

중년기 성인의 우울, 피로와 삶의 질 간의 관련성 - 진주지역을 중심으로 -

최원희*
거제대학교 간호학과

The Relationship of Depression, Fatigue and Quality of Life in Middle-Aged Adults

Won-Hee Choi*
Department of Nursing, Kojje College

<Abstract>

The aims of this study were to investigate the relationship of depression, fatigue and quality of life (QOL) in middle-aged adults in Jinju city. This survey was conducted from October to November, 2010 and 230 responses from the survey were used. The data was analyzed by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation, and stepwise multiple regression. The average score of the participants' depression was 13.16 ± 8.26 out of 60. the average fatigue score was 21.46 ± 4.79 out of 44. The average QOL score was 85.90 ± 9.49 out of 130. Among general characteristic of the participants level of QOL was statistically significant for gender, educational level, exercise. There was a significantly correlation among depression, fatigue and QOL. The results revealed that depression, educational level, exercise were the significant predictors to affect the QOL in middle-aged adults. Low level of depression, higher educational background, and active exercise were closely correlated with QOL. To improve QOL in middle-aged adulthood for the community, the programs which include lowering depression, encouraging exercise should be designed.

Key Words : Quality of Life, Depression, Fatigue, Middle-Aged Adults

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 의학지식과 의료기술의 발달과 급격한 생활수준 향상 등으로 인간의 평균수명이 연장되어 노년기가 길어지게 되었으며, 우리나라의 시대적 특성인 전후시대의 높은 출산율이 현재로 이어져 노년 인구의 증가 현상이 뚜렷하게 나타나고 있다 [1]. 이에 따라 국민들은 건강한 상태로 오래 사는 것에 관심을 가지게 되었으며 건강에 대한 개념도 달라지게 되었다. 과거에는 건강의 개념이 단순히 '생존하는 것' 혹은 '질병이 없는 상태'였지만 지금은 어떻게 질적인 삶을 누리고 살 것인가에 초점이 맞추어지게 되어 삶의 질이 높은 건강한 생활을 중요하게 생각하게 되었다[2][3].

중년기는 학자마다 개념을 달리하고 있지만 가장 일반적으로 40~65세까지로 정의하고 있다[4]. 이러한 중년기는 일생의 1/3 이상을 차지하는 중요한 시기이다. 신체적으로는 노화가 시작되며, 가정적, 사회적으로도 은퇴를 준비하고 가정과 사회에서 역할의 변화, 노부모 및 친지 등 가까운 사람들의 죽음, 자녀의 독립 등을 겪으면서 정신적, 사회적으로 다양한 문제에 직면하게 된다. 중년기에 이러한 위기를 잘 극복하지 못하면 건강에 부정적인 결과를 낳게 된다[5]. 중년기는 우리사회의 생산성을 책임지고 있을 뿐만 아니라 늘어나는 노년기의 건강상태에도 직접적인 영향을 미치므로 중년기 성인의 건강정도가 사회적으로 영향이 크다 [4][5]. 그러므로, 중년기 성인들이 직면한 위기를 잘 극복하여 삶의 질을 높이고 건강한 생활을 영위하도록 도와주는 것은 건강관리자의 중요한 역할 중의 하나라고 본다. 그러나 삶의 질과 관련된 기존 연구는 대부분 암, 뇌졸중, 관절염 등과 같은 만성질환이나 특수질환군을 대상으로 한 연구 [6][7][8]와 청소년, 여성, 노인, 농촌지역 거주 대

자와 같은 특정한 집단을 대상으로 한 연구가 대부분으로[3][9][10] 지역사회에 거주하는 일반 중년기 성인을 대상으로 한 삶의 질 연구가 부족한 실정이다.

중년기 성인을 대상으로 한 선행연구에서 밝혀진 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 연령, 교육, 직업, 수입, 결혼상태, 종교, 사회참여, 지각된 건강상태와 같은 일반적인 특성과 우울이나 스트레스 등과 같은 사회 심리적인 요인으로 나누어 볼 수 있다[1][2][6][9][10]. 특히, 우울은 폐경 및 여러 가지 상실을 경험하는 중년에게 중요한 사회 심리적인 문제 중 하나로서 성인기에 점차 낮아져 30대에 최저점에 도달하였다가 중년기를 거쳐 노인기까지 점차 증가하는 양상을 보이므로[11] 중년기부터 간호중재가 개입되어야 한다. 뿐만 아니라 우울증은 선행 연구에서 삶의 질에 영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 보고하고 있다[12]. 그러므로 중년기 성인에게 삶의 질을 향상시키는 건강증진 프로그램을 개발하기 위하여 대상자의 우울정도가 얼마이며 삶의 질에 어느 정도 영향을 미치는가를 확인하는 것이 필요하다.

피로는 수면이나 휴식부족, 그리고 육체적 혹은 정신적인 에너지를 소모하고 난 후 호소하게 되는 정상적이고 일상적인 경험이다[13]. 피로는 일과적 이어서 적절한 휴식에 의하여 호전되기도 하지만 피로가 축적되면 만성피로 증후군으로 진행하고, 쇠약해지고 우울을 동반하며 만성 질환을 야기하게 되는 등 일상생활을 방해하게 되므로[14] 대상자의 건강을 위하여 반드시 관리되어야 할 것이다. 특히, 중년기는 각종 성인병에 노출되기 쉽고 급변하는 사회환경 및 역할변화로 가치관 혼란을 경험하면서 정신적인 스트레스가 증가되어 만성피로를 호소하는 경우가 늘고 있다[5]. 이러한 피로는 스트레스나 우울과 순상관관계가 있고 생활만족도와 역상관관계를 가져[16][17] 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 것으로 생각된다. 그러나 피로와 삶의

질간의 관계나 삶의 질에 피로가 미치는 영향을 직접 밝힌 연구는 찾아보기 힘들며 암과 같은 질환을 가진 특정 대상자에게 삶의 질과 피로의 관련성을 본 연구[8][15]가 몇 편 있을 뿐이다.

특히, 본 연구를 수행한 서부경남에 위치한 인구 34만의 중소도시인 진주지역의 경우 여러 기관과 단체에서 노인, 아동, 여성 및 장애인에 대한 건강증진 프로그램을 개발하여 운영하는 사례는 있지만 중년기 성인을 대상으로 한 건강증진프로그램이 부족한 실정이다[18]. 이에 본 연구는 중소도시인 진주지역에 거주하는 중년기 성인을 대상으로 현재 삶의 질과 관련이 있다고 밝혀진 일반적인 특성과 우울 및 피로를 변인으로 선택하여 이들과 삶의 질 정도와 관련성을 확인하여 대상자의 삶의 질을 향상시키는 건강 증진 및 유지 프로그램 마련의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 진주지역에 거주하고 있는 중년기 성인대상자의 삶의 질에 관련성을 보이는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자

본 연구는 진주 지역에 거주하는 40세~65세 사이의 중년기 성인 중에서 본 연구의 목적을 이해하고 참여를 허락하며, 설문지 내용을 이해하여 응답할 수 있고, 의사소통에 문제가 없으며, 암이나 만성 신부전과 같은 중증의 질병이나 신체적 고통이 없는 자로 하였다. 임의표집된 총 258명 중 자료수집을 완료하지 못한 경우와 부적절한 응답자를 제외한 230명이 본 연구의 최종분석에 포함되어 설문지 회수율은 89.1%였다. 표본의 크기는 G

power 3 analysis software를 이용하여 다중회귀분석에 필요한 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .95, 효과의 크기(f^2)는 회귀분석의 보통수준인 .15로 설정하여 계산한 결과 138명으로 나타나 본 연구에서 대상자 수가 충족되었다.

3. 연구도구

1) 우울

본 연구에서는 지역사회 주민을 대상으로 Radloff(1977)가 개발한 우울 측정도구(CES-D; center for epidemiological studies-depression scale)를 사용하였다. CES-D는 0점에서 3점까지의 4점 Likert 척도이다. 20문항으로 구성되어 있고 최저 0점에서 최고 60점 점수 범위를 가지며 점수가 높을수록 우울 성향이 높은 것으로 해석하였다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's Alpha .85이었고 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's Alpha .87이었다.

2) 피로

본 연구에서는 Chalder 등(1993)이 개발하고 수정한 총 11개 문항의 피로도 측정도구(Chalder's Fatigue Scale)를 사용하였다. 1점에서 4점까지의 4점 Likert 척도로서 최저 11점에서 최고 44점 점수 범위를 가지며 점수가 높을수록 피로정도가 심한 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha .86이었다.

3) 삶의 질

본 연구에서는 세계보건기구(WHO)에서 삶의 질 측정을 위해 개발한 WHOQOL-100의 간편형인 WHOQOL-BREF 척도를 민성길 등[19]이 번안한 Korean version of WHO Quality of Life Scale Abbreviated Version을 사용하였다. 총 26개 문항으로 구성되었으며, 1점에서 5점까지의 5점 Likert 척도로서 최저 26점에서 최고 130점의 범위를 가

진다. 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질 정도가 높음을 의미하며, 선행 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha는 .90이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha는 .88이었다.

4. 자료 수집 방법

본 연구는 2010년 10월 6일 부터 11월 25일까지 진주 지역에 거주하고 있는 중년기 성인 남녀 중에서 도시 생활체육시설을 이용하거나 보건소에 예방 접종을 위해 방문한 자를 대상으로 임의 표출하였다. 자료수집자간의 측정오차를 줄이기 위해 도구의 문항과 내용을 충분히 숙지하고 질문에 대한 설명내용을 동일하게 유지하도록 사전에 훈련 받은 연구보조원 3명이 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 대상자는 연구목적에 대하여 충분히 설명을 듣고 연구 참여에 자의로 동의하여 서면 동의를 표한 참여자를 대상으로 하였다. 윤리적 고려를 위하여 연구 대상자에게 연구의 목적을 사전에 설명하였고, 설문지에는 연구와 직접적인 관련이 있는 개인정보만 포함시켰으며, 연구를 통해 알게 된 내용은 연구목적을 위해서만 사용할 것이며, 연구 참여자의 익명이 보장됨을 설명하였다. 또한 연구를 중단하고자 할 때 언제든지 중단할 수 있음을 알려주었다. 자료수집시간은 일인당 약 25분 정도 소요되었다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN을 이용하여 통계 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다. 본 연구의 일반적 특성, 우울, 피로, 삶의 질 정도는 서술적 통계로 분석하였으며, 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도는 ANOVA와 t-test로 분석하였다. ANOVA에서 유의한 변수는 scheffe를 이용하여 사후 검정하였다. 주요 변인간의 관계는 Pearson Correlation으

로 분석하였다. 대상자의 삶의 질에 미치는 영향 요인을 설명하기 위하여 분석 시 유의하게 나타났던 모든 요인들을 독립변수로 포함하여 Stepwise Multiple Regression으로 분석하였다. 검증을 위한 유의도 수준은 .05로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다. 성별은 남자가 113명(49.1%), 여자가 117명(50.9%)이었다. 연령은 40-49세 사이가 151명(65.7%)으로 가장 많았으며 학력은 고졸이 125명(54.3%), 전문대졸이상인 74명(32.2%), 중졸미만이 31명(13.5%) 순서였다. 보험상태는 대상자의 166명(72.2%)이 의료보험대상자였으며 배우자가 없는 대상자가 17명(7.4%)이었다. 가족은 자녀와 함께 지내는 가정이 192명(83.5%)으로 대다수를 차지 하고 있었으며 혼자 사는 경우도 7명(3.0%)이었다. 직업은 대상자의 192명(83.5%)이 가지고 있었고 술은 164명(71.3%)이 마신다고 하였으며, 담배는 182명(79.1%)이 피우지 않는다고 답했다. 연구대상자 중 13명(57%)이 운동을 하고 있었으며 건강상태는 129명(56.1%)이 보통이라고 답하였으며, 좋다고 답한 대상자는 75명(32.6%)이었고, 나쁘다고 답한 대상자는 26명(11.3%)이었다<표 1>.

2. 연구 대상자의 우울, 피로 및 삶의 질 정도

연구 대상자의 우울은 60점 만점에 13.16±8.26 점이었으며, 피로는 44점 만점에 21.46±4.79점으로 나타났다. 삶의 질은 130점 만점에 85.90±9.49점이었었다<표 2>.

<표 1> 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 (N=230)

특성	항목	N(%)	평균±표준편차	t or F	p	Scheffe
성별	남	113(49.1)	3.56(.36)	2.23	.027	
	여	117(50.9)	3.25(.37)			
나이 (범위, 39-64세)	40-49	151(65.7)	3.29(.36)	0.90	.410	
	50-59	72(31.3)	3.35(.37)			
	≥60	7(3.0)	3.22(.33)			
교육수준	≤중졸a	31(13.5)	3.17(.29)	6.58	.002	a,b<c
	고졸b	125(54.3)	3.27(.37)			
	≥전문대졸c	74(32.2)	3.42(.36)			
보험	의료보험	166(72.2)	3.31(.36)	0.11	.912	
	의료보호	64(27.8)	3.29(.38)			
배우자	무	17(7.4)	3.15(.39)	1.75	.082	
	유	213(92.6)	3.31(.36)			
동거가족	혼자	7(3.0)	3.33(.34)	1.10	.348	
	배우자	21(9.2)	3.34(.30)			
	자녀	192(83.5)	3.30(.37)			
	기타	10(4.3)	3.10(.38)			
직업	무	38(16.5)	3.27(.42)	0.61	.544	
	유	192(83.5)	3.31(.33)			
음주	아니오	66(28.7)	3.27(.33)	-0.68	.501	
	예	164(71.3)	3.31(.35)			
흡연	아니오	182(79.1)	3.29(.35)	0.90	.372	
	예	48(20.9)	3.35(.41)			
운동	아니오	99(43.0)	3.20(.33)	3.87	<.001	
	예	131(57.0)	3.38(.37)			
건강상태	나쁘다a	26(11.3)	3.21(.37)	9.03	<.001	a<b<c
	보통b	129(56.1)	3.24(.34)			
	좋다c	75(32.6)	3.44(.37)			

3. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 차이

연구 대상자의 일반적 특성 중 성별(p=0.27), 교육수준(p=.002), 운동유무(p<.001)와 건강상태(p<.001)에 따라서 연구 대상자의 삶의 질에 차이가 있는 것으로 나타났다<표 1>. 즉, 남자가 여자보다 삶의 질 점수가 높았고 교육수준은 전문대졸 이상이 높게 나타났다. 운동을 하고 있는 경우 삶의 질 정도가 높았고 자신이 건강하다고 느끼고 있는 대상자에서 삶의 질 점수가 높은 것으로 나타났다.

<표 2> 연구대상자의 우울, 피로 및 삶의 질 정도 (N=230)

변수	최소값	최대값	평균	표준편차
우울	0	47	13.16	8.26
피로	12	37	21.46	4.79
삶의 질	60	111	85.90	9.49

4. 연구 대상자의 우울, 피로 및 삶의 질 간의 상관관계

본 연구의 결과 주요 변인간에는 모두 유의하게 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 우울과 피로는

$r=.56(p<.001)$ 로 정적 상관관계를 보였다. 삶의 질과 우울간에는 $r=-.44(p<.001)$, 삶의 질과 피로와는 $r=-.36(p<.001)$ 으로서 부적 상관관계를 보였다<표 3>.

<표 3> 주요 변인간 상관관계

변인	우울	피로
피로	.56(<.001)	
삶의 질	-.44(<.001)	-.36(<.001)

5. 연구 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

연구 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 본 연구에서 삶의 질에 유의한 차이를 보인 성별, 교육수준, 운동유무, 건강상태와 상관관계가 있는 것으로 나타난 피로와 우울 등을 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 요인으로 우울($F=54.169, p<.001$), 교육수준($F=33.169, p<.001$) 및 운동($F=33.169, p<.001$)으로 나타났으며 우울은 대상자의 삶의 질을 19.2% 설명하는 것으로 나타났고, 여기에 교육수준을 추가하면 22.6% 설명하며, 운동을 추가하면 24.3%를 설명하는 것으로 나타났다<표 4>.

<표 4> 삶의 질에 영향을 미치는 요인

요인	R	R ²	β	F	p
우울	0.438	0.192	-6.531	54.169	<.001
교육수준	0.476	0.226	2.862	33.169	<.001
운동	0.493	0.243	-2.248	24.193	<.001

IV. 고찰 및 제언

본 연구는 진주지역에 거주하고 있는 중년기 성인의 삶의 질을 높이는 프로그램을 개발하기 위하

여 삶의 질과 우울 및 피로간의 관계를 확인하였다. 본 연구의 결과를 토대로 논의해 보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구 대상자의 우울은 60점 만점에 13.16±8.26점으로 나타났다. 이는 같은 도구를 사용한 김옥수 등[17]이 중년 여성의 우울이 11.78±8.03점, 중년 남성이 14.33±8.79점이라고 한 보고와 박은옥[20]이 보고하고 있는 성인 남성 10.45±9.01점과 성인 여성 10.69±9.14점 등과 비교하면 우울정도가 약간 높지만 CES-D의 우울 가능성 기준점인 16점보다 낮아 정상범주인 것으로 나타났다. 그러나 노년기가 되면 중년기보다 우울이 유의하게 높아지게 되므로[11][21] 연구대상자에게 우울을 예방할 수 있는 프로그램을 적용하는 것이 우선되어야 할 것으로 판단된다. 피로는 44점 만점에 21.46±4.79점으로 나타났다. 이것은 변영순과 박미숙[14]이 건강검진센터와 가정의학과를 방문한 자의 피로정도가 27.0±0.5점이라고 한 것과 김철환 등[22]이 가정의학과를 방문하는 자의 피로의 정도가 23.2±7.7점이라고 한 보고에 비해 약간 낮았다. 선행연구가 건강 문제를 느끼고 있는 대상으로 연구를 수행한 반면 본 연구는 도시 체육시설을 이용하는 자와 예방접종을 받으러 온 건강한 사람을 대상으로 하였기 때문에 나타난 차이이라고 생각된다. 본 연구 대상자의 피로 정도가 중간정도로 나타났지만 피로는 해결되지 않으면 만성피로증후군으로 발전하게 되거나 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로[22] 피로를 예방하고 증진하는 차원의 프로그램 적용이 필요할 것으로 생각된다. 연구 대상자의 삶의 질은 130점 만점에 85.90±9.49점으로 중간 보다 약간 높은 정도였다. 삶의 질을 측정하는 도구에 따라 결과에 대한 해석의 차이는 있겠지만, 안홍모[23]는 중년기 남성이 1점 만점에 0.956±0.090점, 중년기 여성이 0.917±0.116점으로 보고하여 본 연구와 삶의 질 점수가 유사함을 보이고 있었다. 또한, 같은 측정도구로 대상자를 중

년남성이나 대학생 등 특정한 집단에서 실시한 연구에서도 5점만점에 각각 3.16점, 3.19점으로 나타나 본 연구 결과와 유사하였다[24][25]. 이는 임소진과 어성연[1]이 중년기 성인은 대체로 자신의 삶의 질을 긍정적으로 인식하고 있다고 주장한 내용과 일치하는 것이었다.

둘째, 본 연구에서 연구대상자의 일반적 특성에 따라 삶의 질 정도에 차이를 보인 변수는 성별, 교육수준, 운동유무, 건강상태 등이었다. 성별의 경우 남자가 여자보다 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났는데 이는 선행 연구에서 여성이 남성보다 낮은 교육수준과 낮은 주관적 건강인식을 가지고 있어 우울과 스트레스가 남성보다 높고 삶의 질이 떨어진다고 한 것과 일치하는 결과였다[2][9][23]. 교육수준은 전문대졸 이상이 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 선행 연구[1][9][23]의 결과와 일치한 것으로 일반적으로 우리 사회에서는 교육수준이 높은 경우 직업을 가지고 있으며 생활수준이 높은 편이라 이러한 요인이 삶의 질에 영향을 미쳤을 것으로 판단된다[1][23]. 운동을 하고 있는 대상자가 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났는데 한수정[4]이 운동을 참가하는 자가 생활만족감에 긍정적인 영향을 미친다고 한 보고와 일치하는 것이었다. 건강상태의 경우 또한 만성질환이나 통증이 없고 본인이 스스로 건강하다고 인식하는 군에서 삶의 질이 높다고 보고한 선행 연구의 결과와 일치하는 것이었다[1][2][9][12][24]. 그러나 본 연구에서는 선행연구와 달리 연령과 직업, 배우자 유무는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났는데, 이는 본 연구에 참여한 대상자의 집단내 빈도가 편중되어 있어 나타난 결과 일 수 있으므로 이를 수정한 후 반복적인 확인이 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 본 연구의 제변수간 상관관계 검증에서 모든 연구 변수들이 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 삶의 질과 우울 및 피로는 부적으로 유의한 상관관계를 나타내었다. 이는 삶의 질이 우울과

유리한 상관관계가 있다고 한 선행연구[1][23]와 피로와 우울이 유의한 상관관계가 있다고 한 선행연구결과[5][14]와 일치하는 결과였다. 피로와 삶의 질간의 관계는 선행연구가 부족하여 직접적인 확인이 어려우나 차운정[16]이 결혼 만족도나 스트레스와 피로가 상관관계가 있음을 밝히고 있고 김희경[5]이 자기효능, 가족지지, 생활만족 및 직무만족 정도가 낮을수록 피로가 높아진다고 하였으며, 일반 성인과 피로 발생 기전의 차이가 있어[8] 결과를 단순히 비교하기는 어렵지만 암환자에서 피로와 삶의 질이 역상관관계임을 설명하고 있는 결과가 있어[8][15] 본 연구의 결과를 부분적으로 지지하고 있다. 하지만 연구 결과 피로와 삶의 질의 상관성이 낮은 것으로 나타나($r=-.36$) 피로와 삶의 질간의 관계를 재확인해 볼 필요가 있다.

끝으로, 본 연구에서 조사된 모든 변수들을 이용하여 삶의 질에 미치는 영향을 확인한 결과 우울이 삶의 질을 19.2%로 가장 크게 설명하고 있었으며 그 다음으로 우울과 교육수준이 22.6%, 우울, 교육수준, 및 운동유무가 24.3% 설명하고 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 우울이 삶의 질을 설명하는 중요한 변인이라고 한 선행연구[9][12][17][23]와 일치하는 것이었다. 상관관계 분석에서 유의한 상관성을 보인 피로는 삶의 질을 설명하는 유의한 변인으로 확인되지 못했다. 이와 같은 결과는 본 연구에서 분석한 내용만으로는 대상자의 피로도도 심각하지 않아서 나타난 결과인지 다른 매개변수 개입으로 나타난 결과인지 확인할 수 없으므로 추후 매개변수 유무와 인과관계를 확인할 수 있는 연구를 실시해 보는 것은 의의가 있을 것으로 사료된다.

따라서, 본 연구에서 중년기 성인의 삶의 질 정도와 삶의 질에 영향을 주는 것으로 확인된 변인을 고려하여 건강 증진 프로그램개발을 제언하는 바이다. 즉, 교육 수준별 건강증진프로그램을 달리 하여 제공하며, 우울을 예방하고 우울증을 관리할

수 있는 프로그램의 적용이 시급하고 이러한 프로그램의 내용은 운동을 활용하는 것이 효과적일 것으로 사료된다.

그러나, 본 연구는 몇 가지의 제한점을 가지므로 연구결과를 적용하는데 주의를 기해야 한다. 진주지역에 거주하고 있는 중년기 성인을 대상으로 하였으므로 전체 지역사회나 전체 성인대상자에게 연구 결과를 일반화하는데 주의가 필요하다. 또한 본 연구는 횡적으로 이루어진 조사연구이므로 각 변인간의 인과관계를 명확하게 설명할 수 없어 반복적인 연구가 필요하다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 일 지역 주민에게 삶의 질 향상 프로그램 마련에 필요한 기초자료를 제공하였다는데 의의가 있다.

이와 관련하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 본 연구의 대상자에게 결과를 반영한 삶의 질 향상 프로그램을 개발 후 효과를 검증해 볼 필요가 있다.
- 2) 피로와 삶의 질간의 관련성을 다시 확인해 볼 필요가 있다.

참고문헌

1. 임소진, 어성연(2011), 중년기 성인들이 인지하는 주관적 삶의 질의 영향요인 분석: 생태학적 요인들을 고려하여, 한국가족자원경영학회지, Vol.15(4);129-147.
2. 송경희, 정상희(2009), 한국 성인의 건강관련 삶의 질 평가에 관한 연구, 대한치과위생학회지, Vol.11(1);25-43.
3. 백정원, 남희은, 류지선(2012), 대학생의 건강증진 실천의지가 자기효능감, 행복, 생활만족, 여가만족에 미치는 영향, 보건의료산업학회지, Vol.6(1);173-183.
4. 한수정(2004), 중년기 성인의 운동실천과 삶의 질, 한국보건간호학회지, Vol.18(1);14-26.
5. 김희경(2006), 연령집단에 따른 중년성인의 피로와 영향 요인 비교분석, 여성건강간호학회지, Vol.12(4);273-281.
6. C.S. Burckhardt(1985), The impact of arthritis on quality of life, Nursing Research, Vol.34(1);11-16.
7. 박인숙, 김도연, 강창렬(2011), 뇌졸중 노인의 기능 장애정도, 일상생활 수행능력, 우울과 삶의 질 간의 관계, 보건의료산업학회지, Vol.5(2);173-186.
8. 김영숙(2011), 저용량 방사성옥소치료를 받는 갑상선암 환자의 피로와 삶의 질 및 관련 요인, 계명대학교 대학원, 석사학위논문, pp.1-32.
9. 박옥임, 김정숙, 정영혜(2000), 농촌지역 중년여성의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 한국농업교육학회지, Vol.36(4);89-100.
10. 이영휘(2002), 중년남성의 삶의 질에 대한 연구, 대한간호학회, Vol.32(4);539-549.
11. 김진영(2009), 한국 성인집단에서 연령과 우울의 관계, 보건과사회과학, Vol.26;87-113.
12. 성근석(2009), 우울과 삶의 질에 관한 관련성 연구; 국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007)을 중심으로, 연세대학교 보건대학원, 석사학위논문, pp.1-68.
13. G.E. Barrios(1990), Feeling of fatigue and psychopathology: a conceptual history, Comprehensive Psychiatry, Vol.31(2);140-151.
14. 변영순, 박미숙(2001), 성인의 만성피로와 그 관련 요인에 대한 연구, 기본간호학회지, Vol.8(3);302-313.
15. M.R.M. Visser, E.M.A. Smets(2009), Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related?, Support Care Cancer, Vol.6;101-108.
16. 차운정(2001), 중년여성의 생활사건과 피로도와의 관계, 경희대학교 교육대학원, 석사학위논문, pp.1-33.
17. 김옥수, 김애정, 김선화, 백성희, 양경미(2003), 청, 중년층의 피로, 우울, 수면에 관한 연구, 대한간호학회지, Vol.33(5);618-624.
18. http://stat.nongae.net/html/index.asp?dd_yy=2011
19. 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기(2000), 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발, 신경정신의학, Vol.37(3);571-577.
20. 박은옥(2011), 성별에 따른 성인의 사회적 지지와 우울에 관한 연구, 여성건강간호학회지, Vol.17(2);169-177.

21. 정순돌, 구미정(2011), 우울 영향요인: 베이비부머, 예비노인, 현재노인의 비교, 노인복지연구, Vol.52;305-324.
22. 김철환, 신호철, 박용우(2000), 만성피로 및 만성피로 증후군의 유병률, 가정의학회지, Vol.21(10);1288-1298.
23. 안홍모(2010), 제4기 국민건강영양조사에서 한국 성인 남/녀의 생애주기에 따른 건강관련 삶의 질 관련요인, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, pp.1-51.
24. 정남영(2005), 40대 남성의 삶의 질에 관한 연구, 중앙대학교 사회개발대학원, pp.16-29.
25. 이영미(2007), 대학생의 삶의 질과 관련요인, 보건교육, 건강증진학회지, Vol.24(2);77-91.

접수일자 2012년 4월 26일

심사일자 2012년 5월 1일

게재확정일자 2012년 5월 9일