

중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질의 관계

Correlation between Personal Competence of Health Care and Quality of Life among Middle-Aged Adults

임유진

광주보건대학교 간호학과

You-Jin Lim(yjlim@ghu.ac.kr)

요약

본 연구는 중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질 수준을 확인하고 두 변수 간의 관계를 파악하고자 시도되었다. 자료수집은 2015년 9월 7일부터 10월 8일까지 G광역시 소재 1개 전문대학 간호학과에 재학 중인 학생의 학부모 중 40~64세에 해당하는 412명을 대상으로 하였으며, 자가보고형 설문지를 이용하였다. 대상자의 학력, 가족지지, 월소득, 주 3회 이상의 운동, 주관적 건강상태에 따라 건강관리역량과 삶의 질 모두에 유의한 차이를 보였으며, 종교유무와 음주여부는 건강관리역량에만, 성별과 질병유무는 삶의 질에만 유의한 차이를 보였다. 건강관리역량의 7개 하부영역은 삶의 질과 순상관계를 보였으며, 그 중 건강인지, 사회문화적 참여, 사회경제적 관여영역이 삶의 질을 50.3% 예측 설명하는 것으로 나타났다. 결론적으로 중년기 성인의 삶의 질 향상을 위해서는 자신의 건강상태 뿐 아니라 건강상태에 영향을 줄 수 있는 주변 환경에 대한 인지능력을 향상시키고, 사회문화적 이해와 참여, 지역사회 제반 시설과 정책 등에 대한 관심과 참여를 유도하는 지역사회 프로그램 마련이 필요하리라 생각된다.

■ 중심어 : | 건강관리역량 | 삶의 질 | 중년기 | 성인 |

Abstract

This study was conducted to identify the relationship between personal competence of health care(PCHC) and quality of life among middle-aged adults. Data were collected using questionnaires from 412 middle-aged parents of university student. There were significant differences in PCHC and quality of life according to educational level, family support, monthly income, exercise over 3times a week, subjective health status. However, religion and drinking made a difference only in PCHC on the other hand, sex and disease affected quality of life. All subdomains of PCHC had significant positive correlations with quality of life. Factors predicting quality of life among subdomains of PCHC were health perception, sociocultural relationship and socioeconomical involvement, which explained about 50.3%. These results indicate a need to develop programs to improve health perception, sociocultural and socioeconomical competence for middle-aged adults.

■ keyword : | Personal Competence of Health Care | Quality of Life | Middle-Aged Adult | Adult |

* 이 논문은 2015년도 광주보건대학교 교내연구비의 지원을 받아 수행된 연구임(No. 3015020)

접수일자 : 2016년 12월 09일

심사완료일 : 2017년 01월 20일

수정일자 : 2017년 01월 03일

교신저자 : 임유진, e-mail : yjlim@ghu.ac.kr

I. 서론

1. 연구의 필요성

의료기술이 발달하고 경제수준이 향상되면서 인간의 수명은 점차 증가하고 있으며, 사람들은 경제적, 물질적, 문화적으로 더욱 풍요롭고 질 높은 삶을 살아가기를 원한다. 2009년 통계조사에 의하면 한국인의 기대수명은 80.67세, 건강수명은 72.63세로 예측되어 두 기간은 약 8.04년의 차이가 나는 것으로 보고되었으며[1], 지속적으로 만성질환, 정신질환, 노인성 질환 등은 증가하고 있는 추세이다. 이는 생의 마지막을 병상에 누워 힘겹게 보내는 시간이 상당히 길다는 것을 의미한다고도 볼 수 있으며, 현대 사회의 심각한 문제점으로 지적되고 있다. 다시 말하면, 삶의 기간이 연장된 만큼 현대인들의 삶의 질도 향상되었다고 단언하기는 어려운 상황이라는 것이다. 따라서 노년까지 좋은 건강상태를 유지함으로써 기대수명과 건강수명의 차이를 좁히려는 앞으로의 노력이 우리의 삶의 질을 높일 수 있는 길이 될 것이다. 개인과 지역사회는 자신의 건강상태를 최적의 상태로 유지하기 위한 건강증진행위에 많은 관심과 노력을 기울이고 있으며, 이는 건강상태 및 건강증진행위와 삶의 질의 관련성에 관하여 연구한 다수의 논문에서 엿볼 수 있다. 중년기 성인을 대상으로 한 연구에서 건강상태가 좋을수록 삶의 질이 높고[2], 임상간호사를 대상으로 시행한 연구에서도 건강증진행위와 삶의 질 간에 정상관계가 있음이 보고되었다[3]. 또한 삶의 질 저하가 우려되는 다양한 만성질환을 가진 성인과 노인을 대상으로 한 연구에서도 건강상태가 좋을수록, 건강증진행위 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 결과도 보고되었다[4-6].

그러나 WHO에서 건강이란 단지 질환이 없거나 허약하지 않은 상태뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕상태라고 정의하였으며, 이러한 건강의 다양한 측면을 고려해 볼 때, 양질의 삶을 보장하는 건강관리의 수준을 건강행위의 측면으로만 접근하기에는 다소 부족한 부분이 있을 것으로 사료된다. 이은희 등[7]은 개인이 자신의 건강을 유지, 증진할 수 있는 능력은 건강증진행위 이상을 의미하기 때문에 건강증진을

측정하기 위해 흔히 사용하고 있는 Pender의 건강증진 생활양식 척도[8]만으로는 측정이 어렵다고 하였다. 따라서 이 척도의 구성요소인 신체활동, 영양, 스트레스관리, 건강책임, 대인관계, 영적성장 이외에 일반적인 건강에 대한 지식이 필요하며, 건강을 지각하고 건강증진을 위한 행위를 하게 될 때, 비로써 자신의 건강을 지킬 수 있다고 하였다. 또한 개인의 건강과 함께 사회문화적, 정치적 및 경제적인 여건들을 알고 이용할 수 있는 건강관리능력이 건강관리에 중요한 역할을 할 것이라고 주장하였다. 이러한 건강관리능력을 측정하기 위해 개발된 도구가 건강관리역량 도구(PCHC)이며 건강인지, 건강문제 인식 및 해결, 사회경제적 관여, 사회문화적 관계, 자기조절, 영적안녕, 건강정책 참여의 7개의 하부영역으로 구성되어 있다[9].

자신의 건강수준의 인지와 건강문제의 인식, 자신을 둘러싼 다양한 환경부분까지도 포함시킨 건강관리역량 도구를 이용하여 건강관리능력을 평가하고 그 결과에 따라 이를 향상시킬 수 있는 건강정책이나 프로그램을 운영한다면, 신체적, 정서적, 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태로 정의한 삶의 질[10]을 높일 수 있는 보다 효과적인 방안이 되지 않을까 생각된다.

본 연구에서는 중년기 성인을 연구대상으로 하였는데, 이들은 직장에서는 경제활동의 주역으로서, 가정에서는 자녀의 양육을 담당하는 부모와 노부모를 부양해야 하는 자녀로서, 막중한 책임과 스트레스를 안고 있다. 뿐만 아니라, 노화에 따른 만성질환과 노인성 질환 발병의 위험 증가로 자신의 건강관리에도 관심을 기울이면서 자신의 노년기 준비라는 발달과업을 달성해야 하는 부담감도 안고 있다. 그러나 다수의 중년기 성인이 주어진 삶의 무게로 인해 자신의 건강을 돌보지 못하는 경우가 많으며, 이로 인해 발생한 질환은 고스란히 노년기의 삶의 질 저하를 초래하게 된다[11][12]. 다시 말해 노년기의 질적인 삶을 위해서는 무엇보다도 건강이 뒷받침 되어야 하며 노년기 건강의 유지는 중년기에서부터 이어져 온 자신의 건강관리역량과 밀접한 관계가 있다고 볼 수 있다. 따라서 본 연구를 통하여 중년기 성인의 건강관리역량수준을 평가하고 삶의 질과의

상관관계를 파악함으로써 중년기 성인이 건강하고 질적인 노년의 삶을 준비할 수 있도록 돕는 건강증진 정책과 프로그램을 개발하는데 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 중년기 성인을 대상으로 개인의 건강관리 역량과 삶의 질의 수준 및 두 변수 간의 관계를 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자의 일반적 및 건강관련 특성, 건강관리 역량과 삶의 질의 수준을 확인한다.
- 2) 연구대상자의 일반적 및 건강관련 특성에 따른 건강관리역량과 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 3) 건강관리역량의 하부영역과 삶의 질의 관계를 파악한다.
- 4) 삶의 질에 영향을 미치는 건강관리역량의 하부영역을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질의 수준 및 관계를 파악하기 위한 조사연구이다.

2. 연구 대상

연구 대상은 G광역시 소재 1개 전문대학 간호학과에 재학 중인 학생의 학부모 중 중년기(40~64세)에 해당하며, 연구목적에 이해하고 연구 참여에 동의한 412명이었다. 윤리적 측면을 고려하여 연구의 목적과 설문지 내용, 언제든지 연구철회가 가능함을 명시한 서면동의서에 서명을 한 경우에 한하여 설문지를 작성하도록 하였다. 총 440부의 설문지를 배부하였으나 419부가 회수되었으며 결측치가 많거나 매우 불성실하게 응답한 설문지를 제외한 총 412부의 자료를 가지고 분석하였다. 적절한 표본수는 G*power 3.1. 프로그램을 이용하여 구하였다. 다중선형회귀모형에서 유의수준 .05, 검정력 .8, 효과크기 .15, 임의 예측변수 7개를 기준으로 분석하였을 때, 최소한의 표본수는 153명으로 산출되어, 본 연

구의 대상자수는 충분한 것으로 나타났다.

3. 연구도구

3.1 건강관리역량

2010년에 이은희 등[7]이 개발한 개인의 건강관리능력 도구(Personal Power of Health Care, PPHC)를 2012년 이경숙 등[9]이 수정, 보완하여 명칭을 변경한 건강관리역량 도구(Personal Competence of Health Care, PCHC)를 사용하였다. 이 도구는 건강인지영역 5문항, 건강문제 인식 및 해결영역 5문항, 사회경제적 관여영역 4문항, 사회문화적 관계영역 4문항, 자기조절영역 2문항, 영적안녕영역 2문항, 건강정책참여영역 3문항으로 총 7개 하부영역, 25문항으로 이루어져 있다. 각 문항은 '확실히 아니다(1점)'에서 '확실히 그렇다(4점)'까지 Likert 4점 척도 구성되어 있으며 25문항 중 3개 문항은 부정형 문항으로 역산하였다. 개발 당시 측정도구의 신뢰도는 Cronbach' α = .820였으며, 본 연구에서는 Cronbach' α = .847이었다.

3.2 삶의 질

WHO의 26문항의 삶의 질-단축형 척도(World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument- Brief: WHOQOL-BREF)[13]를 민성길 등[14]이 번안하여 개발한 한국형 WHOQOL-BREF를 사용하였다. 이 도구는 전반적 영역 2문항, 신체적 영역 7문항, 심리적 건강영역 6문항, 사회적 영역 3문항, 환경적 영역 8문항으로 총 5개 하부영역, 26문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 '매우 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지 Likert 5점 척도 구성되어 있으며 26문항 중 3개 문항은 부정형 문항으로 역산하였다. 개발 당시 측정도구의 신뢰도는 Cronbach' α = .898이었으며, 본 연구에서는 Cronbach' α = .926이었다.

4. 자료수집 및 분석방법

자료수집기간은 2015년 9월 7일부터 10월 8일까지였으며, 수집된 총 412부의 자료를 SPSS WIN 19.0을 이용하여 다음과 같이 통계 처리 및 분석하였다.

- 1) 일반적 특성과 건강관련 특성은 빈도와 백분율로 산출하였다.
- 2) 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 건강관리역량 및 삶의 질은 평균, 총합과 표준편차, t-test, one-way ANOVA로 산출하였다. 사후검정은 Scheffe로 분석하였다.
- 3) 건강관리역량과 삶의 질의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 4) 삶의 질에 영향을 미치는 건강관리역량의 하부영역을 파악하기 위해 Stepwise multiple linear regression을 수행하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 및 건강관련 특성

연구대상자의 46.8%는 남자, 53.2%는 여자로 성비는 거의 비슷하였고, 평균연령은 49.2세였으며 40대와 50대가 96.1%로 대부분이었다. 종교를 가진 대상자는 54.1%였고, 학력수준은 고졸이 51.7%, 대졸 이상이 36.2%였으며, 대상자의 69.4%는 가족지지가 좋다고 답변하였다. 직업을 가진 대상자가 84.2%이었다. 월수입은 101~300만원이 41.3%, 301~500만원이 38.3%이었으며, 62.4%가 질병이 없다고 답하였다. 대상자 중 18.5%는 흡연자였으며, 일주일에 3회 이상 운동을 하는 대상자는 28.6%이었다. 음주를 한다고 답한 대상자는 71.6%였으며, 본인의 건강상태가 좋지 않다고 대답한 대상자는 21.8%, 좋다고 답한 대상자는 22.3%이었다 [표 1].

2. 건강관리역량 및 삶의 질

연구대상자의 건강관리역량 총 평균 점수는 4점 만점 중 2.76점이었다. 하부영역 중 건강인지영역이 3.07점으로 가장 높았고, 건강문제인식 및 해결영역 2.88점, 사회문화적 관계영역 2.85점, 자기조절영역 2.81점, 건강정책 참여영역 2.55점, 사회경제적 참여영역 2.47점, 영적영역 2.37점 순이었다. 삶의 질의 총점은 83.64점이었다 [표 2].

표 1. 일반적 및 건강관련 특성 (N=412)

변수	범주	빈도(%)
성별	남자	193(46.8)
	여자	219(53.2)
연령(년)	40~49	234(56.8)
	50~59	162(39.3)
	60~64	14(3.4)
	무응답	2(0.5)
종교	평균±표준편차	49.2±5.19
	유	223(54.1)
학력	무	189(45.9)
	중졸 이하	49(11.9)
	고졸	213(51.7)
	대졸 이상	149(36.2)
가족지지도	무응답	1(0.2)
	좋지 않다	15(3.6)
	보통이다	110(26.7)
	좋다	286(69.4)
직업	무응답	1(0.2)
	있음	347(84.2)
	없음	64(15.1)
월수입 (10,000원)	무응답	1(0.2)
	100만원 이하	13(3.2)
	101~300만원	170(41.3)
	301~500만원	158(38.3)
질병	501만원 이상	66(16.0)
	무응답	5(1.2)
	유	144(35.0)
흡연	무	257(62.4)
	무응답	1(0.2)
	예	76(18.5)
주당 3회 이상 운동	예	76(18.5)
	아니오	331(80.3)
	무응답	5(1.2)
음주	예	118(28.6)
	아니오	293(71.1)
	무응답	1(0.2)
주관적 건강상태	예	295(71.6)
	아니오	115(27.9)
	무응답	2(0.49)
주관적 건강상태	좋지 않다	90(21.8)
	보통이다	230(55.8)
	좋다	92(22.3)

표 2. 건강관리역량 및 삶의 질 점수

도구 및 하부영역	범위	평균(표준편차)
총 평균	1~4	2.76(0.33)
건강인지	1~4	3.07(0.43)
건강문제인식 및 해결	1~4	2.88(0.44)
사회문화적 관계	1~4	2.85(0.48)
자기조절	1~4	2.81(0.55)
건강정책 참여	1~4	2.55(0.55)
사회경제적 참여	1~4	2.47(0.54)
영적안녕	1~4	2.37(0.88)
삶의 질(총점)	26~130	83.64(13.08)

3. 일반적 및 건강 관련 특성에 따른 건강관리역량과 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 및 건강관련 특성에 따른 건강관리역량과 삶의 질의 차이는 다음과 같다. 성별에 따른 건강관리역량의 차이는 보이지 않았으나, 삶의 질은 남자가 여자보다 더 높은 것으로 나타났다($t=2.019, p=.044$). 종교가 있는 경우, 없는 경우보다 건강관리역량이 유의하게 높았으나($t=-4.982, p<.001$) 삶의 질에는 차이가 없었다. 학력에 따라 건강관리역량($F=13.004, p<.001$)과 삶의 질($F=3.961, p=.02$)에 유의한 차이를 보였는데, 대졸 이상이 중졸 이하와 고졸보다 건강관리역량이 높고, 대졸 이상이 중졸 이하보다 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또한 가족지지가 좋다고 응답한 대상자가 보통이거나 좋지 않은 경우보다 건강관리역량($F=21.286, p<.001$)과 삶의 질($F=26.229, p<.001$)이 모두 높은 것

로 분석되었다. 대체적으로 월소득이 높은 경우에 건강관리역량($F=7.994, p<.001$)과 삶의 질($F=15.18, p<.001$)이 높은 것으로 나타났다. 질병유무에 따른 건강관리역량에서는 차이를 보이지 않았으며, 질병이 없는 경우에 있는 경우보다 삶의 질($t=-4.453, p<.001$)이 유의하게 높음을 알 수 있었다. 운동을 주 3회 이상 시행하는 대상자는 그렇지 않은 대상자보다 건강관리역량($t=4.428, p<.001$)과 삶의 질($t=5.386, p<.001$) 점수가 높게 나타났다. 음주를 하지 않는 경우가 음주를 하는 경우보다 건강관리역량 점수가 높게 나타났으며($t=2.003, p=0.047$), 삶의 질에는 차이를 보이지 않았다. 본인의 건강상태가 좋다고 느낄수록 건강관리역량($F=21.336, p<.001$)과 삶의 질($F=55.548, p<.001$)의 점수가 높게 나타났다[표 3].

표 3. 일반적 및 건강관련 특성에 따른 건강관리역량(PCHC) 및 삶의 질 점수 비교 (N=412)

대상자 특성	건강관리역량(PCHC)			삶의 질			
	평균(표준편차)	t or F(p)	Scheffe	총합(표준편차)	t or F(p)	Scheffe	
성별	남자	2.79(0.33)	1.417 (.157)		85.05(13.63)	2.019 (.044)	
	여자	2.74(0.34)			82.38(12.48)		
연령(년)	40~49(a)	2.76(0.35)	0.633 (.531)		83.92(13.72)	0.141 (.869)	
	50~59(b)	2.76(0.32)			83.35(12.20)		
	60~64(c)	2.85(0.31)			82.46(13.09)		
종교	유	2.84(0.34)	-4.982 (.001)		83.52(12.95)	0.199 (.843)	
	무	2.68(0.31)			83.79(13.27)		
학력	중졸 이하(a)	2.62(0.31)	13.004 (.001)	c)a,b	80.56(13.10)	3.961 (.020)	c)a
	고졸(b)	2.73(0.33)			82.73(12.29)		
	대졸 이상(c)	2.86(0.33)			85.94(13.89)		
가족지지정도	좋지 않다(a)	2.56(0.30)	21.286 (.001)	c)a,b	76.08(12.52)	26.229 (.001)	c)a,b
	보통이다(b)	2.61(0.33)			76.68(11.99)		
	좋다(c)	2.83(0.32)			86.55(12.44)		
직업	유	2.77(0.34)	1.076 (.283)		84.02(12.84)	1.251 (.212)	
	무	2.72(0.32)			81.76(14.32)		
월소득 (10,000원)	100만원 이하(a)	2.54(0.36)	7.994 (.001)	c,d)a	73.91(12.2)	15.18 (.001)	c)a, d)a,b
	101~300만원(b)	2.70(0.32)			79.94(12.37)		
	301~500만원(c)	2.80(0.33)			85.52(12.24)		
	501만원 이상(d)	2.89(0.32)			90.69(12.92)		
질병	유	2.73(0.35)	-1.533 (.126)		79.70(12.88)	-4.453 (.001)	
	무	2.78(0.32)			85.75(12.64)		
흡연	예	2.77(0.35)	1.329 (.185)		83.67(13.00)	-0.004 (.997)	
	아니오	2.71(0.29)			83.67(13.72)		
주 3회 이상의 운동	예	2.87(0.33)	4.428 (.001)		89.08(13.30)	5.386 (.001)	
	아니오	2.72(0.39)			81.45(12.38)		
음주	예	2.74(0.31)	2.003 (.047)		83.62(12.57)	0.190 (.849)	
	아니오	2.82(0.38)			83.90(14.45)		
주관적 건강상태	좋지 않다(a)	2.62(0.35)	21.336 (.001)	c)b)a	76.20(11.47)	55.548 (.001)	c)b)a
	보통이다(b)	2.75(0.30)			82.32(11.57)		
	좋다(c)	2.93(0.33)			94.24(11.66)		

4. 건강관리역량 하부영역과 삶의 질 간의 상관관계

건강관리역량 총 평균 및 하부영역 7가지는 모두 삶의 질과 순상관관계를 나타냈다. 구체적으로 살펴보면, 건강관리역량 총 평균점수가 높을수록($r=.635, p<.001$), 하부영역 중 건강인지점수가 높을수록($r=.620, p<.001$), 건강문제 인식 및 해결점수가 높을수록($r=.470, p<.001$), 사회경제적 관여점수가 높을수록($r=.444, p<.001$), 자기조절점수가 높을수록($r=.390, p<.001$), 사회문화적 관계 점수가 높을수록($r=.387, p<.001$), 건강정책 참여 점수가 높을수록($r=.259, p<.001$), 영적안녕 점수가 높을수록($r=.171, p<.001$) 삶의 질 점수가 높아지는 것으로 나타났다[표 4].

표 4. 건강관리역량 하부영역과 삶의 질 간의 관계

항목	삶의 질(r)
건강관리역량(총 평균)	.635(<.001)
건강인지	.620(<.001)
건강문제 인식 및 해결	.470(<.001)
사회경제적 관여	.444(<.001)
자기조절	.390(<.001)
사회문화적 관계	.387(<.001)
건강정책 참여	.259(<.001)
영적안녕	.171(<.001)

5. 건강관리역량이 삶의 질에 미치는 영향

건강관리역량도구의 하부영역이 삶의 질을 어느 정도 예측할 수 있는지를 확인하기 위해, 삶의 질과 상관관계를 보인 7개 하부영역을 변수로 투입하여 단계적 다중회귀분석을 실시한 결과, 유의한 회귀모형을 산출($F= 130.788, p<.001$) 하였다. 삶의 질에 영향을 미치는 가장 주요한 요인은 건강인지($\beta=.479, p<.001$)였으며, 사회문화적 관계($\beta=.269, p<.001$), 사회경제적 관여($\beta=.230, p<.001$)가 뒤를 이었다. 이 세 영역이 대상자의 삶의 질을 50.3% 예측 설명하는 것으로 확인되었다[표 5].

표 5. 건강관리역량이 삶의 질에 미치는 영향

변수	B	S.E.	β	t	p
상수	3.826	4.121		.928	.354
건강인지	14.595	1.198	.479	12.187	<.001
사회문화적 관계	7.356	.999	.269	7.364	<.001
사회경제적 관여	5.692	.960	.230	5.932	<.001
R ²	.503				
F(p)	130.788(<.001)				

IV. 논의

본 연구는 중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질 수준을 확인하고 두 변수 간의 관계를 파악하기 위하여 실시되었다.

연구 대상자는 40~64세의 중년기 성인이었으며, 이들의 건강관리역량의 총 평균은 2.76점이었다. 이는 20~59세를 대상으로 PCHC(개인의 건강관리역량)를 조사했던 기존연구결과인 2.72보다 약간 높았으며, 40~65세를 대상으로 했던 PPHC(개인의 건강관리능력) 점수인 2.75와 유사한 점수였다. 기존연구에서와 마찬가지로 연령별로 유의한 차이는 없었다[7][9]. 영역별로 보면 건강인지 점수가 3.07로 가장 높은 점수를 보였고 건강문제인식 및 해결, 사회문화적 관계, 자기조절 순으로 평균보다 높은 점수를 보인 반면, 건강정책 참여, 사회경제적 관여, 영적안녕 영역은 평균보다 낮은 점수를 보였다. 평균점수보다 높은 점수를 보인 4개의 영역에는 자신의 건강상태와 가치, 건강문제해결능력 등 자신과 직접적으로 관련된 내용을 묻는 문항이 많은 반면, 평균보다 점수가 낮았던 3개의 영역에는 자신보다는 자신을 둘러싼 환경에 대한 관심과 행위를 묻는 내용의 문항이 많았다. 이러한 결과는 대상자들이 자신의 건강을 자신이 가진 문제와 관련지어 인식하는 경향이 높으며, 그 밖의 환경적인 요인들 즉, 보건소나 지역사회 시설이용, 건강정보, 의료보험제도, 지역사회 보건정책, 사회활동, 종교활동 등이 자신의 건강에 영향을 미치고 그러한 활동을 통해 자신의 건강을 증진시킬 수 있다는 것을 인지하거나 이를 이용하고 개선하려는 의지가 상대적으로 부족하다는 것을 의미한다고도 해석 할 수 있다. 이를 개선하기 위해서는 건강증진을 위해 활용할 수 있는 다양한 정보를 제공하고 지역사회 참여를 유도할 수 있도록 하는 중년기 성인 교육프로그램을 마련하여 운영할 필요가 있다고 생각된다.

대상자의 특성에 따른 건강관리역량점수는 기존의 연구와 유사한 결과를 보였다[9]. 종교가 있는 경우, 교육수준이 높은 경우, 월소득이 높은 경우 건강관리역량 점수도 높게 나타났다. 또한 연령, 직업유무, 질병유무에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 이경숙[9]의

연구에서 남자가 여자보다 건강관리역량점수가 유의하게 높게 나타났으며 본 연구에서도 남자가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 이는 추후 반복연구를 통한 확인이 필요하리라고 본다. 본 연구에서 추가한 특성에 대해서는 가족지지정도가 높은 경우, 주 3회 이상의 운동을 하는 경우, 음주를 하지 않는 경우, 본인의 건강상태가 좋다고 생각하는 경우에 건강관리역량점수가 더 높은 것으로 나타났다. 현재 질병유무보다는 본인이 느끼는 건강상태, 즉 본인이 건강을 잘 관리하고 있다는 생각이 건강관리역량점수에 반영된 결과라고 생각된다.

삶의 질의 총점은 83.64점이었다. WHOQOL-BREF로 삶의 질을 측정된 기존 연구결과를 살펴보면, 방사선치료 받고 있는 암환자와 일반인을 대상으로 정신병리, 자아존중감 및 삶의 질을 연구한 정찬영[15] 연구에서 암환자는 73.66점, 일반인은 86.15점이었고, 혈액투석환자 가족의 부담감, 사회적 지지 및 삶의 질을 연구한 윤수경과 탁영란[16]의 연구에서도 평균점수 3.26를 총점으로 환산해 보면 약 84.76점으로 본 연구와 유사한 결과였다. 그러나 성인의 삶의 질과 양생과의 관련성을 조사한 김애정[17]의 연구에서는 72.48점으로 본 연구보다 낮은 점수를 보였다. WHOQOL-BREF을 이용하여 일반인을 대상으로 삶의 질을 측정된 경우라 하더라도 대상자들이 가진 내·외부적 특성이 다르므로 단순히 총점 수치만을 가지고 비교하기는 어렵고, 이들 그룹이 가지는 특성을 함께 고려하여 분석해 볼 필요가 있을 것으로 사료된다.

대상자의 특성에 따른 삶의 질 점수는 여자보다는 남자가, 학력이 높은 경우, 가족지지가 좋은 경우, 월소득이 높은 경우, 주 3회 이상의 운동을 하는 경우, 주관적 건강상태가 좋은 경우, 질병이 없는 경우에 유의하게 높게 나타났으며, 연령, 종교유무, 직업유무, 흡연여부, 음주여부에 따라서는 차이가 나타나지 않았다. 이상의 결과를 기존연구와 비교해 보면 유사점이나 차이점을 볼 수 있었는데, 윤수경과 탁영란[16]의 연구에서는 학력이 높을수록, 월수입이 높은 경우, 질병이 없는 경우에 삶의 질이 높았었고, 다른 연령층보다 40대가 삶의 질이 더 높았다. 김애정[17]의 연구에서도 40대가 삶의

질이 높게 나타나 본 연구와 차이를 보였으며, 직업이 있는 경우, 학력이 높을수록, 경제적 상태가 좋을수록, 긍정적인 사고를 할수록 삶의 질은 높았고 성별에 따라서는 차이를 보이지 않았다. 또한 농촌노인의 건강증진행위와 삶의 질을 조사한 정재필[4]의 연구에서는 여자보다는 남자가, 경제상태가 더 좋은 경우, 혼자 사는 경우보다 부부가 함께 사는 경우가 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 의정부시 공무원을 대상으로 건강증진행위수준과 삶의 질 간의 관련성을 조사한 김미경[18]의 연구에서는 흡연, 음주, 운동습관에 따른 삶의 질에 차이가 나타나지 않았다. 대상자 특성에 따른 건강관리역량과 삶의 질의 점수결과가 연구자마다 차이를 보이는 것이 많았는데, 각각의 특성들이 건강과 관련되어 있음은 분명하나 이들 변수와 건강관리역량이나 삶의 질 간에 개입하게 되는 다른 변수를 고려한 추가연구와 메타분석이 필요할 것으로 생각된다.

건강관리역량과 삶의 질의 상관관계를 분석한 결과, 총 평균 및 7가지 하부영역은 모두 삶의 질과 순상관계가 있는 것으로 나타났으며, 건강관리역량의 총 평균, 건강인지, 건강문제 인식 및 해결점수, 사회문화적 관계, 사회경제적 관여, 건강정책참여, 영적안녕 순으로 높았다.

PCHC를 개발하고 타당도와 신뢰도를 검증했던 이경숙 등[9]의 연구에서도 PCHC는 WHOQOL-BREF와 상관관계가 있음($r=.58, p<.001$)을 보여준 바 있다. 본 연구에서는 그보다 더 높은 .635의 상관계수를 보여 대상자의 건강관리역량을 키우는 것이 삶의 질을 향상시키는 방안이 될 수 있음을 유추해 볼 수 있었다.

건강관리역량의 하부영역 중 삶의 질을 예측하는데 가장 주요한 영향요인은 건강인지였고, 사회문화적 참여, 사회경제적 관여가 뒤를 이었으며 이 세 가지 영역은 대상자의 삶의 질을 50.3% 예측 설명하였다. PCHC의 건강인지는 신체적 건강상태 이외에도 자신과 삶의 가치 및 생활방식, 도움 받을 가족이 있음에 대한 인지를 포함하고 있다. 기존 연구결과에서도 자신의 건강상태에 대한 긍정적인 인식이 삶에 질에 영향을 미치며 [19], 건강한 생활양식을 가질수록 긍정적인 건강인식을 가지게 되고, 건강 관련 삶의 질이 높아지며 [20], 자

아존증감, 가족지지 등이 삶의 질에 영향을 미치게 됨이 보고되었다[21][22]. 따라서 자신의 건강관리역량을 강화하고 삶의 질을 높이기 위해서는 자신의 삶과 생활 방식, 건강상태, 지지체계 등을 평가해 보고, 이들에 대한 인지상태를 유지할 수 있도록 돕는 지역사회 기반 교육프로그램이 마련되어야 할 것이다. 또한 노인의 평생교육참여, 자원봉사활동 등의 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다는 연구보고와 같이[23][24], 자신에게 집중되어 있었던 관심영역을 주변으로 확대하여 사회문화적인 관계를 지속하고 적극적으로 참여하도록 독려하는 프로그램 마련과 자신의 노력이 뒤따라야 할 것이다. 더불어 지역주민들이 보건소나 지역사회 제반시설, 의료보혜제도 및 관련 정책에 관심을 가지고 손쉽게 지역사회자원을 최대한 활용할 수 있도록 유도하는 정책적 뒷받침도 필요하다고 본다.

본 연구에서는 중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질 간의 관계를 파악하고, 삶의 질에 영향을 미치는 건강관리역량의 하부영역을 확인하였다. 본 연구결과가 건강관리역량 강화와 삶의 질 향상을 위한 다양한 정책과 지역사회 프로그램들을 개발하는데 의미 있는 자료로 활용되기를 기대한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 중년기 성인의 건강관리역량과 삶의 질 수준을 확인하고 두 변수 간의 관계를 파악하고자 실시되었다.

연구 결과, 건강관리역량 총 평균 점수는 4점 만점 중 2.76점이었으며, 하부영역별로 건강인지, 건강문제인식 및 해결, 사회문화적 관계, 사회경제적 관여, 건강정책 참여, 영적안녕 순으로 높은 점수를 보였다. 삶의 질의 총점은 83.64점이었다. 대상자 특성에서 학력, 가족지지, 월소득, 주 3회 이상 운동, 주관적 건강상태에 따라 건강관리역량과 삶의 질 모두에 차이가 있었으며, 종교 유무와 음주여부는 건강관리역량에만 차이를 보였고, 성별과 질병유무는 삶의 질에만 차이를 보였다. 건강관리역량의 모든 하부영역은 삶의 질과 순상관관계를 보

였으며, 그 중 건강인지, 사회문화적 참여, 사회경제적 관여영역이 삶의 질을 50.3% 예측 설명하였다.

따라서 다양한 스트레스에 직면해 있으며, 신체적 변화위기에 놓여 있는 중년기 성인의 건강관리역량을 강화시키는 것은 삶의 질을 증진시키는 방안이 될 수 있을 것이다. 특히, 자신의 건강상태 및 주변환경에 대한 인지능력향상과 사회문화적 이해와 참여, 지역사회 제반 시설과 정책 등에 대한 관심과 참여를 유도할 수 있도록 하는 지속적인 정책적 지원이 필요할 것으로 사료된다. 이는 중년기 성인이 건강한 노년기를 준비할 수 있는 토대를 마련해 준다는 점에서도 그 의미가 크다고 볼 수 있겠다.

본 연구의 제한점으로는 연구대상자가 G광역시 소재 1개 전문대학 간호학과에 재학 중인 자녀를 둔 학부모에 국한되어 있어 연구결과를 모든 성인에게 일반화 하는 데는 신중을 기해야 한다는 점을 들 수 있으며, 추후 반복연구가 필요할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- [1] 정영호, “우리나라 국민의 기대여명 및 건강수명,” 보건복지포럼, 제193호, pp.5-18, 2012.
- [2] 박은선, 최준선, “일부 중년기 성인에서 건강상태가 일반적 삶의 질과 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향,” 한국치위생과학회, 제12권, 제6호, pp.624-633, 2012.
- [3] 한금선, 김정화, 이광미, 박지선, “임상 간호사의 삶의 질과 건강증진행위와의 관계,” 정신간호학회지, 제13권, 제4호, pp.430-437, 2004.
- [4] 정재필, 노인의 건강증진행위에 따른 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향, 대구한의대학교 대학원, 석사학위논문, 2012.
- [5] 강서영, 박인혜, “일 장수 지역 거주 노인의 삶의 질 모형구축,” 지역사회간호학회지, 제24권, 제3호, pp.302-313, 2013.
- [6] 김은경, 박영숙, “부인암 환자의 건강증진행위, 스트레스 및 삶의 질,” 재활간호학회지, 제13권, 제2호, pp.114-122, 2010.

- [7] 이은희, 이경숙, 소애영, Marilyn Smith-Stoner, “개인의 건강관리능력[Personal Power of Health Care: PPHC] 도구 개발,” 한국간호교육학회지, 제16권, 제1호, pp.129-139, 2010.
- [8] S. N. Walker, K. R. Sechrist, and N. J. Pender, *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle profile [HPLP II] (adult version)*, 1995. from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- [9] 이경숙, 최정숙, 소애영, 이은희, “건강관리역량 도구[Personal Competence of Healthcare Scale: PCHC]의 신뢰도 검증,” 근관절건강학회지, 제19권, 제2호, pp.197-209, 2012.
- [10] 노유자, *서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구*, 연세대학교 대학원, 박사학위논문, 1999.
- [11] 서연숙, *중고령자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 연구*, 가톨릭대학교 대학원, 박사학위논문, 2011.
- [12] 이혜련, *노인 만성질환자의 삶의 질에 관한 영향 요인*, 중앙대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2008.
- [13] The WHOQOL Group, “Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment,” *Psychological medicine*, Vol.28, No.3, pp.551-558.
- [14] 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기, “한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도 (WHOQOL-BREF),” *신경정신의학*, 제39권, 제3호, pp.571-579, 2000.
- [15] 정찬영, *방사선 치료 중인 암환자의 정신병리, 자아존중감 및 삶의 질*, 전남대학교 대학원 의학과, 석사학위논문, 2003.
- [16] 윤수경, 탁영란, “혈액투석환자 가족의 부담감, 사회적 지지 및 삶의 질,” *임상간호연구*, 제20권, 제3호, pp.395-405, 2014.
- [17] 김애정, “한국 성인의 삶의 질과 양생[養生]과의 관련성,” *동서간호학연구지*, 제14권, 제2호, pp.8-15, 2008.
- [18] 김미경, *건강증진행위수준과 삶의 질 간의 관련성 연구*, 연세대학교 보건대학원 역학 및 건강증진학과, 석사학위 논문, 2001.
- [19] 장영희, 김소의, 김유숙, 정선희, 박종, “우리나라 성인의 걷기운동과 삶의 질의 관련성,” *디지털융복합연구*, 제11권, 제5호, pp.325-334, 2013.
- [20] 김애경, 김정아, “성인의 생활양식과 건강관련 삶의 질에 대한 연구,” *성인간호학회지*, 제17권, 제5호, pp.772-782, 2005.
- [21] 박영례, 손연정, “성인여성의 생애주기별 외모만족도, 자아존중감, 우울, 스트레스 및 건강관련 삶의 질 간의 관계,” *기본간호학회지*, 제16권, 제3호, pp.353-361, 2009.
- [22] 김귀분, 최재은, 석소현, “노인이 지각한 가족지지 사기 및 삶의 질과의 관계연구,” *성인간호학회지*, 제19권, 제4호, pp.517-526, 2007.
- [23] 이형만, *노인의 자원봉사활동이 삶의 질에 미치는 영향 연구*, 경원대학교 일반대학원, 석사학위논문, 2012.
- [24] 이선재, *노인의 평생교육참여와 삶의 질 간에 사회적 지지가 미치는 영향*, 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문, 2016.

저 자 소 개

임 유 진(You-Jin Lim)

정희원



- 2007년 8월 : 전남대학교 간호학과(간호학박사)
- 2011년 3월 ~ 현재 : 광주보건대학교 간호학과 조교수

<관심분야> : 기초간호, 감염관리, 임상실습