

여대생의 섭식장애와 신체증상, 기분상태간의 상관관계

이 규 은* · 김 남 선*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라 여성들의 미에 대한 관점이 서구화 되면서, 우리나라 전통적인 미에 대한 관점이 변화하게 되었다. 즉 마른 체형을 선호하게 되고, 마른 체형을 갖추기 위해서 청소년이나 젊은 여성들 사이에는 다이어트가 성행하게 되었다. 이러한 사회문화적 영향으로 인해 많이 나타나게 되는 것이 신경성 식욕부진증 및 신경성 대식증으로 대표되는 섭식장애 문제이다. Petterson (1995)은 날씬해지고자 하는 욕구와 자기 체형에 대한 불만족, 섭식에 대한 엄격한 억제 규칙 및 이를 지키지 못했을 때의 반동적인 폭식으로 이어지는 악순환의 연쇄를 지적하고 있다(우마리아, 1995).

신경성 식욕부진증이나 신경성 대식증과 같은 섭식장애는 생리적, 심리적, 사회문화적, 행동적, 구성요소를 갖는 복잡한 장애로(Gidwani & Rome, 1997) 알려져 있는데, 이 요인들이 동시에 또는 시차를 두고 서로 상호작용을 하면서 섭식장애를 일으키는 것으로 생각되나, 아직 이러한 관점에서 섭식장애의 원인들을 총괄하여 설명한 이론은 부족하다(김지선, 1997).

이러한 섭식장애 문제를 갖는 대상자의 대부분은 여성 특히 청소년기부터 초기 성인기에 이르는 여성에게

서 더욱 두드러지는데, 이 시기는 친밀한 대인관계의 형성이 중요한 발달과제이고 매력적인 외모가 이런 과정의 성취에서 중요한 역할을 하기 때문이다(Stiegel-Moore et. al, 1986).

비만은 추함, 불건강, 그리고 개인적 오명이며, 날씬함은 매력적인 외모의 핵심으로 이는 높은 지위와 아름다움, 높은 자기조절력의 상징으로 바라보는 경향이 여러 문화권에서 보편적인 가치나 태도로 자리잡게 되었다(Sobal & Stunkard, 1989).

Stice & Shaw(1994)도 외모에 기초한 사회문화적 압력이 섭식장애의 대표적 병인이라는 증거를 검토하면서, 사회문화적 압력이야말로 마른 신체형을 여성의 이상적인 신체로 강조하고, 여성의 성역할에서 외모가 중심적인 역할을 하게 하며, 외모가 사회적 성공에 매우 중요한 요소로 작용하게 한다는 사실을 확인하였다. 이런 점 때문에 여성학자들은 여성의 '몸'은 살아있는 것 혹은 실제적인 것인 동시에 그 자체가 또한 사회적으로 혹은 문화적으로 구성된 상징이라는 점을(김애령, 1995) 강조한다.

식습관이란 한 사람의 생활 태도 형성에 결정적인 것이며, 행동양식과도 관계가 있다. 식습관은 신체의 건강을 유지하기 위해서 뿐만 아니라 사회적 견지에서든 매우 중요하고 필수적이다. 그러므로 섭식장애의 결과는 많은 신체적, 정신적 증상과 징후들을 초래하게 되는데,

* 관동대학교 간호학과

심한 혹은 만성적인 섭식장애 대상자들은 전해질 불균형, 치아 에나멜의 부식, 영구적인 뇌 손상, 불임, 만성적인 허약, 기관손상, 그리고 심부전을 가져오며 장기간의 합병증으로는 쿠싱질환과 골다공증이 있다(김영경 등, 1998)고 한다. 또한 섭식장애 환자들은 대개 사회적으로 만족스럽지 못한 관계를 유지하고 있으며, 심리적, 성적 기능의 측면에서도 양가적이거나 회피적인 태도를 보이고, 우울증을 비롯한 다양한 정신병리 증상들도 함께 나타내는 경향이 있다(Kinder, 1991). 뿐만 아니라 여성들이 자신의 신체치수와 체중에 대해 느끼는 전반적인 불안은 정상적인 여성에게조차도 심리적, 신체적 건강상의 심각한 결과를 야기하고 있다(Richardson & Johnson, 1984).

이상에서 살펴본 바와 같이 날씬함에 대한 동경이나 외모를 중시하는 가치관으로 인해 청소년 후기나 성인 초기에 속한 여성들의 섭식장애가 나타나고 있고 이들은 식습관 뿐 아니라 신체적 및 심리적 건강마저 위협받고 있다고 볼 수 있다. 많은 연구들이 섭식장애와 정서장애 사이의 관계를 밝히려는 시도를 해왔으나, 신체적인 문제는 단순히 결과론적인 특성으로만 간주해온 감이 없지 않다. 또한 섭식장애 문제가 체중조절과도 관련된 문제이므로 신체질량지수(Body Mass Index)와 섭식장애 및 신체증상, 기분상태간의 관계를 살펴보는 일로 필요하다고 본다. 그러므로 본 연구는 여대생을 대상으로 섭식장애 행동의 특성을 밝히고, BMI(Body Mass Index)와 섭식장애, 신체 증상, 기분상태 간의 관계를 파악하고자 한다. 이런 연구가 다차원적인 측면에서의 섭식장애의 이해에 도움을 줄 수 있을 것으로 기대한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 여대생들의 체중조절 실태를 파악한다.
- 여대생들의 섭식장애, 신체증상, 기분상태의 정도를 파악한다.
- BMI에 따른 섭식장애, 신체증상, 기분상태의 차이를 밝힌다.
- 여대생들의 BMI, 섭식장애, 신체증상, 기분상태 간의 상관관계를 규명한다.

3. 용어의 정의

- BMI(Body Mass Index : 신체질량지수) : W/H^2 (W=체중 : 단위는 kg임, H=신장 : 단위는 m임) 공식에 따라 산출되는 값으로 비만여부를 측정하는데 사용된다(Garrow & Webster, 1985). 본 연구에서 대상자의 신체질량지수는 저체중군(19.9이하), 정상체중군(20-24.9)과 체중군(25-29.9), 중등도비만(30-39.9), 고도비만(40이상)의 5군으로 분류된다.
- 섭식장애(Eating disorder) : 크게 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 신경성 대식증(bulimia nervosa)으로 나뉘며, 신경성 식욕부진증은 최소한의 정상체중 유지도 거부한 채 계속해서 음식섭취를 제한하는 것이 특징이고, 신경성 대식증은 폭식후에 체중 증가를 막기 위해 부적절한 보상행동(의도적인 구토, 하제나 이뇨제, 기타 약물 남용, 단식이나 지나친 운동 등)반복적으로 하는 것이 특징이다(신미영, 1997).

본 연구에서는 Garner & Garfinkel(1979)이 개발한 섭식태도 검사(Eating Attitude Test)에 Halmi, Falk & Schwartz등(1981)이 개발한 폭식 질문지(Binge-Eating Questionnaire) 문항을 추가하여 신미영(1997)이 수정 보완한 도구에 의해 평가한 점수를 의미한다.

- 신체증상(Physical symptom) : 본연구에서는 Wittenborn(1979)이 개발한 69문항의 신체 불편설문지를 김영희와 박형숙(1992)이 번안한 것을 연구자들이 대상자에게 맞게 수정 보완한 도구에 의해 평가한 점수이다.
- 기분상태(mood) : 기분은 영어로는 mood이며 대상, 환경 따위에 따라 마음에 절로 생기며 한 동안 지속되는 유쾌하거나 불쾌하거나 한 감정(우리말 큰 사전, 1992)으로 본 연구에서는 McNair 등(1992)이 개발한 기분상태 측정도구인 POMS(profile of mood status)를 한국인에게 맞도록 신윤희(1996)가 수정 보완한 도구에 의해 측정된 점수를 말한다.

II. 이론적 배경

1. 여성, 체중조절, 섭식장애

섭식장애(eating disorder)는 연구자들이나 건강전문직의 관심이 된지 그리 오래되지 않은 새로운 정신병리 현상으로서 진단적 특성의 결정이 명백히 이루어진 것은 1980년 DSM-III에서 부터이며 1987년 DSM-III-R을 거쳐, 1994년 DSM-IV에 이르고 있다. 이러한 섭식장애는 다양하며 일관성 없는 섭식행동이 핵심으로,

크게 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 신경성 대식증(bulimia nervosa)으로 나누어 볼 수 있다. DSM-IV에 의하면, 체중 증가에 대한 공포와 체중을 줄이고자 하는 열망, 자신의 신체에 대한 불만족의 수준에서는 두 장애가 매우 유사하다. 그러나 신경성 식욕부진증이 극단적인 절식을 보이는 장애인데 반해 신경성 대식증은 반복적인 폭식행동과 그에 따르는 부적절한 보상적 행동(구토나, 이뇨제 사용등)을 그 특징으로 한다. 섭식장애는 18-25세 사이에 있는 여성의 주된 문제로 부각되었으며, 정서적, 사회적, 경제적, 신체적인 면에서 부정적인 결과를 나타낸다(오숙현, 1994에서 재인용; Hatsukami, Owen, Pyle & Mitchell, 1982; Pyle, Mitchell & Eckert, 1981).

1) 신경성 식욕부진증

신경성 식욕부진증 진단의 기준은 다음과 같다(American Psychiatric Association, 1994).

- 연령과 신장을 고려한 정상 범위내의 체중 유지 거부
- 체중 증가에 대한 두려움을 가짐
- 월경 주기의 부재 또는 무월경
- 신체상 장애가 심각함

신경성 식욕부진증의 중요한 측면은 신체상의 손상이다. 이들은 자신이 매우 야위었는데도 뚱뚱하다고 느낀다. 이들에게 있어서 빈곤한 자아상, 특히 신체에 대한 부정적 태도는 필수적이다. 이러한 인지적 왜곡은 실제적인 지각 왜곡을 수반하며 자신의 신체치수를 과대평가하는 경향이 있다(Williamson, Cubic & Gleaves, 1993).

이러한 신체 크기에 대한 과대추정은 정상 여성에게서도 나타나는데 이는 정상 여성들중 일부에서는 신경성 식욕부진증 환자들과는 달리 그들 자신의 신체에 대한 태도가 부정적이고, 이러한 부정적인 태도가 자신의 신체 크기를 실제보다 크다고 평가하는 것으로 생각된다.

Rock 등(1996)도 많은 여성들이 신경성 식욕부진증이나 신경성 대식증의 진단적 기준에는 충족되지 않지만 병리적인 섭식행위를 하고 있음을 지적하면서 임상적인 섭식장애는 병리적인 섭식태도의 가장 극단적인 형태라고 하였다.

2) 신경성 대식증

DSM-IV에 제시된 신경성 대식증의 진단 기준이다(American Psychiatric Association, 1994).

- 빈번한 폭식 에피소드

- 폭식하는 동안 섭식행동에 대한 통제감의 부족
- 체중증가를 방지하기 위하여 스스로 유도하는 구토, 하제나 이뇨제 복용
- 엄격한 다이어트나 단식 또는 과격한 운동을 반복적으로 시행
- 최소 3개월 동안 평균 주 2회 이상의 폭식 에피소드
- 자신에 대한 평가가 체형과 체중에 의해 지나치게 영향을 받음

DSM-III-R(APA, 1987)에서의 진단기준과 비교해 볼 때 '체형 및 체중에 대한 지속적이고 과도한 염려' 항목이 빠지고 '자신에 대한 평가가 체형과 체중에 의해 지나치게 영향을 받음'의 항목이 새로 추가되었다. 즉 신경성 대식증 환자들은 자신을 평가하는데 있어 체형이나 체중과 같은 요인들을 과도하게 강조하고, 이러한 요인들은 자아존중감을 결정하는데 가장 중요하게 작용한다는 것이다(김지선, 1997).

신경성 대식증인 사람들은 신체모양, 체중, 음식에 몰두하여 뚱뚱해지는 것에 대한 비합리적인 공포를 갖는다. 처음에 이들은 폭식하고 배설하는 일들을 비밀히 행하며 수 년 동안 가족들에게 발견되지 않을 수도 있다. 폭식하는 음식들은 삼키기 쉽고 토하기 쉬운 것들이며 보통 살찌게 하고 달고 고열량인 식품들이다(김영경 등, 1998). 이 두 장애에서 공통적으로 나타나는 특징으로는 체중과 체형에 대해서 왜곡된 지각을 보인다는 것으로, 이것이 진단의 필수 증상이다.

한편 Wiseman 등(1998)은 섭식장애의 유형으로서 신경성 식욕부진증과 신경성 대식증 외에 폭식장애(Binge Eating Disorder)를 들고 있는데, 이는 신경성 대식증과 비슷하나 두가지 점에서 차이가 있는데 폭식자는 보통 보상적 수단(구토, 하제사용 등)을 사용하지 않으며, 앞의 두 장애에서와 같은 신체 불만족은 없다. 그러므로 폭식자들은 토하는 일 없이 많은 칼로리를 취하게 되어 비만해지기 쉽다고 한다.

모든 섭식장애는 한 연속선 상에 위치하며 대상자는 양극으로 움직인다. 일례로 신경성 식욕부진증에서 회복중인 환자는 식욕 이상 항진이 시작될 수도 있다(Gidwani & Rome, 1997).

그렇다면 섭식조절의 기전은 무엇인가? 섭식행동에 대한 생리적 영향은 배고픔(hunger)과 포만(satiety)의 영역에서 주로 나타난다. 사람들은 음식섭취 수준이 기아 경계선 이하가 되면 기아와 관련된 혐오적인 생리적 감각이 유발되어 먹기를 시작하여, 누적된 음식섭취 수준이 포만 경계선을 넘어서면 포만과 관련된 혐오적

감각이 유발되어 먹기를 멈추게 된다. 기아와 포만 경계선 사이의 영역은 생물학적으로 혐오적 감각이 유발되지 않는 무관심한 영역에 해당하며, 이 영역에서는 생리적 요인 보다는 사회심리적 요인이 섭식을 결정하는 중요한 요소가 된다. 대부분의 경우 사람들은 규칙적으로 섭식을 하기 때문에 무관심의 영역에 위치해 있는 경우가 가장 많고 따라서 많은 섭식행동은 사회 및 심리적 요인에 의해 크게 영향 받는다고 할 수 있다(최서영, 1995).

특히 외모에 기초한 사회문화적 압력은 섭식장애에 영향을 미치는 가장 강력한 변수임이 많은 연구들(Hawkins & Clement, 1984 ; Nasser, 1988 ; Rodin-Silberstein & Striegel-Moore, 1985)에서 확인되고 있다. 왜냐하면 사회가 신체적 매력과 날씬함에 가치를 두는 현상이 두드러지고, 따라서 비만이 비난의 대상이 되고 있기 때문이다. 이와 같은 사회문화적 압력은 모든 연령의 여성들에게 내재화되고, 남성보다는 여성에게서 더 강력하게 작용된다고 한다(Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1985). 또한 사람들은 날씬함과 여성성(feminity)을 연관시켜 신체적으로 매력적인 여성을 더 여성스러운 것으로 지각하며(Gillen & Sherman, 1980) 이 때문에 여성성에 대한 평가와 섭식행동의 유형 간에는 관련성을 볼 수 있다(Chaiken & Pliner, 1984). 이에 대해 여성학자들은 가부장제 문화 속에서 권력과 지식과 위계적인 인간관계는 상식의 세계에서 특정한 고정관념을 하나의 진리로 창출, 재생산해내고 있기 때문이라고 분석한다. 여성의 몸에 대한 담론은 남녀 모두에게 내재화되어 있어 여성은 주로 '평가'의 차원에서 그리고 남성은 주로 '힘'과 '활동성'의 차원에서 자신의 몸을 파악한다고 한다(Kurtz, 1969). 결과적으로 여성에게는 신체적 매력이 자아개념과 중요한 연관을 갖는 반면, 남성에게는 자신의 몸이 갖는 도구적 효용성이 더 중요한 연관을 갖게 된다. 이와 같은 경향은 여성들로 하여금 자신의 몸에 대해 왜곡하게 하며 이러한 왜곡은 아름다움을 추구하는 과정에서 아름다움을 얻는 대가로 불편함, 건강손상, 심한 경우 몸에 대한 학대를 감수한다고 한다(고석주와 정진경, 1992).

최근 서울지역 여대생 469명을 대상으로 조사한 결과 전체 여대생의 97.9%가 정상체중이거나 미달인데도 조사대상자의 81%가 '살을 더 빼야 한다'고 답했을 뿐만 아니라 체중미달자의 94.7%가 체중이 너무 많이 나간다고 생각하고 있다(홍은경 등, 1997)는 것은 이에 대한 좋은 실례로 보여진다. 한오수 등(1990)도 우리나라 대

학생들을 대상으로 한 섭식장애 연구에서 대학생들의 신체질량지수(BMI)를 산출한 결과 남자 대학생의 경우 68%가 정상체중군, 25.8%가 저체중군, 5.8%가 과체중군, 0.5%가 비만군인데 반해 여자대학생의 경우는 62.7%가 저체중군이었으며, 정상체중군이 36.5%, 과체중군과 비만군은 0.6%와 0.1%에 불과하다고 보고하여 대상자 스스로가 평가한 체중과 BMI과의 관계를 살펴본 결과 현재 과체중이거나 비만인 사람에 비하여 정상이거나 저체중군인 사람이 좀 더 현재의 자신의 체중이 과다하다고 평가하는 경향이 있는 것으로 나타났다.

개인은 음식을 섭취하고 신진대사를 하며 지방을 축적하는 정도에 차이가 있어 얼마만큼 먹는 것이 과식이 되고 체중이 증가 되는가에는 개인차가 매우 크다고 한다. 그러나 이런 유전적 개인차를 인정하지 않고 날씬한 몸매에 대한 사회적 압력으로 대부분의 여성들은 어려워 보이는 사람들을 적당한 체격을 가진 것으로 착각하고 이를 동경하여 결국 극도의 다이어트를 반복 시도하거나 대식증 같은 섭식장애를 일으켜 신체적, 정신적 건강에 커다란 물의를 일으키고 있는 것이다(최의순과 이규은, 1997). 그러므로 섭식장애라는 건강문제의 이면에는 사회문화적인 압력과 그러한 사회문화적 압력을 정당화하고 존속시키는데 기여하는 가치나 규범 및 이데올로기의 문제가 자리하고 있음을 짐작케 한다.

2. 섭식장애와 신체적 심리적 건강문제

섭식장애는 청소년기에서 성인 초기의 여성에서 흔히 발병하는데 이 시기가 매력적인 것과 날씬함이 동일시되는 경향이 강하기 때문이다. 특히 마른 체형이 더 매력적이라는 것을 강조하는 대중매체의 영향으로(신미영, 1997 ; Silverstein, 1986) 여학생들이나 여대생들은 스스로에 대한 왜곡된 신체상을 갖게 되고, 무리한 체중조절과 이로 인한 섭식장애로 인해 많은 건강문제를 야기하고 있다(홍은경 등, 1997). Williamson 등(1993)은 대식증 환자 18명과 비만인 34명, 그리고 정상인 58명을 대상으로 신체상 평가, 신체상에 대한 체계적 검사, 신체상 탐색 질문지 및 신체 불만족 척도를 동시에 실시한 결과 자신의 신체 크기와 이상적인 신체 크기간의 불일치가 클수록 신체 불만족이 높게 나타난다는 결과를 얻었다. 이는 마른 체형에 대한 사회적 선호 때문에 극도로 마른 체형을 이상적인 신체상으로 내재화시킴으로써 실제의 신체상과 불일치가 커져 신체에 대한 불만족이 생긴다는 것이다. 또한 신미영(1997)은 자신을 과체중

이라고 지각하는 사람들이 다이어트를 가장 많이 하며 이들은 식욕부진이나 폭식을 할 경향도 가장 높다고 하였다.

DSM-IV-에는 신경성 식욕부진증의 발병율이 만 12세에서 만 18세 사이의 여성 100명당 1명의 비율로 발생한다고 한다(APA, 1994). Clark(1997)은 알콜남용 대상자 25명의 여성중 DSM-III-R의 범주에 충족된 여성은 단 1명이었으나 12%의 여성이 과거에 신경성 식욕부진증이었음을 암시하였고 40%는 신경성 대식증의 특징을 가진 것으로 보고하였다. 섭식장애와 알콜 남용간에도 상관관계를 보여 알콜남용 문제로 치료를 받는 여성을 사정할 때에는 과거와 현재의 섭식 행동장애가 있는지의 여부를 반드시 확인해야 한다고 하였다. 이에 앞서 Lacy와 Moureli(1986)도 알콜 남용 대상자들에 대한 연구에서 대상자들은 알콜남용에 앞서 섭식장애가 있었다고 보고하였다.

Gidwani(1997)는 섭식장애가 집단에 따라 다양하다고 보고 대학생 집단의 대략 3%를 신경성 대식증으로 파악하였으나 김영경 등(1998)은 섭식장애와 관련된 연구에서 여대생의 19% 이상에서 신경성 대식증의 증상을 보고했다고 하였다. 대식증에 대한 남성의 비율은 여성의 1/10 정도이다(APA, 1994). Drewnowsk 등(1988)은 신경성 대식증의 발병시기가 보통 17-25세라고 하나 비정상적인 섭식태도와 행동은 학령기 아동에서도 볼 수 있다고 하므로써 이러한 섭식장애 문제를 갖는 대상자의 범위가 상당히 크다는 것을 시사하였다. 또한 그는 고등학생을 대상으로 한 조사에서 여자 고교생의 14%가 구토유발을 했으며, 21%는 다이어트약을 복용했고, 49%는 체중조절로서 식사를 거르고 있다고 대답하였는데 이러한 비율은 스스로 과체중이라고 생각한 집단에서 더 높게 나타났다고 하였다.

여자 운동선수들의 섭식장애 비율은 조금 더 높아 15-62%의 범위에 있었으며, 여대생 체조선수의 32%에서 최소한 한가지 이상의 병리적인 체중조절 행위를 하였으며 불건강한 행동은 74%나 되었다고 한다. 더우기 이들은 그러한 행동이 해롭지 않다고 생각하고 있는 것으로 나타나 문제의 심각성을 더해준다. 특히 육상, 체조, 피겨 스케이팅, 발레 선수들에게 적정 체중은 중요한 문제이기 때문에 섭식장애 문제가 큰 집단이라 할 수 있다(Gidwani 등, 1997).

한편 한오수 등(1990)은 우리나라의 남녀 대학생을 대상으로 신경성 식욕부진증과 신경성 대식증의 발병율을 살펴 본 결과 신경성 식욕부진증이 0.7%, 신경성 대

식증은 0.8%로 보고하였는데, 이는 우리나라도 서구사회와 유사하게 섭식장애 문제가 일어나고 있음을 보여주는 것이다.

이러한 섭식장애 문제에 대해 간호를 포함한 보건의료 및 영양학 분야에서 여러 연구들이 진행되어 왔으나 근본적인 원인에 대해서는 아직 규명되지 않고 있으며 개인적(생리, 심리, 행동), 가족적, 사회문화적 구성요소들이 그 위험인자에 해당되는 것으로 추정된다.

유전적 요인은 섭식장애 발생에 있어 하나의 역할을 담당한다. 또한 가족 역동은 섭식장애를 일으키고 지속시킬 수 있는데 섭식장애 환자의 역기능적 가족 특성은 인성 발달에 부정적인 영향을 끼친다(Wiseman, 1998). 또한 섭식장애 환자들이 사회적 관계에서도 결함을 나타낸다는 사실은 널리 알려져 있다. 특히 위험인자 중 우울과 섭식장애와의 관계가 강하게 지적되고 있다. 임상적으로 우울한 것으로 보고되는 신경성 식욕부진증 환자의 비율이 35-85%일 정도로 빈번하게 같이 나타나며, 대식증환자는 우울과 불안 측정시 최고점을 기록한다(김지선, 1997에서 재인용; Kinder, 1991)고 한다. 또한 신경성 식욕부진증이었던 환자가 회복된 후에 다른 정신과적 장애 특히 정동장애로 진전되어 우울증상, 죄의식 등을 볼 수 있다(Snaith, 1981). 많은 대상자들이 기분의 저하, 관심의 결여, 집중력 저하, 불규칙적인 수면 양상, 자살경향 등으로 고통 받고 있다. Santonastaso(1997)는 섭식장애가 있는 대상자의 13%가 최소한 1회의 자살 시도를 한 적이 있으며, 29%는 현재 자살에 대한 생각을 하고 있었으며, 자살시도자의 26%는 여러번의 자살을 시도한 적이 있었다고 하였다. 특히 신경성 식욕부진증인 경우 자살 시도자는 자살을 시도하지 않았던 사람에 비해 연령이 더 높았고, 장기간 질병을 앓았으며, 체중이 덜 나갔으며, 약물을 더 많이 사용하였고, 강박적인 성격 특성을 더 많이 나타내었다고 하였다. 또한 신경성 대식증인 경우 자살 시도자는 시도하지 않았던 사람에 비해 정신과적 증상을 더 많이 보였고, 성적 문란이 더 빈번하게 나타났다. 또 Saws와 Golding(1996)은 섭식장애와 성폭력을 당한 과거력간에 유의한 상관관계가 나타났음을 보고하였다.

한편 Wiseman Harris & Halmi(1998)는 신경성 식욕부진증과 신경성 대식증의 신체적 건강문제를 다음과 같이 요약했다.

1) 내분비 이상

신경성 식욕부진증 여성에서 황체화 호르몬, 난포자

극 호르몬 에스트로겐 수준이 낮다. 무월경, 난소기능 장애가 초래되기 쉽다. Gidwani 등(1997)은 월경장애가 신경성 대식증 환자에게서 더 많았다고 보고하였고, 만성적인 섭식장애 환자는 불임을 비롯한 산부인과적 문제를 많이 야기하게 된다고 하였다.

2) 뼈의 문제

신경성 식욕부진증에서 낮은 에스트로겐 수준과 높은 코티졸 수준은 골다공증을 일으킨다. 특히 골격성장이 완성되지 않은 사춘기 소녀들에게는 특히 위험하다.

3) 위장관계 문제

결식 및 소식으로 인해 변비가 많이 나타나고, 그로 인해 하제를 남용하는 사례가 많아 더욱 악화된다. 또한 자주 구토를 유발하는 사람은 타액선의 비후가 두드러진다.

4) 심혈관계 문제

서맥과 저혈압 및 순환부진으로 사지에 청색증이 나타난다. 구토로 인해 저칼륨혈증이 나타나면 부정맥으로 급사할 수 있다.

5) 신장 및 대사문제

섭취 제한과 구토, 하제 및 이뇨제 남용으로 탈수문제가 흔하게 나타난다. 혈청 중탄산염이 증가하여 대사성 알카리증이 오기 쉽다. 탈수와 저칼륨혈증이 만성화하면 신세뇨관에 비가역적 손상이 생긴다.

6) 치아문제

에나멜질의 손상이 흔하다.

7) 혈액문제

신경성 식욕부진증에서 백혈구 감소증, 혈소판 혈증, 빈혈이 흔히 나타난다.

8) 피부문제

건조하고 노란 피부, 가늘고 솜털같은 체모를 나타냄.

Herzog, Keller와 Lavori(1988)도 섭식장애 대상자들의 건강문제를 언급했는데, 신경성 식욕부진증 환자들의 15-43%가 저체중, 월경불순, 영양결핍, 만성적 피로와 같은 이차적 증상들을 경험한다고 하였다. 그러나 신경성 대식증 대상자들은 신경성 식욕부진증 대상자에 비해 영양불량 상태가 덜하므로 상대적으로 합병

증이 적다고 한다.

III. 연구 방법

1. 연구대상 및 방법

1998년 9월 1일부터 9월 25일까지 E여대에 재학중인 여대생을 대상으로 연구의 목적과 취지를 설명하고 연구에 참여할 의사를 밝힌 대상자에게 질문지를 배부하여 직접 기입하도록 한 뒤 회수하였다. 자료는 총 300부를 배부하여 292부(97.3%)가 회수되었고 회수된 자료 중 불완전하거나 누락되어 자료처리가 곤란한 27부를 제외한 총 265부(88.3%)를 자료처리 하였다.

2. 연구 도구

본 연구의 도구로 구조화된 질문지를 사용하였으며 질문지의 내용은 일반적 특성과 체중조절에 관련된 6문항, 섭식장애 24문항, 신체증상 52문항, 기분상태 34문항으로 구성하였다.

1) 섭식장애 측정도구

Garner와 Garfinkel(1979)이 개발한 섭식태도 검사(EAT)에서 식욕부진에 관한 12문항과 Halmi, Falk & Schwartz 등(1981)이 개발한 폭식질문지(Binge-Eating Questionnaire)에서 12문항을 추가하여 신미영(1997)이 수정 보완한 도구로 총 24문항의 5점 척도로 구성되었으며 긍정적인 문항은 역계산하여 점수가 높을수록 섭식장애가 많음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .8267이었다.

2) 신체증상 측정도구

Wittenborn(1979)이 개발하였고 김영희와 박영숙(1992)이 보완한 것을 수정 보완한 52문항의 3점 척도로 구성되었으며 신체증상 점수가 높을수록 신체증상이 많음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .9065이었다.

3) 기분상태 측정도구(불안-우울정도, 활력정도-분노정도)

McNair 등(1992)이 개발한 POMS(Profile Of Mood Status)를 신윤희(1996)가 한국인에게 적용 가능하도록 수정, 타당화시킨 34문항의 5점척도로 구성되었으며 긍정적인 문항은 역계산하여 점수가 높을수록 기분이

저조함을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .9453 이었다.

3. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS/PC를 이용하여 분석하였다.

대상자의 체중조절 실태는 실수와 백분율로 산출하였고 대상자가 지각한 섭식장애, 신체증상, 기분상태는 평균과 표준편차를, BMI에 따른 대상자의 섭식장애, 신체증상, 기분상태의 유의성 검증은 t-test로, 대상자의 BMI, 섭식장애, 신체증상, 기분상태간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 처리하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 체중조절 실태

대상자의 평균 체중은 52.74kg(SD=8.33), 평균신장은 163.10cm(SD=4.73)이었으며 BMI에 의해 저체중

군(19.9이하), 정상체중군(20~24.9), 과체중군(25~29.9), 중등도 비만(30~39.9), 고도비만(40이상)으로 분류한 결과 저체중군 60.4%, 정상체중군 37.4%로 연구대상자 265명 중 6명을 제외한 거의 대다수가 저체중군과 정상체중군에 속해 있었다. 대상자 자신이 지각한 체중은 '많이 나간다'가 50.6%, '평균치이다'가 39.6%로 대부분을 차지하였고 체중조절의 경험에 관해서는 '과거에 하였다'가 46%, '현재 하고 있다'가 19.3%, '앞으로 해볼 것이다'가 16.2%로 거의 모든 대상자가 체중조절을 한 경험이 있거나 할 예정인 것으로 나타났다. 체중조절 방법은 '자신의 판단에 의해서'가 67.5%로 압도적으로 많았으며, 자신에 대한 건강상태 지각은 '보통이다'가 42.6%, '좋은 편이다'가 34.7%, '나쁜 편이다'가 17.8%, '매우 좋다'가 4.9%로 나타났다(표 1 참조).

2. 섭식장애

섭식장애는 크게 식욕부진과 관련된 12문항, 대식증과 관련된 12문항 두 하위변인으로 나누었는데 식욕부

<표 1> 대상자의 체중조절 실태

(N=265)

특 성	구 분	실수	백분율(%)
BMI	저체중	160	60.4
	정상	99	37.4
	과체중(경도 비만)	1	0.4
	중등도 비만	4	1.4
	고도 비만	1	0.4
자신이 지각한 체중	지나치게 많이 나간다	3	1.1
	많이 나간다	134	50.6
	평균치이다	105	39.6
	적게 나간다	21	7.9
	지나치게 적게 나간다	2	0.8
체중조절의 경험	과거에 하였다	122	46.0
	현재에 하고 있다	51	19.3
	앞으로 해 볼 것이다	43	16.2
	시도하지 않을 것이다	49	18.5
체중조절 방법에 영향을 준 요인	친구의 경험	5	1.9
	자신의 판단	179	67.5
	대중매체(잡지, TV, 신문 등)	23	8.7
	전문가의 처방	1	0.4
	무응답	57	21.5
자신이 지각한 건강상태	매우 좋다	13	4.9
	좋은 편이다	92	34.7
	보통이다	113	42.6
	나쁜 편이다	47	17.8

진(16.48점)이 대식증(11.72점)보다 높은 것으로 나타났다.

식욕부진과 관련된 문항에서 가장 높은 순위는 '더 날씬해지고자 하는 욕망에 사로잡혀 있다'로 평균 2.15점이었고 '새롭고 영양가 많은 음식을 좋아한다', '운동을 할 때 칼로리가 소모되는 것에 대해서 생각한다', '체중

이 늘까봐 몹시 두렵다'의 순으로 나타났다.

대식증과 관련된 문항에서는 '내 자신이 먹는 것에 열중하고 있음을 느낀다' 평균 2.08점으로 가장 높은 순위를 보였으며 그 뒤로 '나는 과식을 하는 편이다', '참을 수 없다고 느꼈을 때는 정신없이 먹곤한다', '마음이 상하고 언짢을 때 먹는다'의 순으로 나타났다(표 2 참조).

〈표 2〉 섭식장애

	구 분	평 균	표준편차
식욕부진	더 날씬해지고자 하는 욕망에 사로잡혀 있다.	2.15	1.39
	새롭고 영양가 많은 음식을 좋아한다.	2.14	1.19
	운동을 할 때 칼로리가 소모되는 것에 대해서 생각한다.	1.94	1.29
	체중이 늘까봐 몹시 두렵다.	1.89	1.19
	항상 살이 찐다는 생각으로 가득 차 있다.	1.76	1.40
	음식을 잘게 나누어 먹는 편이다.	1.36	1.16
	배속이 비어 있으면 좋다.	1.31	1.21
	내가 더 먹는다면 주위 사람들이 더 좋아할 것이다.	1.01	1.17
	음식을 먹은 후에 죄책감을 느낀다.	0.82	1.07
	남들은 내가 너무 말랐다고 한다.	0.82	1.12
남들이 나에게 자꾸 더 먹으라고 강요한다.	0.78	1.04	
내가 먹은 모든 음식의 칼로리를 정확히 알고 있다.	0.51	0.84	
계		16.48	6.19
대식증	내 자신이 먹는 것에 열중하고 있음을 느낀다.	2.08	1.12
	나는 과식을 하는 편이다.	1.91	1.18
	참을 수 없다고 느꼈을 때는 정신없이 먹곤 한다.	1.72	1.24
	마음이 상하고 언짢을 때 먹는다.	1.65	1.30
	먹는 것을 중단할 수 없이 끊임없이 먹은 적이 있다.	1.39	1.24
	음식이 나의 인생을 지배한다고 생각한다.	0.84	1.14
	남들 앞에서는 적당히 먹지만 그들이 가면 폭식을 한다.	0.71	1.07
	체중이 늘어나는 것이 걱정돼 매일 심한 운동을 한다.	0.46	0.80
	몰래 먹거나 마신다.	0.32	0.73
	살을 빼기 위해 먹은 음식을 토해내야겠다는 생각을 한다.	0.31	0.79
폭식을 한 후 체중이 늘어날까봐 변비약이나 설사약을 먹는다.	0.17	0.54	
나는 먹은 후에는 토해 버린다.	0.16	0.53	
계		11.72	7.48
총		28.20	11.80

3. 대상자가 지각한 신체증상

대상자가 지각한 신체증상은 자율신경계통의 증상이 2.58점으로 가장 높았고 월경상태문제 2.49점, 순환기계통 2.34점, 근골격계통 2.26점의 순으로 평균 21.20점을 나타냈다(표 3 참조).

33.20점(문항평균 1.58점), 활력정도가 19.63점(문항평균 2.45), 분노정도가 5.66점(문항평균 1.13점)으로 평균 58.49점(문항평균 1.72점)이었다. 이는 노인여성을 대상으로 한 연구결과(신윤희, 1997)의 1.81점, 2.19점보다 낮게 나타나 여대생들의 정서상태가 노인여성들보다 덜 저조하다는 것을 보여주었다(표 4 참조).

4. 기분상태

대상자가 느끼는 기분상태는 불안-우울 정도가

5. BMI에 따른 섭식장애의 정도

256명의 대상자중 과체중군 이상이 총 6명으로 통계

〈표 3〉 대상자가 지각한 신체증상의 순위

구분	평균	표준편차	최저	최고
자율신경계통	2.58	2.17	0	12
월경상태	2.49	1.83	0	9
순환기계통	2.34	2.10	0	11
근골격계통	2.26	1.89	0	9
변비증상	1.85	1.73	0	6
피로감	1.77	1.23	0	4
위계통	1.63	1.89	0	8
장계통	1.15	1.36	0	6
피부계통	0.98	1.04	0	4
구강건조	0.96	1.07	0	4
수면상태	0.91	1.24	0	6
비뇨기계통	0.89	1.20	0	7
감기증상	0.87	1.00	0	4
계	20.68	12.30	0	67

〈표 4〉 기분상태

구분	평균	분할	표준편차	최저	최고
불안-우울 요인	33.20	1.58	17.26	2	83
활력요인	19.63	2.45	5.70	0	32
분노요인	5.66	1.13	4.08	0	20
계	58.49	1.72	23.27	4	135

처리의 의미가 없어 보여 저체중군과 정상체중군만을 대상으로 t-test한 결과 저체중군(26.55)과 정상체중군(30.74)간에 섭식장애의 정도에서 유의한 차이가 나타났다($t=5.75, p=.017$)(표 5 참조).

〈표 5〉 저체중군과 정상체중군간의 섭식장애의 차

집단구분	평균	표준편차	t값	P
저체중군	26.55	10.87		
정상체중군	30.74	12.86	5.75	.017*

* $P<.05$

〈표 8〉 대상자의 BMI, 신체증상, 섭식장애, 기분상태간의 상관관계

	BMI	섭식장애	신체증상	기분상태
BMI	1.0000			
섭식장애	.1633**	1.0000		
신체증상	-.0968	.2497****	1.0000	
기분상태	-.0472	.2328****	.5051****	1.0000

** $P<.01$ **** $P<.0001$

6. BMI에 따른 신체증상의 정도

저체중군과 정상체중군간 신체증상에서 유의한 차이($t=7.35, p=.007$)를 나타내어 저체중군에서 신체증상의 호소정도가 더 높았다(표 6 참조).

〈표 6〉 저체중군과 정상체중군간의 신체증상의 차

집단구분	평균	표준편차	t값	P
저체중군	23.33	13.08		
정상체중군	17.80	17.80	7.35	.007**

** $P<.01$

7. BMI에 따른 기분상태의 정도

저체중군과 정상체중군간 기분상태는 저체중군 60.39 점, 정상체중군 55.57점으로 저체중군에서 더 저조한 경향을 보였으나 유의한 차이는 없었다(표 7 참조).

〈표 7〉 저체중군과 정상체중군간의 기분상태의 차

집단구분	평균	표준편차	t값	P
저체중군	60.39	22.61		
정상체중군	55.57	22.84	0.06	.808

8. 대상자의 BMI, 섭식장애, 신체증상, 기분상태간의 상관관계

대상자의 BMI와 섭식장애간($r=.1633, P<.01$), 섭식장애와 신체증상간($r=.2497, P<.0001$), 섭식상태와 기분상태간($r=.2328, P<.0001$), 신체증상과 기분상태간($r=.5051, P<.0001$) 정적 상관관계를 나타내었다(표 8 참조).

V. 논 의

최근들어 마른체형이 건강과 높은 지위의 상징으로 여겨지면서 '날씬한 것이 아름답고 좋은 것(good)'이라는 태도와 가치가 자리잡게 되고, 이러한 미에 대한 서구의 가치관은 한국사회에도 그대로 적용되어 자신의 건강마저 해치면서 마른 체형을 만들려는 경향이 확산되고 있다(신미영, 1997). 따라서 여성들이 자신의 신체 지수와 체중에 대해 느끼는 전반적인 불안은 정상적인 여성에게 초차 심리적, 신체적 건강상의 심각한 결과를 야기 시킨다고 하였다(Richardson & Johnson, 1984).

본 연구의 대상자들은 10대 후반과 20대 초반의 여대생들로서 Erickson의 발달단계에 따르면 이들은 초기 성인기에 해당되며 배우자 선택과 결혼, 직업선택, 직장 적응 등의 과업을 가지기 때문에(하양숙 등, 1996) 자신의 외모에 보다 많은 관심을 가지게 된다.

대상자들의 BMI 산출결과 60%가 저체중군이었고 약 37%가 정상 체중군이었는데 비해 대상자들이 지각하고 있는 체중은 많이 나간다가 50.6%, 평균치이다가 39.6%로 대상자들이 자신의 체중에 대하여 지각한 결과는 실제보다 체중과다로 인식하고 있어 신체크기를 과대 추정하고 있음을 드러내고 있다. 이는 Fallon과 Rodin(1985)이 248명의 여대생과 227명의 남자 대학생들을 대상으로 한 연구에서 여대생들이 이성에게 매력적으로 보인다고 생각하는 체형과 실제 이성이 매력적으로 생각하는 체형보다 자신의 현재 체형을 매우 뚱뚱한 것으로 지각하였고, 그중 21.7%는 극도로 마른 체중을 이상적인 체형으로 선택한 것과 같이 날씬함에 대한 가치를 내재화한 것으로 보인다. 또한 서울지역 여대생을 대상으로 한 조사연구에서 여대생의 55.9%가 체중 미달임에도 불구하고 87%의 여대생이 "살을 더 빼야 한다"고 답해 생리불순, 빈혈, 골다공증 등 부작용에 시달릴 가능성이 큰 것으로 보도한(동아일보 96년 10월 12일자)자료와 17-25세 사이 여성을 대상으로 한 다이어트에 관한 연구에서도 대상자들이 전체적으로 자신의 체중을 실제보다 과대 평가하였다(신미영, 1997)고 한 결과와도 일치하여 여대생들의 체중지각이 왜곡되어 있음을 드러내고 있다.

체중조절 경험에 관해서 대상자의 약 65%가 과거나 현재에 했거나 하고 있으며, 앞으로 시도해 볼 의도를 가진 대상자가 16.2%로 거의 모든 대상자가 체중조절에 관심을 나타냈는데, 미국에서도 소녀 및 젊은 여성의 50%가 정상 체중임에도 불구하고 한 번 이상 다이어트

를 했다는 보고가 있으며 이들이 다이어트를 하는 이유로는 '예뻐보이고, 느낌이 좋고, 사회적으로 인정을 받기 위함' 등을 들고 있었다(Ruth & Jane, 1995).

TV나 신문 잡지 등에서는 날씬하고 아름다운 젊은 여성의 이미지를 부각시키고 뚱뚱한 체형에 대해서는 부정적인 이미지를 심어준다. 이와 같은 사회적 메시지는 '여성은 날씬하고 아름다워야 한다'는 생각을 여성에게 내재화시키고 무리한 다이어트를 시도하게 한다. 따라서 대중매체에서 그러지는 여성의 이상적 체형이 점점 더 마른 체형으로 묘사되어감에 따라 섭식장애가 증가한다(Wiseman, Gray, Moismann & Ahrens, 1992).

Stice & Shaw(1994)도 157명의 여대생에게 매우 마른 모델, 평균체형의 모델, 모델이 없는 잡지의 사진들을 보여주고 질문지에 답하도록 한 결과, 이상적인 마른 신체에 노출된 대상자들이 우울, 스트레스, 죄책감, 부끄러움, 불안정, 신체불만족 등이 더 컸다. Abramson과 Valence(1991)도 16-42세의 여성 167명을 대상으로 대중매체의 사용과 다이어트, 폭식행동 및 비만에 대한 태도 간 관계검증에서 대중매체의 사용과 다이어트간, 대중매체사용과 신경성 대식증적 행동간에 유의한 상관관계가 나타났다고 보고하였다.

그러나 본 연구에서 체중조절 방법에 영향을 준 요인으로 자신의 판단에 의해서가 67.5%로 나타난 반면 대중 매체의 영향은 8.7%로 나타나 상대적으로 대중매체의 영향이 적은 것으로 조사되었다. 이는 신미영(1997)의 연구에서 저체중군, 정상 체중군, 과체중간 대중매체의 영향이 유의한 차이를 내지 않은 것과 같은 결과로 보여진다. 그러나 이와 같은 결과들은 대상자들이 자신도 모르게 이미 대중매체가 제시한 통념을 내재화하여 마치 자신의 판단인 것으로 생각할 수도 있음을 가늠케 한다.

저체중군과 정상체중군간 섭식장애 정도는 정상체중군에서 더 높게 나타났는데($t=5.75, P=.017$) 이는 신미영(1997)의 연구와 같은 결과로 실제 체중이 많이 나갈수록 섭식장애에 대한 위험이 높았다.

연구대상자중 저체중군과 정상체중군간 신체증상의 차이를 검증해 본 결과 두 군간 유의한 차이($t=7.35, P=.007$)를 나타내었고 특히 자율신경계통(추위를 참기 어렵다, 근육이 꼬이거나 떨린다, 몸에 땀이 난다, 손발이 떨린다 등)의 증상과 월경양상의 변화에 대한 항목에서 높은 점수를 나타낸 점으로 미루어 보아 특히 이러한 건강문제에 대한 관리가 필요하다고 하겠다.

Eckert 등(1995)은 심한 신경성 식욕부진이 있는 젊은 여성 76명을 대상으로 10년후 추후 연구한 결과 그 중 5

명(6.6%)이 사망했는데 이는 평균 사망률의 13배에 달하는 것이라고 보고하였다. 또한 Hay 등(1992)은 69명의 신경성 식욕부진이 있는 여성에게서 골 상실의 예측인자를 중다회귀분석한 결과 신경성 식욕부진의 기간과 청년기 동안의 부적절한 칼슘섭취가 가장 중요한 예측인자로 나타났으며 골 밀도와 신경성 식욕부진의 기간, 무월경, 체중력이 유의한 상관관계를 보였다고 하였다.

본 연구 대상자중 저체중군이 정상체중군에 비해 더 저조한 기분상태를 보였으나 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 그러나 섭식장애와 기분상태간에는 높은 상관관계($r=.3911, P<.0001$)를 보여 섭식장애 수준이 높은 집단이 낮은 집단보다 더 높은 우울반응을 보인다는 연구 결과(한오수와 유희정, 1991)와 비슷하다고 하겠다. Strober & Humphrey(1987)는 폭식을 하는 이유가 불안이나 위협을 느낄 때 즉각적으로 편안감을 얻으려는 시도라고 가정하였다.

섭식장애 환자들에게서 자주 언급되는 중요한 심리적 특징으로는 평범함에 대한 두려움, 신체상에 대한 인지적 왜곡, 완벽주의 경향, 낮은 자존감, 성 정체성의 혼란, 우울증, 인간관계의 회피 등(Michele 등, 1989)을 들고 있는데 Armstrong(1989)은 식욕부진증인 여성은 불안에 직면할 때 자신의 증상과 자신으로 인해 생겨난 관심을 이용하여 부모를 지지를 얻으려 한다고 하였다. 따라서 섭식장애는 불쾌한 감정을 유발하는 상황에 대처하기 위하여 음식을 이용한다고 할 수 있다. 본 연구에서 섭식장애와 신체증상간에도 유의한 상관관계를 보였는데($r=.2497, p<.0001$) Wiseman 등(1998)에 따르면 섭식장애의 의학적 문제는 내분비계 장애, 골밀도 저하, 위장계, 심맥관계, 신장 및 대사의 합병증, 치아우식증, 혈액계와 피부계 이상을 들고 있어 극도의 체중조절로 인한 영양결핍이 신체적 이상을 초래함을 예견케 해 주고 있다. 또한 BMI가 클수록 섭식장애가 많음을 보여 주었는데($r=.1633, p<.01$) 신미영(1997)의 연구에서 저체중군, 정상체중군, 과체중군에서 섭식장애 점수에 유의한 차이가 있음을 나타낸 것과 일치하여 자신이 과체중이라고 지각할수록 식욕부진이나 대식증을 초래할 가능성이 높을 것으로 나타났다.

또한 신체증상이 많을수록 기분상태가 저조했는데($r=.5051, P<.0001$) 이는 체형 관리시설에 등록된 여성을 대상으로 한 연구에서 대상자의 신체적 건강호소와 정신적 호소간에 매우 높은 상관관계를 나타내어 인간이 서로 분리되지 않는 실체라는 사실을 뒷받침해 주었다고 한 연구(최의순과 이규은 1997)와 같은 맥락으

로 보인다.

VI. 결 론

본 연구는 1998년 9월 1일부터 9월 25일까지 여대생 265명을 대상으로 섭식장애, 신체증상, 기분상태간의 관계를 알아보므로써 여대생들의 섭식장애 정도와 이에 따른 건강관리를 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

연구도구는 일반적 특성 및 체중조절과 관련된 6문항, 섭식장애 24문항, 신체증상 52문항, 기분상태 34문항으로 구성된 설문지를 이용하였다.

대상자의 체중조절 실태는 실수와 백분율로, 대상자가 지각한 신체증상, 섭식장애, 기분상태는 평균과 표준편차로, BMI에 따른 대상자의 섭식장애, 신체증상, 기분상태의 유의성검증은 t-test로, 대상자의 BMI, 섭식장애, 신체증상, 기분상태간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

- 1) 대상자의 평균체중은 52.74kg, 평균신장은 163.10cm였으며 저체중군 60.4%, 정상체중군 37.4%로 나타났다. 또한 대상자 자신이 지각한 체중은 많이 나간다가 50.6%, 평균치이다가 39.6%로 나타나 대다수의 대상자가 실제보다 과체중으로 인식하고 있었다. 또한 과거나 현재에 체중조절을 한 경험을 가진 대상자가 65%를 차지하고 있었고 건강상태 지각은 보통이다 42.6%, 좋은 편이다 34.7%, 나쁜편이다 17.8%, 매우 좋다 4.9%로 긍정적인 상태로 나타났다.
- 2) 대상자가 지각한 식욕부진은 16.48점, 대식증은 11.72점으로 나타났다.
- 3) 대상자가 지각한 신체증상은 평균 20.68점이었으며 자율신경 계통, 월경 증상, 순환기 계통, 근골격 계통의 순으로 증상호소가 나타났다.
- 4) 대상자가 느끼는 기분상태는 불안-우울정도에서 33.20점, 활력정도 19.63점, 분노정도 5.66점으로 평균 58.49점이었다.
- 5) 저체중군과 정상체중군간 섭식장애의 정도는 유의한 차이를 나타냈다($t=5.75, P=.017$).
- 6) 저체중군과 정상체중군간 신체증상의 정도는 유의한 차이를 나타냈다($t=7.35, P=.007$).
- 7) 저체중군과 정상체중군간 기분상태의 정도는 유의한 차이를 나타내지 않았다.
- 8) 대상자의 BMI와 섭식장애간($r=.1633, P<.01$),

섭식장애와 신체증상간($r=.2497, P<.0001$), 섭식장애와 기분상태간($r=.2328, P<.0001$) 신체증상과 기분상태간($r=.5051, P<.001$) 매우 높은 상관관계를 보였다.

참 고 문 헌

김애령 (1995). 지배받는 몸, 자유로운 몸. 여성과 사회, 제6호, 창작과 비평사.

김영경, 김희순, 안태성 (1998). 간호와 영양. 서울: 현문사.

김영희, 박영숙 (1992). 일부 도시 주부들의 스트레스 생활사건 및 신체 증상에 관한 연구. 간호학회지, 22(4), 569-588.

김지선 (1997). 내외향성과 우울수준에 따른 섭식태도. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문.

고석주, 정진경 (1992). 외모와 억압. 한국여성학, 8, 33-70.

동아일보 (1996). 10월 12일자.

박용우 (1994). 비만의 평가와 치료. 가정의학회지, 15(11), 749-761.

신미영 (1997). 대중매체가 여성의 다이어트와 섭식장애에 영향을 미치는 과정. 강원대학교 대학원 석사학위논문.

신윤희 (1996). 노인의 기분 측정을 위한 도구(Profile of Mood state, POMS)의 타당화에 관한 연구. 간호학회지, 26(4), 743-758.

신윤희 (1997). 걸기운동 프로그램이 노년기 여성의 신체적 기능과 정서상태에 미치는 효과. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

오숙현 (1994). 여대생의 섭식장애에 행동과 부모와의 애착에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

우리말 큰사전 (1992). 기분, 정서 항목. 서울: 어문각.

우마리아 (1995). 섭식태도 검사(EAT)의 표준화를 위한 예비 연구. 충남대학교 교육대학원 석사학위논문.

최서영 (1995). 섭식행동에 대한 다이어트의 영향: 3요인 모형의 예언 검증. 충남대학교 대학원 석사학위논문.

최희순, 이규은 (1997). 여성의 체형과 신체상, 건강문제 호소간의 관계. 여성건강간호학회지, 3(2), 169-180.

하양숙 등 (1996). 정신건강간호학 상. 서울: 현문사.

한오수, 유희정, 김창윤, 이철, 민병근, 박인호 (1990). 한국인의 식이장애의 역학 및 성격특성. 정신의학, 15(4), 270-287.

한오수, 유희정 (1991). 식이절제 태도에 따른 심리적 특성. 정신의학, 16(1), 21-28.

홍은경, 박선훈, 신영선, 박혜순 (1997). 일부도시 청소년 여학생들의 신체상에 대한 인지와 체중조절 행태. 가정의학회지, 18(7), 714-721.

Abramson, E. E., & Valence, P. (1991). Media use, dietary restraints, bulimia and attitudes towards obesity : Appreliminary Studt. British Review of Bulimia & Anorexia Nervosa, 5(20), 73-76.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. (4th Ed.). Washington DC: APA.

Armstrong, J., & Roth, D. M. (1989). Attachment and seperation difficulties in eating disorder : Int'l. J of Eating Disorders, 8, 141-155.

Chaiken, S., & Pliner, P. (1984). Women, but not men, are what they eat : The effect of meal size and gender on perceived faminity and masculinity. Vanderbilt Univ. Nashville, TN.

Clark, K. (1997). Disordered eating behaviors and bone-mineral density in women who misuse alcohol. Western Journal of Nursing Research, 19(1), 32-55.

Drewnowsk A., Piercl B., Halmi K. A. (1988). Fat aversion in eating disorders. Appetite, 10, 119-131.

DSM-IV (1994). American Psychiatric Association. Washington, DC.

Eckert, E. D., et al. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa : Clinical course and outcome. Psychol Med, 25, 143-156.

Fallon, A. E., & Robin, P. (1985). Sex differences in perceptions of body shape. J of Abnormal psychology, 94, 102-105.

Favaro, P., & Santonastaso, P. (1997). Suicidality in eating disorders : Clinical and psychological correlates. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 508-514.

Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test : An index of the symptoms of

- anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273–279.
- Garrow, J. S., & Webster, J. (1985). Quetelet's index (W/H^2) as a measure of fatness. International Journal of obesity 9, 147–153.
- Gidwani, G. P., & Rome, E. S. (1997). Eating Disorders. Clinical Obstet Gynecol, 40(3), 601–615.
- Gillen, B., & Sherman, R. C. (1980). Physical attractiveness and sex as determinants of trait attributions. Multivariate Behavioral Research, 15, 423–437.
- Halm, K., Falk, J., & Schwartz (1981). Binge-eating and vomiting: A Survey of a college population. Psychological Medicine, 11, 697–706.
- Hatsukam, D., Owen, P., Pyle, R., & Michell, J. (1982). Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems. Addictive Behavior, 7, 435–439.
- Hawkins, R. C., & Clement, P. F. (1984). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In P. C Hawkins, W. J. Fremouw & P.F Clement (Eds), The Binge-purge syndrome. N.Y: Springer.
- Hay, P. J., et al. (1992). Predictors of osteopenia in premenopausal women with anorexia nervosa. Calcified Tissue. Int. 50, 498–501.
- Herzog, D. B., Keiler, M. B., & Lavori, P. W. (1988). Outcome in anorexia and bulimia nervosa: A review of the literature. J. of Nervous and Mental Disease, 176(3), 131–143.
- Kinder, B. N. (1991). Eating disorders (Anorexia and bulimia nervosa). In M. Herson & S.M. Turner (eds), Adult psychopathology and diagnosis (2nd Edition). John Wiley & Sons.
- Kurtz, R. M. (1969). Sex differences and variations in body attitude. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 625–629.
- Laws, A., & Golding, J. M. (1996). Sexual assault history and eating disorder symptoms among White, Hispanic, and African-American Women and Men. A J Public Health, 86(4).
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1992). Manual for the profile of mood states. San Diego: Education and Industrial Testing Service.
- Michele, S., et al. (1989). Surviving an eating disorder: strategies for family and friends. Harper & Row.
- Nasser, M. (1988). Eating disorder: The cultural dimension. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 23, 184–187.
- Pyle, R., Michell, J., & Eckert, E. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. J. of Clinical psychology, 42, 60–64.
- Richardson, M. S., & Johnson, M. (1984). Counseling women. In S. D. Brown & R.W. Lent (Eds.), Handbook of counseling psychology. N.Y: Wiley.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Strigel-Moore R. H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed.), Psychology and gender (pp.267–307). University of Nebraska Press.
- Ruth, C. R., & Jane, K. P. (1995). Restrained eating and attribution college-age weight cyclers. J Am Diet Assoc, 915(4), 491–491.
- Rock, C. L., & Gorenflo, D. W., Drewnowski, A., & Demitrack, M. (1996). Nutritional characteristics, eating pathology, and hormonal status in young women. Am J Clin Nutr, 64, 566–571.
- Snaith, P. (1981). Clinical Neurosis. London: Oxford University Press.
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. Psychological Bulletin, 2, 260–275.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. Clinical Psychology Review, 14(19), 6333–661.
- Stortz, N. S., Walter, H., & Greene (1983). Body weight image and perception of fat diets in adolescent girls. J. Nutr. Education, 15(1), 15–18.
- Striegel-Moore, Silbestein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors

for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.

Strober, M., & Humphrey, C. C. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. J Consulting and Clinical Psychology, 55, 654-659.

Williamson, D. A., Cubic, B. A., & Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. J Abnormal Psychology, 102, 177-180.

Wiseman, C. V., Harris, W. A., & Halmi, K. A. (1998). Eating disorders. Medical Clinics of North America, 82(1), 145-159.

Wiseman, M. A., Gray, J. J., Moismann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women : An update. International of Eating Disorders, 11, 85-89.

Wittenborn, J. R. (1979). Somatic discomforts among depressed women. Arch Gen Psychiat, 36, 465-471.

- Abstract -

The Relationship between Eating Disorder, Physical Symptoms and Mood Status among College Women

Lee, Kyu Eun* · Kim, Nam Sun*

The purpose of this study is to investigate the relationship between the eating disorder, physical symptoms and mood status among college women.

Data has been analyzed by SPSS/PC using frequency, percentage, mean, standard deviation,

t-test, Pearson correlation coefficient.

The results of this study are as follows :

1. The mean of body weight and height of the subjects were 52.74kg, 163.10cm.
2. Depending upon BMI, the obesity subjects were very rare(2.2%) and the rest(97.8%) were underweight or normal.
3. The total mean score of anorexia nervosa was higher than bulimia nervosa.
4. The total mean score of perceived physical symptoms was 20.68 and subjects in this study showed the tendency giving the highest score on the item of autonomic nerve system and menstrual status.
5. The total mean score of mood status was 58.49.
6. The scores of eating behavior differed significantly by the BMI : The score was highest in the group of normal body weight($t=5.75, p<.05$).
7. The scores of physical symptoms differed significantly by the BMI : The score was highest in the group of the underweight($t=7.35, p<.01$).
8. No significant difference was found on over all mood status scores according to the BMI.
9. There was high positive correlation between BMI and eating disorder($r=.1633, p<.01$), between eating disorder and physical symptoms($r=.2497, p<.0001$), between eating disorder and mood status($r=.2328, p<.0001$), and between symptoms and mood status($r=.5051, p<.0001$).

From the results of this study, the eating disorder among college woman was very serious and the perception of their body weight was distorted.

Therefore, to prevent the eating disorder, professional intervention is needed.

* Dept. of Nursing, Medical College, Kwandong Univ.