

# 중년여성의 건강상태와 건강관리형태가 우울에 미치는 영향\*

정명실<sup>1)</sup> · 김연하<sup>2)</sup> · 임경춘<sup>3)</sup>

## 서 론

### 연구의 필요성

한국인의 중위 연령은 2020년 43.6세에서 2050에는 56.4세로 점차 높아질 것으로 예상하고 있어 중년기의 건강에 관심을 가져야 한다(Korea National Statistical Office, 2017). 중년기는 노년기가 시작되기 전의 단계로 40세부터 64세까지를 말하며, 여성은 이 시기에 갱년기에 접어들면서 고혈압, 관절염, 당뇨병 등과 같은 신체적 질병뿐만 아니라 심리적 문제도 경험한다(Harlow et. al., 2012).

우울은 부정적인 사고, 활력감소, 욕구상실, 집중력 저하 등 일상적인 생활에 부정적인 영향을 끼치는 정서 상태로(Sohn, 2018) 2013년 우울증 환자의 연평균 증가율은 남성이 2.6%, 여성이 4.7%로 여성이 남성에 비해 약 2배이며, 특히 45-65세 여성의 우울증상 경험률이 20.1%를 차지하는 것으로 나타나 중년 여성의 우울이 심각하다(Korea Health Insurance Review & Assessment Service, 2014). 중년여성의 우울이 높은 원인은 갱년기에 접어들면서 호르몬 변화로 인해 신체적·정신적으로 다양한 변화를 겪는 한편 배우자의 은퇴, 자녀들의 성장과 독립 등에 따른 가정 내 역할변화로 인해 심리적 변화까지 겪으면서 우울이 가중되기 때문이다(Sohn, 2018). 또한, 배우자와의 관계, 종교, 교육수준, 월수입 등의 복합적 문제가 여성의 우울에 영향을 미치고 있다(Doo, 2013; Kim & Kim, 2013;

Yang & Shin, 2014). 이같이 우울증 환자가 급증하고 이로 인한 사회 병리적 문제들이 점점 심각해지고 있으므로 중년기 여성의 우울에 영향을 주는 요인을 파악하는 것은 한 개인과 가족뿐만 아니라 사회 전체가 관심을 기울여야 하는 중요한 문제이다(Yang & Shin, 2014).

건강상태란 자신의 건강상태에 대해 주관적으로 인식하는 것으로 중년여성이 지각하는 주관적 건강상태는 남성에 비해 좋지 않았으며(Deek & McCabe, 2004), 나이가 많아짐에 따라, 즉 30대에 비해 40대가, 40대에 비해 50대가 주관적으로 느끼는 건강상태가 더 나쁘다(Korean Women's Development Institute, 2017). 중년여성에게서 주요만성질환인 당뇨병, 고혈압, 고콜레스테롤혈증, 관절염(Harlow et. al., 2012; Korea Centers for Disease Control and Prevention [KCDC], 2017), 치주질환(Kwon & Yoon, 2015) 등의 유병률이 증가 추세이고 서구화된 식습관, 운동부족, 과도한 음주, 흡연 등으로 인해 중년여성의 건강관리형태에서 변화가 보고되고 있다(Nam et al., 2008; Tanaka, Sasazawa, Suzuki, Nakazawa, & Kotoma, 2011). 이처럼 중년여성의 생리적 변화와 생활환경의 변화는 건강상태나 건강관리형태와 직접적 관련성이 있으며 이러한 변화를 잘 인식하고 관리하면 신체적 건강뿐만 아니라(Choe, Hah, Kim, Yi, & Choi, 2008; Chung & Lim, 2015) 심리적으로도 건강한 삶을 영위할 수 있을 것이다. 그러나 중년여성은 특별한 질병의 위기가 없는 한 자신의 건강관리에 대하여 관심을 기울이지 않고 있어(Nam et al., 2008; Tanaka et al.,

**주요어:** 건강상태, 건강관리형태, 우울, 중년여성

\* 이 논문은 2016년도 성신여자대학교 교내학술연구비 지원에 의해 수행된 연구임.

1) 성신여자대학교 간호대학, 교수

2) 한국교통대학교 간호학과, 조교수 (교신저자 E-mail: tiffany7@ut.ac.kr)

3) 성신여자대학교 간호대학, 교수

Received: May 9, 2018 Revised: August 9, 2018 Accepted: August 10, 2018

2011) 건강증진을 위해 좀 더 적극적인 중재가 필요한 집단으로 관심을 기울여야 한다. 특히 중년여성의 건강관리에 영향을 미치는 배우자, 자녀와 같은 가족이나 친지가 중년여성의 건강관리에 돌봄 제공자의 역할을 하고 있으며(Chung & Lim, 2015), 높은 사회적 지지가 성인의 우울에 영향을 미치고 있으므로(Kang, 2009) 이들과의 관계를 살펴보는 것도 필요하다.

그동안 국내 연구로는 우울의 영향요인(Chang & Cha, 2003; Jun, Kim, Lee, & Kim, 2004), 운동이 중년여성의 우울에 미치는 영향(Koji, Toshihiko, Katsutoshi, Masashi, & Yoshiharu, 2007), 폐경기 여성의 우울(Deek & McCabe, 2004; Han & Lee, 2013; Kim & Kim, 2013; Kwon, Nah, Kim, Joe, & Cho, 2016), 중년여성의 우울에 사회적 지지가 미치는 영향(Kim & Kim, 2013; Koji et al., 2007), 만성질환과 우울과의 관계(Kwon et al., 2016; Seo, Choi, Kim, Lee, & Oh, 2017) 등이 있다. 그러나 중년여성의 우울과 관련이 있는 것으로 판단되는 건강상태와 건강관리형태를 고려하여 우울의 영향요인을 살펴본 연구는 충분하지 않다.

이에 본 연구는 중년여성을 대상으로 건강상태와 건강관리형태가 우울에 미치는 영향을 파악하여 중년여성의 우울증 감소를 위한 효과적인 전략을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구는 중년여성의 우울의 영향요인을 확인하고 중년여성에게 유용한 간호중재 프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 우울정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태와 우울정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 40세 이상 65세 미만 중년여성의 건강상태와 건강관리형태가 우울에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상자

본 연구를 위해 서울시내에 거주하는 40세 이상 65세 미만

의 중년여성을 대상으로 편의 표출하였다. 표본 수 산정은 G\*power 프로그램(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)을 이용하였다. 다중회귀분석을 위한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과 크기 .15, 예측요인 19개로 최소 대상자수를 산출한 결과 187명이 결정되었고, 총 200부의 설문지를 배부하였으나, 응답이 불충분하거나 누락된 12부를 제외하고 188명의 자료를 최종분석에 사용하였다.

## 연구 도구

본 연구의 도구는 자기기입식 설문지를 이용하여 중년여성의 건강상태와 건강관리형태 및 우울정도를 평가하였다.

### ● 중년여성의 건강상태와 건강관리형태

대상자의 일반적 특성은 연령, 학력, 결혼상태, 종교, 동거가족형태, 월 생활비, 주거형태 등 7개 문항이다. 생활비는 100-200만원 미만, 200-299만원, 300만원 이상으로 범주화하여 측정하였다.

대상자의 건강상태 및 건강관리형태 항목은 선행연구 Chung과 Lim (2015)의 항목을 바탕으로 측정도구를 일부 수정하고 간호학 교수 3명에게 내용타당도를 검증받았으며 이를 10명에게 예비조사를 실시한 후 설문 문항을 완성하였다.

건강상태는 대상자의 주관적 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태, 통증, 3개월 이상 지속된 만성질환, 만성질환 종류 등 5개 문항으로 구성되었다. 주관적 건강상태, 동년배와 비교한 건강상태는 매우 나쁨, 나쁨, 보통, 좋음, 매우 좋음 등 5점 척도로 구분하였으며 점수가 높을수록 건강상태가 좋다는 것을 의미한다. 나머지 문항들은 모두 유무의 이분형 척도로 구성하였다.

건강관리형태는 건강관리 돌봄 제공자, 복용약물, 음주, 흡연, 수면시간, 현재 실시하고 있는 건강관리형태 방법 등 6개 문항으로 구성되었다. 현재 실시하고 있는 건강관리형태 방법은 걷기, 중등도 운동, 영양보조제섭취, 식이조절 및 기타이다. 중등도 운동은 평소보다 숨, 심장박동이 조금 증가하는 신체활동으로 걷기를 제외한 운동임을 설문지에 제시하였다.

### ● 우울

우울 측정 도구는 Beck, Steer, Ball과 Ranieri (1996)가 개발한 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)를 Sung 등(2008)이 번역한 한국어판 BDI-II도구를 사용하였다. 우울증의 정서적, 심리적, 신체적 증상을 사정하는 자가보고형 척도로서 총 21 문항으로 구성되었다. 4점 Likert 척도이고 점수범위는 0점에서 63점이다. 0-13점은 '정상', 14-19점은 '가벼운 우울', 20-28점은 '중등도의 우울', 29-63점은 '심한 우울'을 나타낸다. 개

발 당시 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었고, 번안한 한국어 판의 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .83$ 이었다. 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .92$  이었다.

## 자료 수집 방법 및 연구의 윤리적 고려

본 연구의 내용과 방법에 대하여 S대학의 생명의학연구윤리심의위원회의 승인(IRB No. sswu irb 2017-035)을 받은 후, 자료수집은 2017년 10월 12일부터 12월 15일까지 이루어졌고, 연구기간 동안 연구윤리 지침을 준수하였다. 본 연구의 목적과 질문내용을 이해할 수 있고 참여에 동의한 S시의 중년여성을 편의표출하여 대상자의 자택 또는 헬스장, 각종 모임 등에서 자료를 수집하였다. 연구대상자에게 연구의 목적을 설명하고 설문도중 원하면 언제든지 중단할 수 있으며, 설문지에 대한 응답을 거부하거나 응답 중 중단하는 경우에 어떠한 불이익도 없다는 점을 설명하였다. 또한, 수집된 자료는 연구목적으로만 사용하며, 대상자의 익명성과 자율성을 보장한다는 내용의 서면동의를 구하였다. 익명과 비밀보장을 약속하고, 질문지를 현장에서 나눠준 후 직접 자기기입식으로 응답하게 하였다. 설문지 작성에 소요되는 시간은 약 20분에서 30분 정도이었다.

## 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0을 활용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태는 빈도와 백분율, 평균 및 표준편차를 산출하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태에 따른 우울의 차이는 one-way ANOVA와 독립표본 t-test로 분석하였으며, Levene의 통계량을 구해 각 집단의 분산의 동질성을 확인하였다. 사후검정은 Scheffé test로 하였다. 중년여성의 우울 정도에 영향을 미치는 변인을 규명하기 위해 우울에 유의한 평균의 차이를 나타낸 변수를 단계적 선형 회귀분석으로 분석하였으며 주거형태, 3개월 이상 지속된 만성질환 유무, 만성질환, 돌봄 제공자, 복용약물, 걷기, 중등도 운동, 영양 보조제 섭취, 식이조절을 더미 변수화하여 분석하였다. 연구도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 를 구하였다.

## 연구 결과

### 대상자의 일반적 특성

대상자의 평균연령은  $50.55 \pm 5.73$ 세로 40-64세의 범주를 보였으며, 50-54세가 72명(38.3%)으로 가장 많았고, 45-49세가

38명(20.2%), 40-44세가 37명(19.6%)의 순으로 나타났다. 학력은 전문대졸 이상이 91명(48.4%)으로 가장 많았다. 대상자 133명(70.7%)이 기혼자이었으며, 기독교가 100명(53.2%)으로 가장 큰 비중을 차지하였다. 동거가족형태는 배우자, 자녀와 함께 거주하는 경우가 104명(55.3%)으로 가장 많았으며, 생활비는 200-299만 원인 경우가 147명(78.2%)으로 가장 많았다. 대상자 124명(66.0%)이 자가에서 살고 있었다(Table 1).

### 대상자의 우울정도

대상자의 우울정도는 평균  $17.60 \pm 7.43$ 점으로 가벼운 우울군에 속하였다. 가벼운 우울단계에 있는 대상자는 70명(40.4%)으로 가장 많았고, 중등도 우울군이 50명(26.6%), 심한 우울군이 19명(10.1%)이었다(Table 2).

### 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태에 따른 우울 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 우울 정도의 차이를 분석한 결과, 우울 정도는 연령( $F=2.51, p=.043$ ), 거주형태( $F=4.44, p=.013$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후검정 결과, 우울정도는 60-64세의 대상자가 다른 연령군보다 유의하게 낮았으며 전세가 자가와 월세보다 높았다(Table 1).

대상자의 건강상태를 살펴보면, 주관적 건강상태는 보통이 108명(57.4%)이며 아주 나쁨은 없었다. 동년배와 비교한 건강상태는 보통이 138명(73.4%)이며, 나쁨이나 매우 나쁨은 없었다. 통증이 있다고 응답한 대상자는 61명(32.4%)이었으며 평균 통증정도는  $1.01 \pm 1.13$ 이었다. 3개월 이상 지속된 만성질환이 있다고 응답한 대상자는 109명(58.0%)이며 고혈압 35명(18.6%), 당뇨병 27명(14.4%), 관절염 49명(26.1%), 치주염 50명(26.6%), 위장질환 26명(13.8%)이었으며, 기타는 11명(5.9%)이었다(Table 1).

대상자의 건강상태 특성에 따른 우울 정도의 차이를 분석한 결과, 우울 정도는 건강상태 중 주관적 건강상태( $F=32.94, p<.001$ ), 동년배와 비교한 건강상태( $F=20.67, p<.001$ ), 3개월 이상 지속된 만성질환 유무( $t=5.35, p<.001$ ), 당뇨( $t=6.44, p<.001$ ), 치주염( $t=-5.58, p<.001$ ), 위장질환( $t=4.17, p=.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 통증에 따른 우울 정도의 차이는 나타나지 않았다(Table 3).

대상자의 건강관리형태를 살펴보면, 돌봄 제공자로 배우자가 128명(68.1%)으로 가장 많았다. 복용약물은 비타민, 영양제를 복용하는 경우가 68명(36.2%)으로 가장 많았다. 걷기를 하는 대상자가 111명(59.0%), 중등도 운동은 117명(62.2%), 식이조절은 92명(48.9%)이 하고 있었다. 대상자의 건강관리형태에

Table 1. Differences in Depression according to the General Characteristics of Participants (N=188)

Variables	Categories	n(%) or Mean±SD	Depression		
			Mean±SD	t or F (p)	Scheffé
Age(year)	40-44 <sup>a</sup>	37(19.6)	19.00±8.22	2.51(.043)	a,b,c,d>e
	45-49 <sup>b</sup>	38(20.2)	18.42±8.14		
	50-54 <sup>c</sup>	72(38.3)	16.41±6.67		
	55-59 <sup>d</sup>	30(16.0)	19.40±7.27		
	60-64 <sup>e</sup>	11(5.9)	12.90±4.67		
	Average	50.55±5.73			
Education	≤ Middle school	30(16.0)	18.90±8.14	1.50(.215)	
	High school	67(35.6)	18.32±7.54		
	≥ College	91(48.4)	16.63±7.06		
Marital status	Married	133(70.7)	17.24±7.44	2.37(.071)	
	Unmarried	23(12.3)	20.95±7.91		
	Divorced/Separated	14(7.4)	14.85±5.20		
	Widowed	18(9.6)	18.11±7.32		
Religion	None	38(20.2)	16.94±7.09	0.22(.881)	
	Christianity	100(53.2)	17.63±7.27		
	Buddhism	13(6.9)	18.84±8.83		
	Catholicism	37(19.7)	17.75±7.94		
Type of family	With spouse & children	104(55.3)	17.27±7.38	0.63(.638)	
	Only with spouse	22(11.7)	17.81±8.18		
	Only with children & without spouse	26(13.8)	16.46±5.87		
	With parents	11(5.9)	18.90±10.67		
	Alone	25(13.3)	19.36±7.03		
Average monthly living expenses (10,000won)	<200	24(12.8)	18.08±6.64	0.31(.729)	
	200-299	147(78.2)	17.38±7.50		
	≥300	17(9.0)	18.76±8.18		
Residential type	Monthly rent <sup>a</sup>	16(8.5)	16.81±6.71	4.44(.013)	b>a,c
	Lease <sup>b</sup>	48(25.5)	20.31±8.35		
	Own house <sup>c</sup>	124(66.0)	16.65±6.93		

Table 2. Level of Depression of Participants (N=188)

Variables	n(%) or Mean±SD	Max-Min
Total	17.60±7.43	41-1
Normal (0-13)	43(22.9)	
Mild depression (14-19)	76(40.4)	
Moderate depression (20-28)	50(26.6)	
Severe depression (29-63)	19(10.1)	

다른 우울 정도의 차이를 분석한 결과, 우울 정도는 건강관리 형태 중 돌봄 제공자(F=28.41,  $p<.001$ ), 복용약물(F=32.65,  $p<.001$ ), 걷기( $t=-5.02$ ,  $p<.001$ ), 중등도 운동( $t=-8.39$ ,  $p<.001$ ), 영양보조제섭취( $t=-7.87$ ,  $p<.001$ ), 식이조절( $t=-7.86$ ,  $p<.001$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후검정에서 돌봄 제공자가 있는 사람은 없는 사람보다 우울정도가 낮았으며, 당뇨약물을 복용하는 대상자가 복용하지 않는 대상자보다 우울정도가 유의하게 높았다(Table 3).

### 우울 정도에 영향을 미치는 변수

연구대상자의 우울에 영향을 미치는 변수를 분석한 결과는 표 4와 같다. 우울정도에 영향을 주는 변수는 주관적 건강상태( $\beta=-0.55$ ,  $p<.001$ ), 돌봄 제공자가 없음( $\beta=0.47$ ,  $p<.001$ ), 3개월 이상 지속된 만성질환( $\beta=0.36$ ,  $p<.001$ ), 동년배와 비교한 건강상태( $\beta=0.32$ ,  $p<.001$ ), 걷기( $\beta=-0.20$ ,  $p=.002$ ), 가족 외에 다른 돌봄 제공자 ( $\beta=0.18$ ,  $p=.001$ ), 위장질환( $\beta=0.10$ ,  $p=.022$ )이었으며 설명력은 67.8%이었다( $F=57.21$ ,  $p<.001$ ). 다중공선성 진단에서 변수 간의 공선성은 존재하지 않았다(Table 4).

### 논 의

본 연구는 중년여성의 건강상태와 건강관리형태 및 우울 정도를 파악하고 중년여성의 우울에 미치는 요소를 파악하여 중년여성에게 적합한 간호중재 프로그램의 개발에 유용한 기초자료를 제공하고자 시도하였다

본 연구대상자의 우울정도는 평균 17.60±7.43으로 가벼운

Table 3. Differences in Depression according to the Health Status and Health Management Characteristics of Participants (N=188)

Variables	Categories	n(%) or Mean±SD	Depression		
			Mean±SD	t or F (p)	Scheffé
<b>Health Status</b>					
Perceived current health status	Poor <sup>a</sup>	2(1.1)	35.50±4.94	32.94(<.001)	a>b,c,d
	Average <sup>b</sup>	108(57.4)	20.70±7.49		
	Good <sup>c</sup>	31(16.5)	14.06±1.06		
	Very good <sup>d</sup>	47(25.0)	12.00±3.80		
Level of perceived health status (1-5)		3.65±0.86			
Perceived health status compared to peer group	Average <sup>a</sup>	138(73.4)	19.47±7.36	20.67(<.001)	a>b,c
	Good <sup>b</sup>	19(10.1)	11.00±5.68		
	Very good <sup>c</sup>	31(16.5)	13.29±3.89		
	Level of perceived health status compared to peers (1-5)		3.43±0.76		
Pain	Yes	61(32.4)	18.90±8.37	1.66(.097)	
	No	127(67.6)	16.97±6.89		
	Level of pain (0-10)		1.01±1.13		
Diseases for 3months	Yes	109(58.0)	19.90±7.27	5.35(<.001)	
	No	79(42.0)	14.41±6.45		
Hypertension	Yes	35(18.6)	18.88±6.21	1.13(.259)	
	No	153(81.4)	17.30±7.68		
Diabetes	Yes	27(14.4)	25.33±8.67	6.44(<.001)	
	No	161(85.6)	16.30±6.37		
Arthritis	Yes	49(26.1)	16.32±4.44	-1.83(.069)	
	No	139(73.9)	18.05±8.20		
Periodontitis	Yes	50(26.6)	13.78±4.63	-5.58(<.001)	
	No	138(73.4)	18.98±7.78		
Gastrointestinal disease	Yes	26(13.8)	22.34±6.03	4.17(<.001)	
	No	162(86.2)	16.83±7.37		
Others	Yes	11(5.9)	18.27±7.25	0.308(.759)	
	No	177(94.1)	17.55±7.46		
<b>Health Management</b>					
Care giver	Spouse <sup>a</sup>	128(68.1)	16.39±5.87	28.41(<.001)	a,b,c<d
	Children/Daughter-in-law/Son-in-law <sup>b</sup>	20(10.6)	14.60±4.77		
	Others(volunteer, etc.) <sup>c</sup>	29(15.4)	18.89±8.85		
	None <sup>d</sup>	11(5.9)	33.72±2.41		
Use of medicines	Antihypertensive <sup>a</sup>	28(14.9)	20.71±6.21	32.65(<.001)	b>a,c>d,e
	Diabetes medication <sup>b</sup>	11(5.9)	32.45±4.20		
	Digestive medicine <sup>c</sup>	22(11.7)	22.27±4.83		
	Others <sup>d</sup>	70(37.2)	13.84±3.89		
	None <sup>e</sup>	57(30.3)	16.01±7.65		
Alcohol intake	Yes	94(50.0)	18.15±4.41	-1.03(.305)	
	No	94(50.0)	17.04±9.54		
Smoking	Yes	0(0.0)	-		
	No	188(100)	17.60±7.43		
Sleeping hours	≤ 4 <sup>a</sup>	3(1.6)	18.00±4.35	2.58(.078)	
	5~7 <sup>b</sup>	157(83.5)	18.11±7.85		
	≥ 8 <sup>c</sup>	28(14.9)	14.67±03.92		
Health management methods	Walking	Yes	111(59.0)	15.46±7.94	-5.02(<.001)
		No	77(41.0)	20.67±5.34	
	Moderate exercise	Yes	117(62.2)	14.37±5.18	-8.39(<.001)
		No	71(37.8)	22.91±7.56	
	Nutritional supplements	Yes	68(36.2)	13.04±5.42	-7.67(<.001)
		No	120(63.8)	20.18±37.19	
	Dietary control	Yes	92(48.9)	13.83±5.23	-7.86(<.001)
		No	96(51.1)	21.20±7.46	
	Other methods	Yes	130(69.1)	17.91±7.90	0.94(.346)
		No	58(30.9)	16.89±6.29	

Table 4. Variables for Predicting Depression

(N=188)

Variables	B	S.E	β	t	p	tolerance	VIF
Constant	21.11	2.05		10.27	<.001		
Perceived current health status	-4.75	0.93	-0.55	-5.09	<.001	0.14	6.85
Care giver*	14.86	1.59	0.47	9.31	<.001	0.67	1.48
Chronic diseases for 3months*	5.41	0.70	0.36	7.74	<.001	0.79	1.25
Perceived health status compared to peer group	3.15	0.79	0.32	3.95	<.001	0.26	3.85
Walking for health*	-3.15	1.00	-0.20	-3.12	.002	0.38	2.59
Care giver*	3.72	1.10	0.18	3.36	.001	0.59	1.68
Gastrointestinal disease*	2.33	1.00	0.10	2.31	.022	0.78	1.27

Adjusted R<sup>2</sup>=.678, F=57.21, p<.001

\*Dummy Variable: Caregiver (1=none), Chronic diseases for 3months (1=yes), Walking for health (1=yes), Caregiver (1=other, e.g. volunteer), Gastrointestinal disease (1=yes)

우울로 구분되었다. 연구대상자의 22.9%가 정상, 40.4%가 가벼운 우울, 중등도 우울은 26.6%, 심한 우울 10.1%로 나타나 같은 우울도구로 측정한 선행연구(Kwon et al., 2016)보다 높은 비율을 보였다. Kwon 등(2016)의 연구에서는 정상 65.0%, 가벼운 우울 18.3%, 중등도 우울 12.0%, 심한 우울이 4.8%로 나타나 본 연구결과와 차이가 있었다. 이러한 차이는 본 연구와 Kwon 등(2016)의 연구 대상자의 나이에서 차이가 있었기 때문이라 사료된다. 본 연구 결과에서도 연령에 따라 우울정도에 차이가 있었으므로 향후 중년기를 40대-50대 초반과 50대 후반-60대로 구분하여 연령대별로 경험하는 다양한 요인과 우울과의 관계를 규명하는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구는 우울에 유의한 평균의 차이를 나타낸 변수를 단계적 선행 회귀분석에 투입한 결과, 중년여성의 우울에 가장 큰 영향을 주는 변수는 건강상태 중에서 주관적 건강상태였으며 동년배와 비교한 건강상태 역시 우울에 영향을 주는 것으로 나타났다. 이 두 변인은 서로 강한 상관성을 보였으나, 다중공선성은 존재하지 않았다. 이러한 결과로 볼 때 갱년기 호르몬의 변화를 겪는 중년여성의 우울에 영향을 주는 요소로서 건강상태에 대한 전문가의 객관적인 판단보다도 대상자가 스스로 지각하는 주관적인 건강상태 수준을 우선적으로 고려해야 함을 알 수 있다. 국내의 선행연구에서도 중년여성이 주관적으로 지각하는 건강이 나쁠수록 우울 위험성이 증가하는 동일한 결과를 확인할 수 있었다(Kwon et al., 2016; Tanaka et. al., 2011).

본 연구에서는 주관적 건강상태 다음으로 대상자의 건강관리 돌봄 제공자 유무가 우울 정도에 영향을 주었고, 돌봄 제공자가 있는 경우(16.39±5.87) 보다 없는 경우(33.72±2.41)의 우울수준이 거의 2배 높았다. 여러 연구결과 가족, 친지가 건강관리를 하는데 돌봄 제공자의 역할을 하고 있으며(Chung & Lim, 2015; Lee, Jang, & Yang, 2016) 사회적 지지가 높을수록 성인의 우울은 감소된다고(Kang, 2009) 보고하였다. 이러한 결과는 우리나라 중년여성의 우울 감소에 가족이 중요한

역할을 하고 있음을 나타낸다. 따라서 중년여성의 우울 중재 프로그램을 개발을 위해서는 가족이나 이웃과 상부상조하여 건강관리를 강화할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

중년여성의 연령과 주거형태에 따라서 우울 정도에 유의한 차이를 나타냈다. Jun 등(2004)의 결과에서는 중년여성의 연령과 주거형태에 따른 우울정도에 차이가 없다고 보고하여 본 연구결과와 상이하였다. 본 연구결과, 월세에 거주하는 대상자의 우울정도가 전세거주 대상자의 우울정도에 비해 유의하게 낮았고 월수입에 따른 우울정도에 유의한 차이가 없으므로 나타나 주거형태와 객관적 경제상태가 우울과 연관된다는 사회적 통념과도 배치되었다. 주관적 경제상태가 어려울수록 우울정도가 유의하게 높다는 선행연구(Han & Lee, 2013; Kwon et al., 2016; Noguchil et al., 2015; Tanaka et al., 2011) 결과를 고려하면 중년여성의 객관적 경제상태보다 주관적 경제상태에 따른 우울에 관한 추가적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구결과, 당뇨병, 치주염, 위장질환 유무에 따라 우울의 정도가 차이를 보였다. 특히 우울에 영향을 미치는 만성질환은 위장질환 뿐이었고, 그 외 3개월 이상 지속된 만성질환이 우울에 영향을 미치는 것으로 나타났다. Tanaka 등(2011)은 중년여성 우울의 위험요인으로 주관적 건강상태를 주장하여 본 연구와 일치하였으나, 만성질환의 유무와는 상관없다고 하여 본 결과와 상이하였다. KCDC (2017)에서는 여성 우울증 환자가 가진 만성질환 중에 가장 높은 빈도를 차지하는 것은 위장질환으로 전체 여성 우울증 환자의 87.7%를 차지하였다. 특히, 만성질환이 4개 이상인 경우 우울증상이 급격히 증가하는 결과와(Seo et al., 2017) 본 연구 결과는 일치하였다. 따라서 중년여성의 우울에 대한 간호중재를 할 때는 3개월 이상 지속된 만성질환 특히, 위장질환을 파악하는 것은 매우 중요하며 이들을 고위험군으로 분류하여 이들의 의료기관 이용을 촉진시키기 위한 정책제안 및 유용한 건강증진프로그램을 제공하여야 한다.

건강관리형태는 주관적 건강상태와도 관계가 있다(Enstrom & Breslow, 2008; Noguchi et al., 2015). 건강관리형태는 개인의 라이프 스타일로 식이조절, 음주, 흡연, 영양, 수면형태, 중등도 운동 등을 의미한다. 본 연구에서는 걷기, 중등도 운동, 영양보조제 섭취 및 식이조절의 건강관리형태를 올바르게 이행하고 있을 때 우울정도가 낮았으며 그 중 걷기가 우울감소에 영향을 주었으며 이는 Noguchi 등(2015)의 결과와 일치하였다. 본 연구에서는 위의 건강관리형태 변인들을 보정한 후 역시 3개월 이상 지속된 만성질환과 위장질환이 우울에 영향을 주었으나 Seo 등(2017)의 결과에서는 수면, 운동, 식이조절, 운동과 같은 건강관리형태 변수를 보정한 후에는 우울과 만성질환은 관련 없는 것으로 나타났다. 따라서 향후 중년 여성의 우울, 만성질환, 건강관리 간의 관계를 규명하는 추가 연구가 필요하다고 사료된다. 또한, 중년여성의 우울을 관리하기 위해서는 다양한 건강관리 활동 즉, 걷기, 식이조절, 적당한 운동 등을 우울 중재프로그램에 접목할 필요가 있겠다. Yang과 Shin (2014)은 중년여성의 우울감소에 자기 효능감이 영향을 주며 Kwon과 Yoon (2015)은 자기효능감이 우울뿐만 아니라 건강관리와도 관계가 있다고 보고하였다. 이에 자기효능감을 통하여 지속적인 자가 건강관리를 할 수 있는 우울 중재프로그램이 개발되어야 할 것이다.

본 연구는 중년여성에게 증가하고 있는 정신건강 문제인 우울에 대상자의 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태가 어떠한 영향을 미치는지 규명했다는 데 의의가 있다. 본 연구는 서술적 조사연구이므로 건강상태에 포함되는 만성질환 상태와 우울과의 인과관계를 제시할 수 없는 한계를 가지고 있다. 또한 자료수집을 일부 지역에서 하였고 대상자의 교육수준이 평균 이상이어서 연구결과를 일반화하기에 제한점이 있다. 본 연구에서 사용한 우울척도는 자가보고형 설문문항으로 대상자의 주관적 느낌에 의존하였기 때문에 다른 정신건강 조사도구를 사용했을 때와 상이한 결과가 나타날 수 있다. 따라서 추후 중년여성의 우울증 감소를 위한 다양한 반복연구를 제안한다.

## 결론 및 제언

본 연구는 중년여성의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 일반적 특성, 건강상태, 건강관리형태를 단계적 선형 회귀 분석한 결과 주관적 건강상태, 돌봄 제공자가 없는 경우, 3개월 이상 지속된 만성질환, 동년배와 비교한 건강상태, 걷기, 돌봄 제공자가 가족이 아닌 타인인 경우, 위장질환이 있는 경우가 67.8%의 설명력을 보였다. 본 연구결과 중년여성의 우울문제를 해결하기 위해서는 건강상태에 대한 전문가의 객관적인 판단보다도 대상자가 스

스로 지각하는 주관적인 건강상태 수준을 우선적으로 파악할 필요가 있다. 또한, 3개월 이상 지속된 만성질환과 위장질환이 있는 대상자를 분류하여 적합한 건강증진프로그램을 제공할 필요가 있다. 중년여성의 우울 관리를 위해서는 다양한 건강관리 방법을 포함한 우울 중재프로그램을 개발할 필요가 있으며 가족이나 이웃의 도움을 받으며 건강관리를 강화할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 향후, 중년여성의 우울, 만성질환, 건강관리형태 간의 관계에 대한 반복연구가 필요하다.

## References

- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of the Beck Depression Inventories- I A and II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-797.
- Chang, H. K., & Cha, B. K. (2003). Influencing factors of climacteric women's depression. *Journal of Korean Academy Nursing*, 33(7), 972-980.
- Choe, M. A., Hah, Y. S., Kim, K. S., Yi, M. S., & Choi, J. A. (2008). A study on exercise behavior, exercise environment and social support of middle-aged women. *Journal of Korean Academy Nursing*, 38(1), 101-110.
- Chung, M. S., & Lim, K. C. (2015). Health status and complementary and alternative therapies in the community dwelling pre-elderly and elderly. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 18(1), 46-56. <http://www.dbpia.co.kr/Article/NODE06384019>
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: An investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13(2), 389-398.
- Doo, H. J. (2013). Subjectivity on experience of middle-aged women who attend self-help group to overcome midlife crisis: Q methodology approach. *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2), 78-87. <http://dx.doi.org/10.14370/jewnr.2013.19.2.78>
- Enstrom, J. E., & Breslow, L. (2008). Lifestyle and reduced mortality among active California Mormons, 1980 - 2004. *Preventive Medicine*, 46(2), 133-136.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analysis. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

- Han, M. J., & Lee, J. H. (2013). Factors influencing self-identity and menopausal symptoms on level of depression in middle aged women. *Korean Journal of Women Health Nursing, 19*(4), 275-284. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2013.19.4.275>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., et al. (2012). Executive summary of the stages of reproductive aging workshop +10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Fertility and sterility, 97*(4), 843-851.
- Jun, S. J., Kim, H. K., Lee, S. M., & Kim, S. A. (2004). Factors influencing middle-aged women's depression. *The Journal of Korean Community Nursing, 15*(2), 266-276.
- Kang, Y. H. (2009). Correlates of depression and perceived health status in patients with atrial fibrillation. *Korean Journal of Adult Nursing, 21*(1), 86-94.
- Kim, S. J., & Kim, S. Y. (2013). A study on the relationship of marital intimacy, depression, and menopausal symptoms in middle-aged women. *Korean Journal of Women Health Nursing, 19*(3), 176-187. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2013.19.3.176>
- Koji, W., Toshihiko, S., Katsutoshi, T., Masashi, T., & Yoshiharu, A. (2007). Associations of depressive symptoms with regular leisure activity and family social support among Japanese workers. *Industrial Health, 45*(1), 181-185.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Prosective observational study on the risk factors for chronic disease in menopause transition women. *Public Health Weekly Report, 10*(31), 814-820. Retrieved July 17, 2018, <http://www.cdc.go.kr/phwr/biz/phwr/phwrMain.do>
- Korea Health Insurance Review & Assessment Service. (2014). *Depression in midlife and elderly*. Retrieved July 10, 2018, from [http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA02004100000&cmsurl=/cms/inform/02/1330938\\_27116.html&subject](http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA02004100000&cmsurl=/cms/inform/02/1330938_27116.html&subject).
- Korea National Statistical Office. (2017). *Population projections for Korea*. Retrieved July 10, 2018, from <http://meta.narastat.kr/metasvc/svc/SvcMetaDcDtaPopup.do?orgId=101&confmNo=101033&kosisYn=Y>
- Korean Women's Development Institute. (2017). *Gender statistics in Korea*. Retrieved July 10, 2018, from <http://www.ndsl.kr/ndsl/commons/util/ndslOriginalView.do?dbt=TRKO&cn=TRKO201800022397&rn=&url=&pageCode=PG18>
- Kwon, E., Nah, E. H., Kim, H., Joe, S. H., & Cho, H. I. (2016). Association between metabolic syndrome and psychological characteristics in Korean postmenopausal women. *Korean Journal of Health Promotion, 16*(2), 119-126. <http://dx.doi.org/10.15384/kjhp.2016.16.2.119>
- Kwon, H. Y., & Yoon, M. S. (2015). Relationship of depression, stress, and self-esteem with oral health-related quality of life of middle-aged women. *Journal of Dental Hygiene Science, 15*(6), 825-835. <http://dx.doi.org/10.15384/kjhp.2016.16.2.119>
- Lee, S. H., Jang, H. S., & Yang, Y. H. (2016). The influence of subjective health status, post-traumatic growth, and social support on successful aging in middle-aged women. *Journal of Korean Academy of Nursing, 46*(5), 744-752.
- Nam, S. N., Jeong, J. H., Shin, H. K., Kim, J. H., Choi, J. S., & Jeong, Y. R. (2008). The effect of elastic band and swiss ball training on body composition and the blood lipids of middle-aged women. *The Korea Journal of Sports Science, 17*(3), 1081-1090.
- Noguchi, Y., Ueda, K., Fukumoto, K., Harada, K., Ueda, A., & Wei, C. N. (2015). Relationship between perceived health status and health practices in the general adult population in Japan. *Open Journal of Preventive Medicine, 5*(6), 280-290.
- Seo, J. Y., Choi, B. Y., Kim, S., Lee, H. Y., & Oh, D. H. (2017). The relationship between multiple chronic disease and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: Results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. *BMC Public Health, 17*, 844. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4798-2>
- Sohn, J. N. (2018). Factors influencing depression in Middle aged women: Focused on quality of life on menopause. *Journal of Health Informatics and Statistics, 43*(2), 148-157.
- Sung, H. M., Kim, J. B., Park, Y. N., Bai, D. S., Lee, S. H., & Ahn, H. N. (2008). A study on the reliability and the validity of korean version of the Beck Depression Inventory-II (BDI -II). *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry, 14*(2), 201-212.
- Tanaka, H., Sasazawa, Y., Suzuki, S., Nakazawa, M., & Kotoma, H. (2011). Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: A seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry, 11*, 20. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-20>.
- Yang, Y. J., & Shin, S. H. (2014). The effects of self-esteem and family stress on depression of middle-aged couples: Analysis of actor-partner interdependence model. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(2), 60-69. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2014.23.2.60>



## The Influence of Health Status and Type of Health Management on Depression in Middle-Aged Women\*

Chung, Myung Sill<sup>1)</sup> · Kim, Yeon-Ha<sup>2)</sup> · Lim, Kyung-Choon<sup>3)</sup>

1) Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

2) Assistant Professor, College of Nursing, Korea National University of Transportation

3) Professor, College of Nursing, Sungshin Women's University

**Purpose:** This study aimed to investigate the influence of health status and types of health management on depression in middle-aged women. **Methods:** A convenience sample of 188 participants was recruited from health centers in S city. Using a structured questionnaire, data was collected and analyzed by t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and linear regression using SPSS/WIN 23 program. **Results:** Results of the regression analysis showed that perceived current health status ( $\beta=-0.55, p<.001$ ), no caregiver ( $\beta=0.47, p<.001$ ), chronic diseases lasting more than three months ( $\beta=0.36, p<.001$ ), perceived health status compared to peer group ( $\beta=0.32, p<.001$ ), walking for health ( $\beta=-0.20, p=.002$ ), caregiver except family ( $\beta=0.18, p=.001$ ), and gastrointestinal disease ( $\beta=0.10, p=.022$ ) influenced depression in middle-aged women. Overall, approximately 69.7% of total variance explained this model (adjusted  $R^2=0.678, F=57.21, p<.001$ ). **Conclusion:** This study suggests that it is more important to understand the level of perceived health status in middle-aged women. Furthermore, it is necessary to develop programs that include various health management methods and strengthen the health care with the help of families and neighbors in order to manage depression in middle-aged women.

**Key words:** Health status, Health care, Depression, Middle aged Women

\* This work was supported by the Sungshin Women's University Research Grant of 2016.

• Address reprint requests to : Kim, Yeon Ha

College of nursing, Korea National University of Transportation

61 Daehak-ro, Jeungpyeong-gun, Chungbuk Korea, 27909

Tel: 82-43-820-5081 Fax: 82-43-820-5173 E-mail: tiffany7@ut.ac.kr