



연령에 따른 도시 지역 성인의 삶의 질

최정숙¹⁾ · 이은희¹⁾ · 소애영¹⁾ · 이경숙¹⁾

1) 강릉원주대학교 원주캠퍼스 간호학과 교수

Quality of Life in the Urban Adults by Age

Choi, Jung Sook¹⁾ · Lee, EunHee¹⁾ · So, AeYoung¹⁾ · Lee, Kyung-Sook¹⁾

1) Professor, Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to identify the predictive factors on quality of life (QOL) in the urban residents by age. **Methods:** A cross-sectional descriptive design was used. A total of 592 urban residents, ages of 20 to 59, completed a self-reported questionnaire including WHO QOL Scale-Brief (WHOQOL-BREF), Health Promoting Life Style Profile II (HPLP), Personal Competence of Health Care Scale (PCHC), and self-efficacy scale. Data were analyzed with descriptive statistics, t-tests, ANOVA, Pearson's correlation coefficients, and multiple regressions by SPSS 18.0. **Results:** The mean scores were 53.71 in QOL, and subscales were 14.41 in physical health, 13.31 in psychological, 13.87 in social relationship, and 12.12 in environment. There were significant differences by age groups, gender,

education, family income, job, and present illness in QOL. QOL were significantly associated with HPLP, PCHC, and self-efficacy. The results of multiple regression indicated that HPLP, PCHC, marital state, and self-efficacy in the 20s, HPLP, self-efficacy, age, marital state, religion, and PCHC in the 30s, HPLP, PCHC, self-efficacy, and family income in the 40s, and HPLP, PCHC, self-efficacy, and gender in the 50s were statistically significant in predicting QOL. **Conclusion:** It is important to develop distinct programs by age for improving of quality of life for adults.

Key words : Quality of life, Urban, Adult, Age groups

주요어 : 삶의 질, 도시지역, 성인, 연령 그룹

접수일: 2012년 11월 2일 심사완료일: 2012년 12월 18일 게재확정일: 2012년 12월 19일

• Address reprint requests to : Lee, Kyung-Sook(Corresponding Author)

Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University

220-711, 150 Namwon-ro, Wonju City, Gangwon province, Korea

Tel: 88-10-9981-2364 Fax: 82-33-760-8641 E-mail: kslee@gwnu.ac.kr

서 론

연구의 필요성

과학과 첨단의학의 발전은 평균수명의 증가와 생활 수준의 향상을 가져왔으며 신체적, 정신적인 건강한 삶에 대한 관심이 크게 높아지면서 자연스럽게 삶의 질에 대한 관심 또한 크게 증가되었다. 보건의료 측면에서도 만성질환 유병률의 증가, 보건의료전달체계의 변화, 의료서비스의 효과에 대한 정량화를 위한 지표개발의 필요성이 강조되면서 삶의 질이 중요시 되었다(Min, Kim, Suh, & Kim, 2000). 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 신체적인 증상과 생리적인 기능 외에 심리적인 기능(Kim, Hong, Lee, & Park, 2005), 연령과 성(Kim & Park, 2004), 교육 수준과 경제적 상태(Lee, 2002), 건강증진행위(Oh, 2000), 사회적 지원과 자기효능감 및 인간관계(Jang, Park, & Kim, 2008; Kim et al., 2005), 질병관리(Kim et al.), 우울과 스트레스 및 건강지각(Shin & Yang, 2003) 등으로 나타났다.

삶의 질을 향상하기 위한 노력은 개인 차원 뿐 아니라 복지국가 지향을 위한 국가차원의 노력 또한 이루어지고 있다(Yoon & Kim, 2010). 국민의 삶의 질 수준을 보여 주는 지표 중 하나로 행복지수를 이용하여 국가 간 삶의 질을 비교할 수 있는데, OECD 회원국을 대상으로 행복지수를 측정해 본 결과 우리나라는 전체적인 행복수준이 30개 회원국 중 25위로 하위권에 위치하였으며, 주관적 만족도, 형평성과 사회적 연대부분에서 순위가 아주 낮았다(Kang, 2010; Yoon & Kim, 2010). 그렇다면 우리 국민의 삶의 질은 어떠한가? 실제로 우리나라에서는 전 국민을 대상으로 국민건강영양조사를 1998년부터 실시하여 왔는데, 세 번째 조사가 이루어진 2005년부터는 Euro-Quality of Life-5 Dimension (EQ-5D)를 이용하여 국민의 건강관련 삶의 질 수준을 측정하고 있다. 조사결과에 따르면 19세 이상 성인에서 여자가 남자보다, 연령이 증가할수록, 소득이 적을수록, 읍면지역에서 삶의 질이 낮은 것으로 보고되었다(Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention [MOHW & KCDC], 2010; Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs & Korea Centers

for Disease Control and Prevention [MOHWFA & KCDC], 2009; Ministry of Health and Welfare & Korea Institute for Health and Social Affairs [MOHW & KIHASA], 2006).

한편 삶의 질을 과학적으로 측정하고 평가함으로써 삶의 질을 좀 더 정확히 파악하고 이를 토대로 삶의 질을 증진시킬 수 있으며(Min et al, 2002; Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004), 이를 위해 WHO에서는 삶의 질 측정도구인 WHO Quality of Life Scale (WHOQOL)과, WHO Quality of Life Scale-Brief (WHOQOL-BREF)를 개발하였다. Min, Lee, Kim, Suh와 Kim (2000)은 한국어판 WHOQOL-BREF를 개발하였고, Kang과 Lee (2004)는 WHOQOL-BREF를 이용하여 농촌 지역 성인의 삶의 질을 측정하였을 때 연령이 증가할수록 감소하였으나 영역별 삶의 질에서 다른 양상을 보인다고 하였다. 또한 성별, 직업, 소득, 학력에 따라 삶의 질에 차이가 있으며, 각 영역별로 일정하지 않은 양상이 나타난다고 하였다.

이와 같이 삶의 질은 여러 요인에 의하여 영향을 받는데, 특히 연령이 증가할수록 삶의 질이 낮아지는 것으로 나타났다. 즉, 전 국민을 대상으로 한 조사나 농촌지역 성인을 대상으로 한 조사 모두에서 연령이 증가할수록 삶의 질이 낮게 보고되었는데, 연령이 많을수록 신체적 건강의 만족도는 낮고 심리적 건강과 사회적 관계가 높은 만족도를 나타내고 있었다(Kang & Lee, 2004). 그러나 이러한 측면에 대한 도시지역 성인 대상의 조사는 이루어지지 않아 과연 도시지역 성인의 삶의 질은 연령과 어떠한 관계를 가질 것인지를 규명할 필요가 있다. 즉, 도시지역 성인의 삶의 질은 연령에 따라 농촌지역과 동일한 변화를 보일 것인가, 또한 삶의 질에는 어떠한 특성이 나타날 것인가, 어떠한 요인이 도시지역 성인의 삶의 질에 영향을 미치며, 연령에 따라 영향요인이 다를 것인가에 대한 연구가 요구된다.

국내의 삶의 질에 대한 연구는 대상이 청소년과 대학생, 성인, 중년기 남성, 중년기 여성, 환자 등 대부분 특정연령집단 또는 환자집단을 연구해왔으며, 집단특성에 따라 삶의 질 수준에 대한 인식에 차이가 있는 것으로 보고되었지만, 연령별 삶의 질 정도와 연령별 삶의 질에 영향을 미치는 예측변수에 대한 연구는 별로

수행되지 못하였다. 특히 삶의 질의 신체적 건강, 심리적, 사회적 관계, 환경 영역별 특성을 보고한 연구는 거의 찾아 볼 수 없다. 그러므로 도시 지역 성인의 삶의 질을 연령 그룹에 따라서 다차원적으로 파악하는 연구는 의의가 있을 것이다. 또한 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 연령 그룹별로 분석해보면 대상자의 연령별 삶의 질 증진 전략 수립에 매우 유용할 것이라 생각된다. 그러므로 본 연구에서는 선행연구에서 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 밝혀진 요인 중 일반적 특성과 자기효능감, 건강증진행위, 및 건강관리역량이 삶의 질에 미치는 영향을 규명하여 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다. 이를 위하여 본 연구는 대도시와 중소도시의 20대-50대 성인을 대상으로 연구를 수행한 Lee, Lee, Choi와 So (2012)의 자료를 기초로 이차분석을 통하여 연령별 삶의 질과 이에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 도시 지역 성인의 삶의 질이 연령에 따라 어떠한 차이가 있으며, 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 차이가 있는가를 파악하기 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 도시 지역 성인의 삶의 질 정도를 파악한다.
- 도시 지역 성인의 일반적 특성에 따른 삶의 질을 파악한다.
- 연령에 따른 도시 지역 성인의 삶의 질을 파악한다.
- 연령에 따른 도시 지역 성인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 도시지역 성인의 삶의 질 정도를 연령대별로 파악하고 그에 영향을 미치는 예측 요인을 규명하는 서술적 상관관계연구이다.

연구 대상 및 자료 수집

본 연구는 도시지역 성인의 삶의 질에 대한 연구이므로 대도시인 S시와 중소도시인 W시 두 도시에 거주하는 20세에서 59세까지의 성인을 연구대상으로 하였다. 이와 같이 대도시와 중소도시 거주자를 대상으로 한 것은 도시지역이라고 하면 대도시, 중소도시로 이루어졌기 때문이고 이렇게 하여 도시를 대표하고자 하였다. 또한 본 연구에서 자가보고 설문지를 스스로 응답할 수 있는 성인을 대상으로 하였기 때문에 20-50대로 연령을 제한하였다.

연구보조원은 연구 대상자에게 연구목적을 설명한 후 이에 동의하는 사람을 대상자로 서면동의서에 동의한다는 사인을 받은 후 대상자 스스로 설문지에 응답하게 하였고, 남자 299명, 여자 293명 총 592명으로부터 자료를 수집하였다. 본 연구는 Lee 등(2012)의 이차분석 자료이지만 본 연구에서 중요한 개념인 삶의 질을 모두 응답한 대상자를 모두 포함하였으므로 Lee 등(2012) 연구와 최종 분석 대상자 수에 차이가 있다. 자료수집 기간은 2010년 1월에서 4월까지이었다.

연구 도구

● 삶의 질 측정도구

삶의 질 측정도구는 Min과 Lee 등(2000)이 개발한 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(한국어판 WHOQOL-BREF)를 사용하였다. 한국어판 WHOQOL-BREF는 신체적 건강영역 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회적 관계 영역 3문항, 환경 영역 8문항의 4개 영역 24문항에 전반적 삶의 질 1문항, 일반적인 건강인식 1문항을 포함하여 총 26항으로 구성되어 있다. 모든 문항은 5점 Likert 척도로 이루어졌으며, 각 영역점수는 영역 내에 포함된 모든 항목 점수의 평균에 4를 곱한 값이므로 영역점수는 4-20의 범위를 가진다. 또한 삶의 질 총점은 네 영역점수의 합으로 나타내어 점수 범위는 16-80 점이다. 네 영역과 총점은 모두 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 전체 문항은 Min과 Lee 등(2000)에서 Cronbach's $\alpha=0.90$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.92$ 이었으며, 하부척도별 신뢰도는 Min과 Lee 등(2000)에서 Cronbach's $\alpha=0.58-0.78$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.64-0.84$ 로 각각은 신체적 건강 영역 .73, 심리적 영역 .81, 사회적 관계

영역 .64, 환경 영역 .84 이었다.

● 자기효능감 측정도구

자기효능감 측정도구는 Sherer 등(1982)이 개발하고 Oh (1993)가 번역한 일반적 자기효능척도를 사용하였다. 이 도구는 17문항으로 5점 척도이며, 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Oh (1993)에서 Cronbach's $\alpha=.80$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.87$ 이었다.

● 건강증진생활양식 도구

Walker와 Hill-Polerecky (1996)의 Health Promotion Lifestyles Profile (HPLP) II를 이용하여 Lee, Lee, So 와 Smith-Stoner (2010)가 번역하여 사용한 도구를 이용하였다. 이 도구는 52항목, 4점 척도로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 건강증진행위가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Walker와 Hill-Polerecky (1996)에서 Cronbach's $\alpha=.94$, Lee 등(2010)에서 Cronbach's $\alpha=.94$ 이었으며, 본 연구의 신뢰도 또한 Cronbach's $\alpha=.94$ 이었다.

● 건강관리역량 도구

건강관리역량 도구는 Lee 등(2010)의 개인의 건강관리능력 측정 도구인 Personal Power of Health Care (PPHC) 척도를 수정, 보완한 Lee 등(2012)의 Personal Competence of Health Care (PCHC) 척도를 사용하였다. 이 도구는 25항목, 4점 척도로 점수가 높을수록 건강관리역량이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Lee 등 (2010)에서는 Cronbach's $\alpha=.74$ 이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.82$ 이었다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS for Windows 18.0 프로그램을 이용하였으며, 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, 사후분석은 Scheffe test를 이용하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 계수를 구하였고, 삶의 질과 자기효능감, 건강증진생활양식, 건강관리역량간의 상관관계

는 Pearson's correlation coefficients를 이용하였다. 연령에 따른 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인 탐색을 위해 일반선형회귀분석을 이용하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성과 삶의 질

본 연구 대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 전체 592명의 대상자중 남성이 50.5%, 여성이 49.5% 이었고, 연령별 분포는 20대 26.9%, 30대 23.0%, 40대

Table 1. General Characteristics of the Subjects (N=592)

Characteristics	Categories	n (%)
Gender	Male	299 (50.5)
	Female	293 (49.5)
Age groups	20-29	159 (26.9)
	30-39	136 (23.0)
	40-49	143 (24.1)
	50-59	154 (26.0)
Education	≤Middle school	57 (9.6)
	>Middle school-<High school	144 (24.3)
	University student	82 (13.9)
	>University	306 (51.7)
	Missing	3 (0.5)
Family income (10,000 won/month)	<100	26 (4.4)
	100-<300	240 (40.5)
	300-<500	177 (29.9)
	≥500	139 (23.5)
	Missing	10 (0.7)
Marital status	Single	190 (32.2)
	Married	375 (63.3)
	Others	22 (3.7)
	Missing	5 (0.8)
Religion	No	278 (47.0)
	Yes	309 (52.2)
	Missing	5 (0.8)
Job	No	99 (16.7)
	Yes	486 (82.1)
	Missing	7 (1.2)
Current illness	No	469 (79.2)
	Yes	115 (19.4)
	Missing	8 (1.4)
Current illness of family	No	427 (72.2)
	Yes	160 (27.0)
	Missing	5 (0.8)

24.2% 및 50대 26%의 분포를 나타내었다. 교육수준은 대졸이상이 51.7%, 가족의 월수입은 44.9%가 300만원 이하였다. 대상자의 63.3%가 기혼상태였고, 52.2%가 종교가 있다고 응답하였다. 82.1%가 직업이 있었고, 본인이 현재 질병이 있는 대상자가 19.4%이었으며, 가족 중에 현재 질병이 있는 대상자는 27.0% 이었다.

한편 대상자의 일반적 특성에 따른 영역별 삶의 질은 Table 2와 같다. 삶의 질 총점은 53.65 (±8.28)이고, 영역별로는 신체적 건강 영역 14.40 (±2.26), 심리적 영역 13.29 (±2.68), 사회적 관계 영역 13.86

(±2.41), 환경 영역 12.10 (±2.60) 이었다. 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보인 일반적 특성은 성별 ($t=4.06, p<.001$), 교육수준($F=17.42, p<.001$), 가족의 월수입($F=15.19, p<.001$), 직업($t=-3.24, p<.001$), 현재 질병($t=3.50, p<.001$) 이었다.

성별에 따른 삶의 질은 남성이 여성보다 높았으며 ($p<.001$), 사회적 관계 영역을 제외한 신체적 건강영역 ($p=.007$), 심리적영역($p<.001$), 환경영역($p<.001$)에서 남성이 높게 나타나 유의한 차이를 보였다. 교육수준에서는 모든 영역에서 유의한 차이를 보였는데, 삶의 질 총

Table 2. Quality of Life according to General Characteristics (N=592)

Characteristics	Categories	Domains of QOL (Mean±SD)				
		Physical health	Psychological	Social relationships	Environment	Total QOL
Total		14.40±2.26	13.29±2.68	13.86±2.41	12.10±2.60	53.65±8.28
Gender	Male	14.65±2.31	13.92±2.61	13.87±2.50	12.56±2.63	55.00±8.43
	Female	14.15±2.18	12.63±2.59	13.85±2.32	11.63±2.48	52.27±7.90
	t (p)	2.70 (.007)	6.03 (<.001)	0.08 (.934)	4.40 (<.001)	4.06 (<.001)
Education	≤Middle school ^a	13.41±1.95	11.67±2.65	12.91±2.66	10.63±2.32	48.63±7.48
	>Middle -<High school ^b	14.03±2.37	12.54±2.54	13.58±2.49	11.16±2.54	51.32±8.35
	College student ^c	15.00±2.04	14.05±2.65	14.20±2.32	12.75±2.67	56.01±7.78
	University < ^d	14.62±2.23	13.75±2.56	14.07±2.30	12.65±2.43	55.09±7.91
	F (p)	8.15 (<.001)	17.13 (<.001)	5.01 (.002)	20.50 (<.001)	17.42 (<.001)
	Scheffe test	a<c,d, b<c	a,b<c,d	a<c,d	a,b<c,d	a,b<c,d
Family income (10,000 won/month)	<100 ^a	13.19±3.09	11.87±3.21	13.18±3.29	10.73±3.01	48.97±10.40
	100-<300 ^b	14.08±2.12	12.84±2.77	13.64±2.35	11.44±2.50	52.00±7.90
	300-<500 ^c	14.58±2.13	13.29±2.37	13.81±2.28	12.23±2.28	53.91±7.63
	≥500 ^d	14.95±2.33	14.33±2.41	14.48±2.32	13.36±2.53	57.13±8.13
	F (p)	7.47 (<.001)	12.45 (<.001)	4.60 (.003)	20.74 (<.001)	15.19 (<.001)
	Scheffe test	a<c,d, b<d	a<b,c,d	a<d	a<c,d, b<d	a<c,d, b<d
Marital status	Single ^a	14.55±2.21	13.64±2.61	13.9±2.17	12.4±2.45	54.50±7.69
	Married ^b	14.37±2.28	13.21±2.67	13.9±2.49	12.0±2.61	53.46±8.47
	Others ^c	13.74±2.41	12.36±2.63	13.5±3.00	11.5±3.39	51.11±9.26
	F (p)	1.40 (.246)	3.17 (.043)	0.33 (.719)	1.71 (.182)	2.12 (.121)
	Scheffe test		a>c			
Religion	No	14.55±2.19	13.30±2.59	13.99±2.32	12.10±2.65	53.93±8.21
	Yes	14.29±2.31	13.34±2.71	13.76±2.46	12.15±2.54	53.53±8.27
	t (p)	1.94 (.165)	0.03 (.856)	1.40 (.237)	0.06 (.805)	0.59 (.557)
Job	No	14.03±2.21	12.34±2.95	13.32±2.55	11.49±2.57	51.18±8.98
	Yes	14.47±2.26	13.48±2.58	13.95±2.33	12.22±2.56	54.11±8.03
	t (p)	-1.75 (.081)	-3.87 (<.001)	-2.41 (.016)	-2.58 (.010)	-3.24 (.001)
Current illness	No	14.63±2.17	13.43±2.66	13.98±2.36	12.21±2.57	54.26±8.12
	Yes	13.52±2.42	12.74±2.73	13.32±2.48	11.67±2.74	51.25±8.71
	t (p)	4.81 (<.001)	2.48 (.013)	2.66 (.008)	1.98 (.048)	3.50 (<.001)
Current illness of family	No	14.54±2.25	13.38±2.61	13.91±2.36	12.10±2.66	53.93±8.26
	Yes	13.99±2.24	13.00±2.83	13.69±2.53	12.08±2.46	52.77±8.32
	t (p)	2.61 (.009)	1.53 (.126)	0.98 (.326)	0.07 (.946)	1.51 (.132)

QOL=Quality of life.

점, 심리적 영역, 환경 영역은 대학생과 대졸이상 군이 고졸이하 군과 중졸이하 군보다 높았으며($p<.001$), 신체적 건강 영역은 대학생과 대졸이상 군이 중졸이하 군보다 높고, 대학생이 고졸이하 군보다 높았다($p<.001$). 또한 사회적 관계 영역에서는 중졸이하 군이 대학생과 대졸이상 군에 비하여 유의하게 낮았다($p=.002$). 가족의 월수입에서는 삶의 질 총점, 신체적 건강 영역과 환경 영역에서 500만원 이상군과 300-500만원 미만군이 100만원 미만군보다 높았고, 500만원 이상군이 100-300만원 미만군보다 높았다($p<.001$). 심리적 영역은 100만원 미만군이 다른군보다 유의하게 낮았고($p<.001$), 사회적 관계 영역에서는 500만원 이상군이 100만원 미만군 보다 높았다($p=.003$). 직업이 있는 군이 직업이 없는 군보다 삶의 질 총점($p=.001$), 심리적 영역($p<.001$), 사회적 관계 영역($p=.016$), 환경 영역($p=.010$)에서 높게 나타났으며, 현재 질병이 없는 군이 질병이 있는 군보다 삶의 질 총점과 신체적 건강 영역($p<.001$), 심리적 영역($p=.013$), 사회적 관계 영역($p=.008$), 환경영역($p=.048$)에서 유의하게 높았다.

이의 결혼상태, 종교, 가족질병에 따라서는 삶의 질 총점에 유의한 차이가 없었으나($p>.05$), 결혼상태에서는 심리적 영역에서만 미혼이 기타보다 높고($p=.043$), 가족질병에 있어서는 신체적 건강 영역에서만 가족질병이 없는 군이 있는 군보다 삶의 질이 높았다($p=.009$).

연령에 따른 삶의 질

● 연령과 삶의 질 관계

연령과 삶의 질과의 관계는 Table 3과 같다. 연령과 삶의 질은 음의 상관관계를 나타내었다. 삶의 질 총점($p<.001$), 신체적 건강 영역($p=.011$), 심리적 영역($p<.001$), 사회적 관계 영역($p=.001$), 환경 영역($p=.006$) 모두와 연령은 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 나타내어 연령이 증가 할수록 삶의 질은 유의하게 감소하였다. 한 문항씩으로 이루어진 전반적 삶의 질과 일반적 건강인식도 연령과 음의 상관관계를 보였는데, 전반적 삶의 질은 통계적으로 유의하였으나($p=.002$) 일반적 건강인식은 유의하지 않았다($p=.057$).

또한 연령을 20대, 30대, 40대, 50대 그룹으로 구분하였을 때 연령그룹 간 삶의 질 총점은 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다($F=5.82, p=.001$). 즉, 연령에 따른 삶의 질은 20대가 55.33 (± 7.52), 30대가 53.86 (± 7.96), 40대가 53.87 (± 8.15), 50대가 51.50 (± 9.01)이었으며, Scheffe 사후분석결과 20대가 50대보다 높았다($p=.001$). 연령에 따른 영역별 삶의 질을 살펴보면 심리적 영역($F=6.69, p<.001$), 사회적 관계 영역($F=4.55, p=.004$), 환경영역 ($F=3.31, p=.020$)은 통계적으로 유의한 차이를 나타내었으며, 세 영역 모두 20대가 50대 보다 유의하게 높았다. 반면 신체적 건강은 연령에 따른 유의한 차이가 없었다($p=.056$). 그리고 전반적 삶의 질은 연령그룹에 따라 유의한 차이가 있었으나($F=3.43, p=.017$), 일반적 건강인식은 차이가 없었다($p=.093$).

심리적 영역과 사회적 관계 영역, 전반적 삶의 질은 20대, 30대, 40대, 50대 순이었으며, 삶의 질 총점과 신체적 건강 영역, 환경영역, 및 일반적 건강인식은 모두

Table 3. Relationship Between Age and QOL

Domains of QOL	Physical health	Psychological	Social relationships	Environment	Overall QOL	General health	Total QOL
Correlation coefficient (p)							
Age	-.10 (.011)	-.16 (<.001)	-.13 (.001)	-.11 (.006)	-.13 (.002)	-.08 (.057)	-.15 (<.001)
Mean±SD							
20-29 ^a	14.79±2.13	13.88±2.54	14.19±2.19	12.47±2.51	3.72±0.73	3.38±0.89	55.33±7.52
30-39	14.30±2.33	13.40±2.62	14.03±2.24	12.13±2.48	3.60±0.69	3.18±0.84	53.86±7.96
40-49	14.38±2.28	13.31±2.48	13.98±2.57	12.21±2.43	3.58±0.70	3.24±0.82	53.87±8.15
50-59 ^d	14.11±2.26	12.55±2.87	13.26±2.53	11.58±2.87	3.45±0.78	3.16±0.83	51.51±9.01
Total	14.40±2.26	13.29±2.68	13.86±2.41	12.10±2.60	3.59±0.73	3.24±0.85	53.65±8.28
F (p)	2.54 (.056)	6.69 (<.001)	4.55 (.004)	3.31 (.020)	3.43 (.017)	2.15 (.093)	5.82 (.001)
Scheffe test		a>d	a>d	a>d	a>d		a>d

QOL=Quality of life.

20대, 40대, 30대, 50대 순을 나타내었으나 모든 영역에서 30대와 40대는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

● 연령에 따른 삶의 질 예측요인

연령대별 삶의 질 예측요인을 파악하기 위하여 일반 선형회귀분석으로 분석한 결과는 Table 4와 같다. 일반적인 특성과 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감을 투입하여 분석하였을 때 전체 대상자의 삶의 질 예측요인으로는 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기

효능감, 연령, 결혼상태, 종교, 가족월수입, 성별이 유의한 영향요인으로 분석되었으며 총 변량의 54.7%를 설명하였다. 연령그룹별 삶의 질 예측요인 분석에서 20대는 건강증진생활양식, 건강관리역량, 결혼상태, 자기효능감이 유의한 예측인자였고, 이들은 57%를 설명하였다. 30대는 건강증진생활양식, 자기효능감, 연령, 결혼상태, 종교, 건강관리역량이 삶의 질의 예측 인자로 51.4%를 설명하였으며, 특히 30대는 다른 연령그룹과 다르게 연령이 유의한 예측인자로 나타났다. 40대는 건

Table 4. Influencing Factors of Quality of Life by Age Groups

Age Group	Variables	B	SE	β	t	p
20s	Constant	3.010	5.112		.589	.557
	HPLP	10.417	1.660	.483	6.277	<.001
	PCHC	6.572	1.842	.262	3.568	<.001
	Marital status	3.147	1.346	.132	2.338	.021
	Self-efficacy	1.987	.917	.137	2.167	.032
	Adj. R ² =.570, F=22.911, p<.001					
30s	Constant	18.432	9.153		2.014	.046
	HPLP	8.998	1.699	.425	5.296	<.001
	Self-efficacy	3.027	1.052	.199	2.877	.005
	Age	-.400	.186	-.146	-2.150	.034
	Marital status	2.382	1.145	.143	2.080	.040
	Religion	2.003	.995	.126	2.012	.046
	PCHC	5.364	2.670	.163	2.009	.047
Adj. R ² =.514, F=16.155, p<.001						
40s	Constant	-2.048	10.576		-.194	.847
	HPLP	7.598	1.832	.351	4.147	<.001
	PCHC	7.829	2.980	.250	2.627	.010
	Self-efficacy	3.122	1.018	.224	3.068	.003
	Family income	2.549	1.144	.153	2.229	.028
Adj. R ² =.447, F=12.768, p<.001						
50s	Constant	2.254	11.070		.231	.818
	PCHC	13.198	2.610	.408	5.056	<.001
	HPLP	5.552	1.577	.267	3.521	.001
	Self-efficacy	3.067	1.123	.187	2.732	.007
	Gender	-2.544	1.107	-.144	-2.298	.023
Adj. R ² =.604, F=23.711, p<.001						
Total	Constant	5.831	2.840		2.053	.041
	HPLP	7.852	.814	.368	9.645	<.001
	PCHC	8.216	1.187	.273	6.920	<.001
	Self-efficacy	3.030	.493	.200	6.144	<.001
	Marital status	2.596	.671	.154	3.870	<.001
	Age	-.178	.031	-.249	-5.715	<.001
	Religion	1.374	.487	.085	2.821	.005
	Family income	1.256	.494	.077	2.544	.011
	Gender	-1.116	.494	-.069	-2.261	.024
Adj. R ² =.547, F=74.378, p<.001						

HPLP II=Health promotion lifestyles profile II; PCHC=Personal competence of health care.

강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감 및 가족 월 수입이 삶의 질 변량의 44.7%를 설명하였고, 50대는 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감 및 성별이 삶의 질 변량의 60.4%를 설명하여, 연령대별 삶의 질 예측요인이 차이가 있었다.

논 의

본 연구는 연령에 따른 도시지역 성인의 삶의 질을 파악하기 위하여 시도되었다. 본 연구결과 연령이 증가할수록 삶의 질이 감소하는 것으로 나타났으며, 이는 다른 연구들과도 일치하는 결과이다(Kang & Lee, 2004; MOHW & KCDC, 2010; MOHWFA & KCDC, 2009; MOHW & KIHASA, 2006). 본 연구 결과 신체적 건강 영역을 제외하고 심리적 영역, 사회적 관계 영역, 환경영역에서 연령에 따라 유의한 차이를 나타내었으며, 특히 20대가 50대 보다 유의하게 높았다. 위의 네 영역 모두 20대가 가장 높고 50대가 가장 낮으며, 30대는 심리적 영역, 사회적 관계 영역에서 40대보다 약간 높고, 신체적 건강 영역, 환경 영역, 삶의 질 총점에서는 40대가 조금 높았으나 유의한 차이는 아니었다. 이러한 결과는 20대가 가장 높고 50대가 낮았다고 보고한 결과(Min, 2010)와 일치하였지만, 30대부터 60대의 농촌 주민의 삶의 질을 조사한 Kang과 Lee (2004)와는 일치하지 않았다. Kang과 Lee는 연령에 따라 유의한 차이가 있는 세 영역인 신체적 건강은 나이가 증가할수록 감소하지만, 심리적 영역, 사회적 관계, 및 환경영역에서는 60대에서 높게 나타났다. 그러나 본 연구에서는 도시지역 성인의 삶의 질은 연령이 증가하면서 네 영역 모두에서 낮아지는 경향을 나타내 Kang과 Lee의 농촌 지역 성인과의 차이를 보이고 있다. 본 연구와 Kang과 Lee (2004)의 두 연구에서 모두 50대는 비교적 낮은 삶의 질 점수를 나타내, 본 연구는 모든 영역에서 가장 낮았고, Kang과 Lee (2004)는 50대가 사회적 관계에서만 60대에 이어 높은 연령층이었고, 신체적 건강 영역은 30대, 40대에 이어, 심리적 영역과 환경영역에서는 60대, 40대에 이어 세 번째를 나타내 도시, 농촌 모두에서 50대의 삶의 질이 높지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 가족의 발달주기와 관련이 있는 것으로 볼 수 있다. 즉, 50대는 자녀독립으로 인한 상실

감, 자녀교육과 노부모부양으로 인한 경제적 부담감, 직장에서의 퇴직 연령, 노후준비로 인한 불안감, 갱년기 변화 등이 삶의 질을 낮추는 요인으로 작용할 수 있다(Kim & Kim, 2008).

본 연구결과 삶의 질의 예측요인 또한 연령에 따라 다르게 나타났다. 모든 연령대에서 나타난 예측인자로는 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감이며, 이러한 결과는 삶의 질에 중요한 변수로 자기효능감(Chung, 2011; Jang et al., 2008), 건강증진행위(Lee, 2002), 건강관리역량(Lee et al., 2012)이라고 한 연구와 일치하는 결과이다. 향후 삶의 질 증진 프로그램 개발 시 건강증진생활양식, 건강관리역량과 자기효능감을 증진시킬 수 있는 전략을 포함하여야겠다. 또한 본 연구결과 연령에 따라서 삶의 질 영향요인이 다르게 나타나 20대는 독신에서, 30대는 독신, 연령이 낮을수록, 종교가 있는 경우, 40대는 수입이 높을수록, 50대는 남성에서 삶의 질이 높았다. 그러므로 본 연구결과에 의하여 삶의 질 증진 프로그램을 위한 대상자 선정 시 가능하다면 연령이 높은 대상자를, 또한 각 연령대에서는 20대는 기혼자를, 30대는 기혼자이며 30대 중, 후반이고 종교를 갖지 않은 사람, 40대는 수입이 많지 않은 사람, 50대는 여성을 대상으로 할 것을 제언한다. 한편 삶의 질 향상 효과가 프로그램 적용 3개월 후에 보였다는 결과(Min, 2011)에 비추어 삶의 질 향상을 위한 지속적 관리가 필요할 것이며, 이러한 노력을 통한 삶의 질 향상으로 우리사회의 우울증 증가 및 자살율 증가 등의 문제 해결에 도움이 되리라 생각한다. 한편 20대와 30대에서 결혼여부가 유의한 예측인자로 나타났고, 특히 독신의 삶의 질이 높은 결과는 우리나라에서 결혼을 하지 않고 혼자 사는 사람이 증가하는 현상과 관련이 있을 것으로 생각된다.

본 연구 대상자의 삶의 질은 80점 만점 중 53.65로 나타나 비교적 높았으며, 이는 농촌주민을 대상으로 한 연구에서(Kang & Lee, 2004)의 49.44 보다 높다. 이러한 결과는 국민건강영양조사에서 동지역이 읍면지역보다 삶의 질이 높았다는 결과(MOHW & KCDC, 2010)와 일치한다. 그러나 본 연구는 20-59세의 성인(평균 연령 39.44세)을 대상으로 하였고, 반면에 Kang과 Lee (2004)는 30-60세 이상의 성인(평균 연령 45.72세)을 대상으로 하였다는 차이가 있고, 또한 본 연구는 2010년

의 조사결과이고 Kang과 Lee는 2003년에 조사한 결과이므로 이러한 특성을 고려하지 않은 상태로 단순히 점수만을 비교하는 것은 무리가 있을 수 있다. 그러므로 추후 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 통제된 후 지역별 삶의 질의 차이를 규명하는 연구가 수행되면 좀더 명확한 차이가 나타날 것이다.

한편 도시와 농촌의 삶의 질 영역별 순위에서도 차이가 있는 것으로 나타났다. 본 연구 결과 도시 지역 성인의 영역별 삶의 질은 신체적 건강 영역이 가장 높고, 사회적 관계 영역, 심리적 영역, 환경 영역 순으로 나타나 Kang과 Lee (2004)의 농촌 주민에서 사회적 관계 영역, 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 환경 영역 순과는 다르다. 또한 영역별 삶의 질 점수에서 사회적 관계 영역은 농촌 주민이 높고, 다른 세 영역은 도시지역이 높았다. 이러한 결과로 미루어 농촌주민이 도시지역 주민보다 사회적 관계에서 더 만족한 생활을 하며 농촌지역의 유대감이 큼을 나타내는데 실제로 농촌 주민은 한 지역사회에서 오랫동안 거주하고 있기 때문에 지역사회 내에서 사회적 관계가 잘 형성되어 만족도가 높을 것이다(Kang & Lee). 이에 비하여 도시지역 성인은 개인 위주의 생활을 하게 되는 성향을 반영한다고 볼 수 있다.

삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보인 특성은 연령 이외에 성별, 교육수준, 가족의 월수입, 직업, 질병이었다. 즉 연령이 낮을수록, 교육수준이 대학생이상으로 높을수록, 가족 월수입이 많을수록, 남성일수록, 직업이 있을수록, 질병이 없을수록 삶의 질이 높았다. 이는 농촌주민 연구(Kang & Lee, 2004)에서 남성일수록, 월 소득이 많을수록, 질병이 없을수록 삶의 질이 높게 나온 것과 일치하였다. 남성이 삶의 질 모든 영역에서 여성보다 높았으며, 이러한 결과는 여성은 신체적, 경제적, 사회적, 제도적 측면에서 취약하며, 사회적 연결망이 좁고 가족중심적인 좁은 생활환경에 국한되어 살기 때문으로 볼 수 있다(Kim, Lee, & Park, 2010). 여성의 삶의 질을 높이기 위해서는 신체적 건강 영역, 심리적 건강 영역, 환경영역 모두를 중요하게 고려해야 될 것이다. 그러나 성별에 따라 삶의 질에 차이가 없었으며(Kim & Park, 2004), 여성이 남성보다 삶의 질이 높게 나왔다(Kim & Lee, 2001)는 결과와는 다른 결과로, 이와 같이 다른 결과를 보이는 이유는 본 연구에서

다양한 연령대별로 조사한데 반해, 이전의 연구들이 특정연령 집단과 환자를 대상으로 하였기 때문으로 생각한다. 교육수준에 따라서 삶의 질은 차이가 나타났으며, 이는 Chung (2011), Lee (2002), Yeo (2004)와 같은 결과이다. 가족 월수입이 높을수록, 직업이 있는 군이 직업이 없는 군보다 삶의 질이 높았는데, 이는 성인의 삶의 질을 높이는 요소로 신체적 건강 외에 경제적 요인이 포함된다고 한 연구(Kim & Park, 2004)와 중년기의 여성과 중년기 남성도 소득이 높고 전문직종인 경우 삶의 질이 높다고 한 결과(Chung, 2011; Lee, 2002; Yeo, 2004)와 일치하는 결과였다. 질병에서는 질병이 없는 군이 질병이 있는 군보다 삶의 질 총점과 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역, 환경영역 모두 높게 나타났다. 이는 만성폐쇄성폐질환자의 삶의 질 연구(Jung & Lee, 2011)에서도 같은 결과를 보였다. 이러한 결과는 신체적 증상이 있는 환자들의 부정적인 기능으로 인해 삶의 질 수준이 낮아지는 것으로 볼 수 있다.

결론

본 연구는 연령에 따른 도시지역 성인의 삶의 질 정도를 삶의 질 총점, 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역, 환경영역으로 확인하고, 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 연구대상자는 대도시와 중소도시에 거주하는 20세에서 59세까지의 성인으로 남자 299명, 여자 293명 총 592명을 대상으로 하였다. 삶의 질은 연령, 성별, 교육수준, 가족의 월수입, 직업, 질병에서 차이가 있었으며, 연령이 낮을수록, 남성, 교육수준이 높은 사람, 가족의 월수입이 많을수록, 직업이 있으며, 현재 질병이 없는 사람에서 삶의 질이 높았다. 연령그룹별 삶의 질에 영향을 미치는 예측변수는 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감은 공통적이었고, 20대는 결혼상태, 30대는 연령, 결혼상태, 종교, 40대는 가족의 월수입, 50대는 성별이었다.

본 연구를 통해 도시지역 성인의 삶의 질 향상 프로그램은 건강증진생활양식, 건강관리역량, 자기효능감을 증진시킬 수 있는 전략을 포함하는 간호중재 개발 연구를 제언한다. 특히 젊은 층 보다는 연령이 높은 대상

자를 중심으로 하는 삶의 질 향상 프로그램 운영이 더 필요하며, 삶의 질 향상 간호학적 중재는 가능한 연령에 따른 생애주기별 프로그램으로 개발할 것을 제안한다.

REFERENCES

- Chung, M. S. (2011). Resilience, coping methods, and quality of life in middle-aged women. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing, 20*(4), 345-354.
- Jang, W. G., Park, Y. S., & Kim, U. (2008). *The influence of parent-child relationship and self-efficacy on quality of life among university students and their parents*. Paper presented at the meeting of XXIX International Congress of Psychology, 308, Berlin, Germany.
- Jung, Y. M., & Lee, H. Y. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease in Korea: Prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal of Korean Academy of Nursing, 41*(2), 149-156. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2011.41.2.149>
- Kang, E. J. (2010). A comparison of health between Korean and other OECD countries, *Health-welfare Policy Forum, 167*, 104-112.
- Kang, H. S., & Lee, D. H. (2004). A study of subjective quality of life in the rural residents -Focused on west areas of Chungnam province-. *Korean Association of Health and Medical Sociology, 16*, 201-225.
- Kim, S., & Kim, S. Y. (2008). A study on aging anxiety and self-efficacy of middle aged adults. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing, 17*(3), 281-291.
- Kim, H. K., Lee, H. J., & Park, S. M. (2010). Factors influencing quality of life in elderly woman living alone. *Journal of the Korean Gerontological Society, 30*(2), 279-292.
- Kim, K. B., & Lee, K. H. (2001). The correlation among health status, burden and quality of life of the adult stroke patient's family and elderly stroke patient's family. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 13*(2), 262-276.
- Kim, U., Hong, C. S., Lee, J. G., & Park, Y. S. (2005). Factors influencing health and quality of life among allergy and asthma patients: With specific focus on self-efficacy, social support and health management. *Korean Journal of Psychological and Social Issues, 11*(2), 143-181.
- Kim, U. & Park, Y. S. (2004). Factors influencing quality of life for Korean adolescents and adults at home, school, work and leisure settings: Indigenous psychological analysis. *Korean Journal of Health Psychology, 9*(4), 973-1002.
- Lee, E. H., Lee, K-S., So, A. Y., & Smith-Stoner, M. (2010). Scale development: The personal power of health care (PPHC). *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 16*(1), 129-139.
- Lee, K-S., Lee, E. H., Choi, J. S., & So, A. Y. (2012). The reliability and validity of the personal competence of health care (PCHC) scale. *Journal of Muscle and Joint Health, 19*(2), 197-209. <http://dx.doi.org/10.5953/JMJH.2012.19.2.197>
- Lee, Y. W. (2002). A study of quality of life in middle-aged men. *Journal of Korean Academy of Nursing, 32*(4), 539-549.
- Min, S. K., Kim, K. I., Lee, C. I., Jung, Y. C., Suh, S. Y., & Kim, D. K. (2002). Development of the Korean versions of WHO quality of life scale and WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research, 11*, 593-600.
- Min, S. K., Kim, K. I., Suh, S. Y., & Kim, D. K. (2000). Development of Korean version of World Health Organization quality of life scale (WHOQOL). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 39*(1), 78-88.
- Min, S. K., Lee, C. I., Kim, K. I., Suh, S. Y., & Kim, D. K. (2000). Development of the Korean versions of WHO quality of life scale and WHOQOL-BREF. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 39*(3), 571-579.
- Min, S. Y. (2010). Depression, self-esteem and quality of life in a community population. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing, 19*(1), 1-10.
- Min, S. Y. (2011). Effects of a depression prevention program on depression, self-esteem, and quality of life in a community population. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing, 20*(2), 132-142.
- Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs & Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES IV-2)*. Seoul: Author.
- Ministry of Health and Welfare & Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Korea health statistics 2009: Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES IV-3) 2008*. Seoul: Author.

- Ministry of Health and Welfare & Korea Institute for Health and Social Affairs. (2006). *The third Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES III) 2005*. Seoul: Author.
- Oh, H. J. (2000). Investigation on factors influencing the quality of life of arthritis patients. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 12(3), 431-451.
- Oh, H. S. (1993). Health promoting behaviors and quality of life of Korean women with arthritis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 23(4), 617-630.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Shin, K. R., & Yang, J. H. (2003). Influencing factors on quality of life of middle-aged women living in rural area. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(7), 999-1007.
- Skevington, S. M., Lofty, M., & O'Connell. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric Evaluation of the Health-promoting Lifestyles Profile II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska.
- Yeo, J. H. (2004). Influencing factors on quality of life in pre-and postmenopausal women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(7), 1334-1342.
- Yoon, K. J., & Kim, K. Y. (2010). Calculation and comparison of "well-being Indicator" for OECD countries. *Health-welfare Policy Forum*, 159, 86-98.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. from www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf