectancy of Korean men has increased 5.56 years, and the average life span of Korean women has increased by 4.47 years in just ten years. This fact seems to be ascribed the development in science and medical skills including the improvement of social economy, the betterment of healthcare and an increase of self awareness regarding health. It gives even more inspiration to Koreans about their healthcare when the average life expectancy goes up.

In order for the aged women to have healthcare, it is required for them to envisage multi dimensionally, physically, psychologically, socially,

culturally and about the concern of their life-style along the life cycle.

A confidential survey was done among 150 middle aged women from Seoul and Gyeonggi province. From August 21, 2006 to September 30 a significant data was collected with the help of organized questionnaire about the health-promoting life style, depression and quality of life.

The following are the summarized survey results:

1. Health promoting life style

The mean scores of the health promoting life style were 2.75 ± 0.46 (4 point scale). Among sub scales, the mean scores of self-realization were (3.00 ± 0.53) which was the highest and the scores of exercise (2.07 ± 0.78) which was the lowest.

2. Depression

The mean score of depression was 14.06 ± 7.39 . About sixty two percent of the women were in normal condition, 20.3% was in mild depression, 10.1% of in moderate depression, and 8.1% of them was in severe depression.

3. Quality of life

The mean scores of quality of life were 3.31 ± 0.44 (5 point scale). Among sub scales, the mean scores of affective state were (3.49 ± 0.77) it was the highest and the scores of economic state was (3.03 ± 0.54) it was the lowest.

4. The relationship between health promoting life style, depression and the quality of life

There was significant correlation between health promotion life style and quality of life ($r=.42$, $p=.000$). however, there was no significant ($r=-.14$, $p=.101$).

To conclude, these results suggested that health promoting life style can be important factor is quality of life among the middle aged women. Therefore, these findings will give useful information in planning the intervention for them.