

노인요양시설 노인의 건강상태, 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지에 따른 삶의 질 예측요인-D 광역시를 중심으로-

김종임*

¹중원대학교 간호학과

Prediction of Quality of Life among the Elderly at Care Facilities for the Elderly according to Health States, Physical and Cognitive Functions, and Social Supports-Focused on D Metropolitan City

Jong-Im Kim*

¹Department of Nursing, Jungwon University

요약 본 연구는 요양시설 노인들의 삶의 질과 건강상태, 신체적 기능, 정신적 기능, 사회적 지지의 관련성을 파악하고자 실시하였다. 연구대상자는 일부 도시 지역에서 요양시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 분석대상은 260명 이었고, 자료는 기술적 통계, t-test, ANOVA, Pearson correlation과 stepwise multiple regression으로 분석 하였다. 그 결과 매우 취약한 대상군인 요양시설 노인들의 삶의 질은 입주기간과 수면상태가 만족스러운 경우, 주관적 건강상태가 높은 경우, 치아 부자유함이 없는 경우, 건망증이 없는 경우, 우울이 낮을수록, 인지기능이 좋을수록, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질 평균이 높게 나타났다. 삶의 질과의 상관관계에서는 수면상태($r=-.20, p<.001$)와 주관적 건강상태($r=-.24, p<.001$), 우울($r=-.30, p<.001$), 사회적 지지($r=.30, p<.001$)와 상관관계가 있었다. 요양시설 노인들의 삶의 질 예측 요인으로는 사회적지지($\beta=.30, p<.001$), 우울($\beta=-.25, p<.001$), 주관적 건강상태($\beta=-.22, p<.001$), 입소기간($\beta=-.22, p<.001$), 수면상태($\beta=-.12, p=.025$)가 삶의 질과 밀접하게 관련되고 예측요인임을 알 수 있었다. 결론적으로, 요양시설 노인들의 삶의 질은 여러 요인이 관련되어 있으며, 삶의 질에 대한 간호중재 및 관리는 신체적 활동이나 질병관리와 함께 정신적, 사회적 접근이 필요하며 노인의 개별적 이해를 중점으로 전인적 접근이 중요하다고 하겠다.

Abstract The purpose of this study was to investigate relations among the quality of life, health states, physical functions, cognitive functions, and social supports of the elderly at care facilities. The subjects include the elderly that were living in care facilities in some urban areas and aged 65 or older. The data of total 260 old people were used in analysis. Collected data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson correlation, and stepwise multiple regression. The elderly at care facilities, who were considered as physically and cognitive vulnerable, scored higher means on quality of life when they were satisfied with the length of stay and sleeping state, had higher subjective health states, had no tooth inconvenience and forgetfulness, suffered from a lower level of depression, had better cognitive functions, and received higher social supports. Quality of life had correlations with the sleeping state($r=-.20, p<.001$), subjective health state($r=-.24, p<.001$), depression($r=-.30, p<.001$), and social supports($r=.30, p<.001$). Social supports($\beta=.30, p<.001$), depression($\beta=-.25, p<.001$), subjective health states($\beta=-.22, p<.001$), length of stay($\beta=-.22, p<.001$), and sleeping state($\beta=-.12, p=.025$) turned out to predict the quality of life of the elderly at care facilities and have close relations with it. In short, the quality of life of the elderly is related to many different factors at care facilities. The findings indicate that nursing interventions and managements for quality of life require a mental and social approach or a whole person approach with a focus on the understanding of individual senior citizens rather than on physical activities and diseases.

Keywords : Elderly, Quality of Life, Depression, Social support

"This work was supported by the Jungwon University Research Grants"

*Corresponding Author: Jong-Im Kim (Jungwon University)

Tel:+82-43-830-8841 email: jikim17@jwu.ac.kr

Received April 16, 2015

Revised June 12, 2015

Accepted July 16, 2015

Published July 31, 2015

1. 서론

1.1 연구의 필요성

노인의 평균수명이 연장되면서 우리사회는 인구의 고령화현상으로 노인인구의 비율이 급속히 증가하고 있으며, 노년기의 연장으로 노인들의 노후 20년 전후의 삶이 단순한 생존 차원이 아닌 삶의 질적 향상을 요구하는 것이[1] 주요 관심사로 우리 사회의 중심과제가 되고 있다. 또한 이러한 노인 인구의 증가는 단순히 한 연령층의 인구수가 급증하는 차원을 넘어 사회 전반에 걸친 다양한 문제를 제기 하며, 현대 사회구조 변화와 전통적인 가족 부양 능력은 약화시키면서 요양시설에 입소하는 노인의 수는 증가하고 있다. 보건복지부는 2014년 복지시설 현황에서에서 노인요양시설은 2,497개의 시설에 121,774 명이 입소하고 있다고 하였고, 노인요양 시설 수 요구는 더욱 급속히 증가할 것으로 예측하였다. 이에 급증하는 노인요양시설 노인의 건강한 삶의 질 향상을 위한 방안과 입소한 시설노인들을 대상으로 삶의 질을 파악하는 것은 매우 중요하며, 고령화 사회 현상을 능동적으로 대처하고 적극적으로 개입해야 함을 시사하고 있다.

노인요양시설 등에 입소한 노인들은 신체적, 정신적으로 매우 취약하며, 치매, 뇌졸중 등의 다양한 노인성 질환을 가지고 있고, 시설 입소로 인해 기존의 친숙했던 물리적, 관계적 환경의 단절을 경험하고[2], 독립성 상실과 가족, 사회, 일상생활로부터 격리된 생활로 인한 우울이나 자존감 저하와 같은 부정적인 심리상태[3]를 보이고 있다. 또한 새로운 환경적응을 문제로 노인요양시설 입소 후에 두려움, 불안 등이 스트레스를 유발하여 심한 우울이나 인지 저하, 허약성 증가와 낙상의 위험률 등을 증가[2] 시키는 경향을 보이고 있다. 이처럼 노령화로 인한 다발적이고 복합적인 문제가 요양시설 노인의 삶의 질을 저하시키는 요인이 되고 있어[4], 이러한 요인들과 삶의 질 간에 관계를 규명하여 요양시설 노인들의 삶의 질 증진을 위한 요양시설 내의 구체적 방침 설정과 삶의 질을 높이기 위한 연구와 접근이 필요한 상황이다.

삶의 질이란 정신적 건강, 신체적 건강, 신체상에 대한 관심, 사회적 관심, 진단 및 치료에 대한 반응들을 평가하는 것으로 신체적, 정신적, 사회 경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕[5]이라고 하였다. 노인 요양시설 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 다양하나 인구학적 특성, 신체적, 정신적, 사회적 여러 요인

들로 나타나 있다. 그동안의 선행연구를 통해 볼 때, 삶의 질에 영향을 주는 인자는 성별, 나이, 배우자 유무, 실금과 인지상태[6], 교육수준, 여가활동수준, 종교유무, 동거형태, 경제수준에 따라 차이가 있는 것[7]으로 보고되기도 하고, 우울, 체력 및 건강상태, 건강행위, 일상 활동 및 자립 활동, 사회적지지 등[8]이 영향을 미치는 것으로 재가노인, 취약계층노인, 독거노인, 노인 병원 노인의 삶의 질에 관한 선행연구들이 보고되어지고 있으나, 고령화 현상과 함께 양적으로 늘어난 요양시설 입소 노인의 삶의 질을 예측 설명하는 연구가 미흡하다. 따라서 신체적, 정신적으로 의존적인 요양시설 노인들의 삶의 질을 높이고, 긍정적인 노후를 위한 연구가 절실히 요구된다.

이에 본 연구에서는 사회와 접촉이 부족하고 신체적, 심리적으로 취약한 요양시설에 입소한 노인들을 대상으로 주관적 건강상태, 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지에 따른 삶의 질 예측요인을 파악 하고자 시도하였다. 이는 노인이 노후의 삶의 만족을 유지하기 위해 주된 영향력을 미치는 요인을 파악하고, 요양시설 입소 노인의 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

1.2 연구목적

본 연구는 일 지역 노인 요양시설 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 예측 요인을 규명 하고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다. 첫째, 대상자의 인구사회학적 특성과 건강관련행위 특성, 건강상태, 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지에 따른 삶의 질 점수 차이를 파악한다.

둘째, 대상자의 삶의 질과 관련 변수와의 상관관계를 파악한다.

셋째, 대상자의 인구사회학적 특성과, 건강상태, 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지와의 삶의 질 예측요인을 확인한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 노인요양시설에 입소한 노인의 건강상태, 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지 및 삶의 질 관련 요인들과의 상관관계를 파악하고, 삶의 질의 예측요인을 설명하는 기술적 상관관계 연구이다.

2.2 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 일개 광역시에 있는 노인 요양시설에 입소한 노인 중 65세 이상의 노인을 대상으로 하였으며, J대학교에서 IRB(Institutional Review Board) 승인을 받은 후 설문지를 실시하였다(1044297-HR-201410-011-02). 조사지역 광역시로부터 파악한 행정구역 5개구의 노인요양시설은 63개소로 요양시설 수용 인원 2,681명중 약 1/10에 해당하는 6개소의 노인 요양시설을 임의 선정하여 288명을 면접 조사하였다. 자료 수집은 연구자가 요양시설을 방문하여 기관장의 협조를 구한 후 대상자에게 연구의 목적과 내용을 설명하였고, 익명성이 보장되며 참여를 원하지 않는 경우에는 언제라도 철회할 수 있음을 설명하여 연구대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 글을 모르는 노인들에게는 직접 설문지를 읽어 주며 설문지 조사를 실시하였고, 병실이나 조용한 휴게실에서 하였으며, 책임 간호사와 담당간호사, 사회복지사의 도움을 받아 실시하였다. 의사소통이 어렵거나 중증 노인성질환, 중증 치매 노인들은 제외 하였다. 자료수집 기간은 2014년 12월부터 2015년 1월까지이며 수집된 자료는 288부 이었고, 그중 응답이 불충분하거나 중증 노인질환자, 중증 치매노인을 제외한 자료는 260부를 최종 분석에 사용하였다. 본 연구는 다중회귀분석을 사용하였으며, 통계적 검증에 필요한 최소 표본수를 산출하기 위해서 표본의 수는 Cohen[9] 이 제시한 표본의 크기 결정방법에 근거하여, G-Power 통계적 검증력 분석방법을 통해 계산하였다. 분석방법은 통계 유의수준 .05, 효과의 크기 .15, 검증력 .90을 유지하기 위해 필요한 최소 표본 크기는 256명이 요구 되었다.

2.3 연구도구

본 연구도구는 삶의 질 예측 변인인 인구사회학적 특성과 건강상태, 일상생활수행능력, 우울, 인지기능, 수면상태, 사회적지지, 삶의 질 등의 측정도구를 사용하였다. 인구사회학적 특성 변수로는 성별, 연령, 교육수준, 종교, 입주기간, 요양등급, 만성질환 보유 수 등을 조사 하였다. 연령은 65-74세, 75-84세, 85세 이상으로 분류하였고, 학력은 무학, 초등, 중학교 이상으로 구분하여 구성된 설문지로 조사 하였다. 종교는 기독교, 천주교, 불교, 기타 등으로 구분하였으며, 만성질환 수는 0개에서부터 1-2개, 3-4개, 5개 이상으로 구분하였다. 입주기간은 1-2년, 3-4년, 5년 이상으로 하였으며, 요양등급은 1

등급, 2등급, 3등급, 기타 등으로 구성하였다.

2.3.1 삶의 질

삶의 질은 삶에 대한 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태를 의미하여[10], 신체적, 정신적 및 사회-경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태이다 [11]. 삶의 질은 No[11] 가 개발한 47개 문항을 Kwon[12]의 연구에서 재구성된 21문항의 삶의 질 측정도구를 사용하였다. 영역별로는 신체상태와 기능관련 내용 4문항으로 ‘요즘 외모에 대해 만족하십니까?’, ‘요즘 활기상태(기운, 기력, 힘)에 만족하십니까?’, ‘요즘의 활동상태(걷기, 계단 오르기, 버스타기, 앉기)에 만족하십니까?’, ‘배뇨와 배변상태에 만족하십니까?’ 등으로 구성되어 있으며, 대인관계 관련 5문항으로 ‘형제나 친척관계에 만족하십니까?’, ‘친구관계에 만족하십니까?’, ‘취미, 오락, 여가활동에 대해 만족하십니까?’, ‘가정에서 차지하는 위치에 대해 만족하십니까?’, ‘자녀와의 관계에 대해 만족하십니까?’ 등으로 구성되어 있고, 경제생활관련 내용은 4문항으로 ‘노후생활 준비 정도에 대해 만족하십니까?’, ‘가족 전체 월수입에 대해 만족하십니까?’, ‘요즘 임무를 잘 수행하고 있는 편입니까?’, ‘의복 등의 생활 수준에 대해서 만족하십니까?’ 등으로 구성되어 있다. 정서 상태 관련 내용은 4문항으로 ‘불안감을 느끼십니까?’, ‘요즘 걱정거리가 많습니까?’, ‘요즘 쉽게 패배감(뒤처진감)을 느끼십니까?’, ‘요즘 우울함을 느끼십니까?’, 등으로 구성되어 있고, 자아 존중감 관련 내용은 4문항으로 ‘요즘 마음이 평온하십니까?’, ‘남들만큼 가치 있는 사람이라고 생각하십니까?’, ‘요즘 환경변화에 잘 적응하고 있는 편입니까?’, ‘의욕적인 생활을 하고 있는 편입니까?’ 등으로 총 21문항으로 구성되었다. 측정은 Likert 5점 척도를 사용하여 5점 척도를 사용하여 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로 구성되었으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미 한다. 개발 당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 계수는 .94이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's α 계수는 .92 이었다.

2.3.2 건강상태

건강상태에 관한 변수로는 주관적인 건강상태는 매우 좋다, 좋다, 보통이다, 좋지 않다, 매우 좋지 않다고 구분하였고, 신체의 부자유 유무, 눈, 귀, 치아의 부자유 유무, 건강증 유무, 만성질환 유무 등을 조사하였다. 설문

문항으로는 ‘현재 시력은 어떻습니까?’, ‘현재 귀의 듣는 능력은 어떻습니까?’, ‘현재 치아 상태는 어떻습니까?’로 하여 ‘좋다와 부자유하다로 구분하였고, 건망증 유무는 ‘평소 건망증은 있습니까?’로 하여 ‘있다와 없다로 구분하였다. 수면상태는 대상자의 수면과 관련된 문항으로 총수면시간과 수면의 상태를 평가 하였다. 구체적으로 ‘하루 동안 총 수면시간이 몇 시간입니까?’, ‘잠은 충분히 주무신다고 생각하십니까?’로 총 수면시간과 수면을 충분히 취하고 있는지를 평가했으며, ‘충분하다, 충분하지 않다로 구성 하였다. 수면시간 정상수면을 총 수면시간이 6-8시간으로 하였고, 수면장애는 5시간이하 혹은 9시간 이상으로 하였다. 이는 미국수면의학 아카데미(American Academy of sleep Medicine)의 수면장애를 총 수면시간이 5시간이하, 9시간이상으로 규정한 근거로 하여 범주화 하였다.

2.3.3 신체적 기능

2.3.3.1 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living, ADL)

일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL) 측정은 Lawton과 Brody[13] 가 개발한 일상생활수행능력 측정도구를 Won 등[14]에 의해 우리나라 노인에게 적합하도록 변안된 한국형 일상생활수행능력(Korean Activities of Daily Living, K-ADL) 도구를 사용하였다. 총 13문항으로 3점 척도를 사용하였으며, 옷 입기, 세수하기, 목욕, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 타기, 화장실 사용하기, 대변조절하기, 소변조절하기 등을 확인하였다. 점수가 낮을수록 일상생활활동정도가 낮은 것을 의미 하며, 전 항목에서 ‘완전자립’을 응답한 경우를 ‘독립’으로 분류하고, 한 가지 항목이라도 ‘부분도움’ 또는 ‘완전도움’으로 응답한 경우를 ‘의존’으로 분류하였다. 개발당시 신뢰도 Cronbach's α 값은 .94이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .89이었다.

2.3.3.2 도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)

도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)은 Lawton과 Brody[13] 가 개발한 도구적 일상생활수행능력 측정도구를 Won 등[14]에 의해 개발한 한국형 도구적 일상생활수행능력(Korean

Instrumental Activities of Daily Living, K-IADL) 도구를 사용하였다. 신체적 자립보다 상위수준에 있는 활동능력을 측정하는 도구적 일상생활수행능력은 지역사회에서 독립적 생활을 유지할 수 있는지를 결정하기에 중요한 측정변수이다. 총 10문항으로 3점 척도를 사용하여 ‘완전자립’, ‘부분도움’, ‘완전도움’으로 측정하였으며, 집안일 하기, 근거리 외출하기, 버스나 택시타고 외출하기(장거리외출), 자신의 취사준비하기, 일상생활에 필요한 물품사기, 금전관리(용돈, 통장 공과금 및 재산관리), 약 챙겨먹기, 전화 걸고 받기, 빨래하기, 몸담장하기 등을 확인하였으며, 점수가 낮을수록 도구적 일상생활수행능력이 낮은 것을 의미한다. 도구적 일상생활수행능력 독립 군과 의존 군으로 분류 시에는 전 항목에서 ‘완전자립’을 응답한 경우를 ‘독립’으로 분류하고, 한 가지 항목이라도 ‘부분도움’ 또는 ‘완전도움’으로 응답한 경우를 ‘의존’으로 분류하였다. 개발당시 신뢰도 Cronbach's α 값은 .94이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .88이었다.

2.3.4 정신적 기능

2.3.4.1 우울

노인 우울여부를 측정하기 위하여 Kee[15] 가 한국의 문화적 특성에 맞게 변안하여 단축시킨 한국판 노인 우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korean Version, GDSSF-K)을 사용하였다. 총 15문항으로 되어 있으며, ‘예’, ‘아니오’로 응답하게 하였고, ‘예’인 경우는 1점, ‘아니오’인 경우는 0점으로 하였다. 문항 중 5개 문항은 긍정적인 문항, 10개 문항은 부정적인 문항으로 구성되어 있다. 구체적으로 ‘자신의 삶에 대해 만족 하십니까?’, ‘항상 행복하다고 느끼고 있습니까?’ 등으로 구성되어 있으며, 부정적인 문항으로는 ‘지금까지 해온 일이 흥미가 없어서 그만 두었습니까?’, ‘자신의 삶이 허무하다고 느끼니까?’, ‘기억력이 떨어졌다고 생각 하십니까?’ 등으로 ‘예’인 경우는 1점으로 처리 하였고, 긍정적인 내용의 5문항에 대한 응답은 역 점수화 하여 산출하였다. 점수가 높을수록 우울이 높은 것을 의미 하며, 우울군의 분류는 Sheikh와 Yesavage[16] 의 분류 방법으로 측정 점수 5점 이상은 우울 군으로 5점미만은 정상 군으로 분류하였다. GDSSF-K의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .88이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .85이었다.

2.3.4.2 인지기능

인지기능 측정은 Folstein등이 개발한 간이 정신상태 검사(Mini Mental State Examination; MMSE)를 Kwon과 Park[17]이 우리나라 노인들에게 적합하도록 개발한 한국판 간이 정신상태 검사도구(Mini Mental State Examination- Korea; MMSE-K)를 사용하였다. K-MMSE는 한국 노인들에게 적용할 수 있도록 표준화한 것으로 총 점수는 30점이며, 점수가 높을수록 인지기능이 좋은 것을 의미 한다. 내용은 시간과 장소에 대한 지남력, 기억동록, 기억회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단력 등의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 ‘예’, ‘아니오’로 대상자의 반응에 따라 맞으면 1, 틀리면 0점으로 처리 하였고, 무학인 경우 시간에 대한 지남력 1점, 주의 집중 및 계산 2점, 언어기능 1점을 가산하여 계산하였다. 24점 이상은 정상으로 판단하며, 20-24점은 인지기능장애 의심으로 10-20점은 인지기능 장애로 분류 하였으며, 10점 이하는 중증 치매로 분류하며[17], 본 연구에서는 24점 이상을 정상군, 24점 미만을 인지기능 장애군으로 분류하였다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .86이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .86이었다.

2.3.5 사회적요인

2.3.5.1 사회적지지

사회적 지지 측정은 구조적 지지와 기능적 지지로 구분하여 측정하였다. 구조적 지지는 Tracy와 Whittaker[18]가 고안한 7개유형의 사회관계망지도(Social Network Map)를 Pyun[19]이 재구성한 것을 사용하였다. 시설노인은 가족과 사회로부터 떨어져 생활하게 되기 때문에 제한된 수준의 사회적지지 망 정도를 측정하기 위해 노인의 배우자, 아들/며느리, 딸/사위, 형제/자매, 손 자녀/친척, 친구/이웃의 6개 유형의 주요 사회적 관계망에 대한 접촉 빈도를 측정하였다. 접촉빈도에 관한 구성은 접촉대상자를 거의 만나지 않을 경우 1점, 연1-2회 만날 경우 2점, 월 1-2회는 3점, 주 1-2회는 4점, 주 3-4회 이상은 5점으로 하여 계산 하였다. 점수 값이 클수록 사회적 접촉 빈도가 높은 것을 의미 한다. 기능적 지지는 사회관계망의 기능적 속성을 측정하고 있는 Winefield[20]의 다면적 지지척도(Multidimensional Support scale)의 사회적 지지척도를 재구성하여 Pyun[19]이 사회적지지의 느끼는 정도를 측정할 항목을

사용하였다. 문항은 정서적지지, 도구적지지, 평가적 지지의 문항으로 구성되었으며 구체적인 문항은 ‘내가 사랑받고 있다고 느끼게 해준다’, ‘내가 생활을 잘 할 수 있도록 격려해 준다’, ‘나에게 물질적(음식, 돈, 옷 등)으로 도움을 준다’, ‘내가 아플 때 몸부축, 잔심부름, 식사 등을 도와준다’, ‘나의 능력이나 자질에 대해 칭찬 해 준다’, ‘내가 고민하는 문제를 기꺼이 들어준다’ 등으로 구성되었다. 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘그렇지 않다’, ‘보통이다’, ‘그렇다’, ‘매우 그렇다’,로 총 7문항으로 5점 척도로 측정 하였다. 본 연구에서는 구조적지지와 기능적 지지의 값을 합한 점수를 사회적지지로 하였으며, 중앙값(Median)을 기준으로 크기를 결정하여 낮은 군(low group)과 높은 군(high group)으로 분류 하였고, 점수 범위는 0-60점으로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높은 것으로 해석된다. 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .85이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α 값은 .89이었다.

2.4 자료 분석방법

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0 통계 프로그램을 이용하여 통계 처리 하였다. 대상자의 인구사회학적 특성과 건강상태 및 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지에 따른 삶의 질의 차이를 알아보기 위하여 빈도 분석, t-test와 ANOVA를 사용하였고, 인구사회학적 특성과 건강상태 및 신체적, 정신적 기능, 사회적 지지 특성들과 삶의 질과의 상관관계는 Pearson's correlation을 이용하였고, 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인을 설명하기 위해 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression)을 실시하였다. 모든 통계량의 유의 수준은 $p < .05$ 로 하였다.

3. 연구 결과

3.1 인구사회학적 특성, 건강상태 특성별 삶의 질

전체 조사대상 노인의 인구사회학적 특성, 건강상태 특성별 삶의 질은 Table1과 같다. 총 260명의 노인요양 시설 노인의 성별로는 남자가 53명(20.4%), 삶의 질은 59.98 ± 8.06 로 나타났고, 여자는 207명(79.6%), 삶의 질은 59.95 ± 7.86 으로 나타났다. 연령별로는 65-74세 군(49명, 18.8%, 61.28 ± 7.02)이 85세 이상 군(36명, 33.1%,

Table 1. Quality of life according to the sociodemographic characteristics (N=260)

Variables	n	%	Quality of Life			
			M±SD	t/F	p	
Gender	Male	53	20.4	59.98±8.06	-2.0	.653
	Female	207	79.6	59.95±7.86		
Age(year)	65-74	49	18.8	61.28±7.02	1.52	.219
	75-84	125	48.1	60.17±7.28		
	≥85	36	33.1	58.89±9.17		
Education	No education	141	54.2	59.72±7.93	1.90	.151
	≤Elementary school	85	32.7	59.38±8.02		
	≥Middle school	34	13.1	62.38±7.09		
Religion	Protestant	119	45.8	61.03±6.25	2.34	.074
	Roman catholic	15	5.8	60.13±8.60		
	Buddhism	40	15.4	60.57±8.55		
	Others	86	33.1	58.16±9.18		
Number of chronic diseases	0	17	6.5	59.82±8.04	.360	.782
	1-2	195	75.0	59.72±8.37		
	3-4	44	16.9	61.09±5.62		
	≥5	4	1.5	59.75±3.68		
Duration of nursing home(year)	1-2	127	48.8	58.66±8.90	3.73	.025
	3-4	69	26.5	61.72±7.27		
	≥5	64	24.6	60.62±5.73		
Long-term care service	Grade I	19	7.3	56.73±11.36	1.24	.295
	Grade II	91	35.0	59.89±6.73		
	Grade III	140	53.8	60.37±8.03		
	Others	10	3.8	60.90±7.41		
Total	260	100.0		59.96±7.88		

58.89±9.17)보다 높았다. 학력별로는 무학 군(141명, 54.26%, 59.72±7.93)보다 중학교 이상 학력 군(34명, 13.1%, 62.38±7.09)이 높았다. 종교는 기독교가 119명(45.8%, 61.03±6.25)으로 종교가 없거나 기타로 분류된 군(86명, 33.1%, 58.16±9.18) 보다 높았다($p=.074$). 대상자의 만성질환 개수에서는 1-2개의 만성질환 보유군(195명, 75%, 59.72±8.37)보다 3-4개 보유군(44명, 16.9%, 61.09±5.62)이 삶의 질이 높게 나타났고 통계적으로 유의하지 않았다. 요양시설 입소기간은 입소한지 3-4년인 경우(69명, 26.5%, 61.72±7.27) 입소한지 1-2년인 경우(127명, 48.8%, 58.66±8.90)보다 삶의 질 평균이 높게 나타났($p=.025$). 요양등급은 1등급(19명, 7.3%, 56.73±11.36) 보다 요양등급 3등급(140명, 53.8%, 60.37±8.03)과 기타 등급에서 높게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다($p=.295$)(Table 1).

3.2 건강상태 및 신체적 기능별 삶의 질

건강상태 및 신체적 기능별 삶의 질의 평균 점수는 Table 2와 같다. 주관적인 건강상태에서는 주관적인 건강상태가 매우 좋다는 군(64.83±6.11)이 좋지 않다는 군

(56.08±12.91)보다 삶의 질이 높았다($p=.003$). 신체적인 부자유함이 없다는 군(38명, 14.6%, 63.10±7.25)은 신체적인 부자유함이 있다는 군(222명, 85.4%, 59.42±7.88)보다 삶의 질이 높았다($p=.008$). 귀의 부자유함이 없다는 군(122명, 46.9%, 60.91±7.56)은 귀의 부자유함이 있다는 군(138명, 53.1%, 59.11±8.09)보다 삶의 질이 높았으며, 치아의 부자유함이 없다는 군(70명, 26.9%, 61.97±7.20)은 치아의 부자유함이 있다는 군(190명, 73.1%, 59.22±8.01)보다 삶의 질이 높았다($p=.012$). 건망증이 없다는 군(19명, 7.3%, 63.31±6.67)은 건망증이 있다는 군(241명, 92.7%, 60.06±7.81)보다 삶의 질이 높았다($p=.054$). ADL이 독립적인 군(19명, 7.3%, 60.06±7.81)은 의존적인 군(241명, 92.7%, 58.07±9.15)보다 높았으며, IADL은 독립적인 군(4명, 1.5%, 61.75±2.62)은 의존적인 군(256명, 98.5%, 59.93±7.94)보다 삶의 질이 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다. 수면의 질 평가에서 수면상태가 좋다는 군(227명, 87.3%, 60.80±6.97)은 수면상태가 나쁘다는 군(33명, 12.7%, 55.95±10.49)보다 삶의 질이 높았고 통계적으로 유의하였다($p<.001$)(Table 2).

Table 2. Quality of life according to the health states and physical functions (N=260)

Variables		n	%	Quality of Life		
				M±SD	t/F	p
Subjective health status	Very good	6	2.3	64.83±6.11	4.20	.003
	Good	43	16.5	63.13±5.81		
	Fair	121	46.5	60.09±6.80		
	Poor	78	30.3	58.21±8.91		
	Very poor	12	4.6	56.08±12.91		
Visual acuity	Good	124	47.7	59.99±8.72	.004	.953
	Poor	136	52.3	59.93±7.06		
Hearing ability	Good	122	46.9	60.91±7.56	3.41	.066
	Poor	138	53.1	59.11±8.09		
Mastication ability	Good	70	26.9	61.97±7.20	6.34	.012
	Poor	190	73.1	59.22±8.01		
Forgetfulness	Yes	241	92.7	59.69±7.92	3.74	.054
	No	19	7.3	63.31±6.67		
ADL	Independent	241	92.7	58.07±9.15	.849	.358
	Dependent	19	7.3	60.06±7.81		
IADL	Independent	256	98.5	59.93±7.94	.208	.649
	Dependent	4	1.5	61.75±2.62		
Sleep time	Normal	102	39.2	60.38±7.07	.477	.491
	Sleep disorder	158	60.8	59.68±8.38		
Evaluation of sleep quality	Good	227	87.3	60.80±6.97	14.78	<.001
	Poor	33	12.7	55.95±10.49		
Total		260	100.0	59.96±7.88		

Table 3. Quality of life according to the cognitive functions and social support levels (N=260)

Variables	M±SD	Range	n	%	Quality of Life		
					M±SD	t/F	p
Depression	8.24±3.11	1-15	52	20	62.67±9.17	7.88	.005
			208	80	59.28±7.40		
Cognitive function	12.58±7.22	4-30	24	9.2	62.58±6.30	3.48	.017
			236	90.8	59.69±7.99		
Social support	5.69±6.18	17-58	116	44.6	57.50±8.09	22.05	<.001
			144	55.4	61.94±7.51		
Total			260	100.0			

3.3 정신적 기능, 사회적 지지 수준별 삶의 질
 정신적 기능, 사회적 지지에 따른 삶의 질의 평균 점수는 Table 3과 같다. 삶의 질의 점수 범위는 21-83점으로 전체 평균값은 59.96±7.88으로 나타났다. 우울은 점수 범위가 1-15점으로 평균값은 8.24±3.11로 나타났으며, 정상 군(52명, 20%, 62.67±9.17)은 우울 군(208명, 80%, 59.28±7.40) 보다 삶의 질이 높았다($p=.005$). 인지기능은 점수 범위가 4-30점으로 평균값은 12.58±7.22로 나타났다으며, 정상 인지기능 군(24명, 9.2%, 62.58±6.30)은 인지장애군(236명, 90.8%, 59.69±7.99)보다 높았다

($p=.017$). 사회적 지지는 점수 범위가 17-58점으로 평균값은 35.69±6.18로 나타났으며, 사회적 지지가 높은 군(144명, 55.4%, 61.94±7.51)은 사회적 지지가 낮은 군(116명, 44.6%, 57.50±8.09)보다 삶의 질이 유의하게 높았다($p<.001$)(Table 3).

3.4 건강상태, 신체적, 정신적 기능 및 사회적 지지와 삶의 질과의 관련성

전체 조사대상자의 삶의 질과 건강상태, 신체적 기능, 우울, 인지기능, 사회적 지지 간의 상관관계를 보면

Table 4. Correlations of quality of life and health conditions, physical and cognitive functions, and social supports (N=260)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
1. Duration of nursing home(year)	1								
2. Evaluation of sleep quality	-.12 (.070)	1							
3. Subjective health status	-.02 (.748)	.069 (.267)	1						
4. Mastication ability	.032 (.607)	.101 (.104)	.305 ($<.001$)	1					
5. Forgetfulness	.06 (.298)	-.018 (.769)	-.236 ($<.001$)	-.196 ($<.001$)	1				
6. Depression	-.006 (.923)	.142 (.022)	.035 (.575)	.256 ($<.001$)	-.036 (.566)	1			
7. Cognitive function	.042 (.501)	-.092 (.141)	-.179 (.004)	-.218 ($<.001$)	.307 ($<.001$)	-.176 (.004)	1		
8. Social support	-.23 ($<.001$)	-.058 (.354)	-.069 (.266)	-.063 (.315)	-.036 (.560)	-.201 ($<.001$)	.160 (.010)	1	
9. Quality of Life	.123 (.048)	-.205 ($<.001$)	-.246 ($<.001$)	-.155 (.012)	.120 (.054)	-.303 ($<.001$)	.174 (.005)	.305 ($<.001$)	1

Table 5. Prediction of quality of life (N=260)

Variables	B	SE	Beta	t	p-value	R ²	Adjusted R ²
Constant	46.077	2.73		16.82	$<.001$		
Social support	.389	.076	.305	5.145	$<.001$.093	.092
Depression	-.634	.149	-.250	-4.261	$<.001$.153	.146
Subjective health status	-2.065	.523	-.221	-3.946	$<.001$.201	.192
Duration of nursing home(year)	1.763	.542	.184	3.256	$<.001$.233	.221
Evaluation of sleep quality	-2.950	1.313	-.125	-2.247	.025	.248	.233
R ² =.248, Adj R ² =.233, p $<.001$							

Note; Dummy variables=Evaluation of sleep quality(Good/Poor)

Table 4와 같다. 입주기간은 사회적 지지($r=-.23$, $p<.001$)와 음의 상관관계를 삶의 질($r=.12$, $p=.048$)과는 양의 상관관계로 나타났다. 수면의 질 평가는 삶의 질($r=-.20$, $p<.001$)과 음의 상관관계로 나타났고, 주관적 건강상태는 치아의 부자유함($r=.30$, $p<.001$)과는 양의 상관관계를, 건망증($r=.23$, $p<.001$)과 유의한 양의 상관관계를 나타냈으며, 인지기능($r=-.17$, $p=.004$), 삶의 질($r=-.24$, $p<.001$)과 음의 상관관계로 나타났다. 치아의 부자유함은 우울($r=.25$, $p<.001$)과 양의 상관관계를, 건망증($r=-.19$, $p<.001$), 인지기능($r=-.21$, $p<.001$), 삶의 질($r=-.15$, $p=.012$)과 음의 상관관계로 나타났다. 건망증은 인지기능($r=.30$, $p<.001$)과 유의한 양의 상관관계로 나타났으며, 우울은 인지기능($r=-.17$, $p=.004$), 사회적지지($r=-.20$, $p<.001$), 삶의 질($r=-.30$, $p<.001$)과 유의한 음의 상관관계로 나타났다. 인지기능은 삶의 질($r=.17$, $p=.005$)과 사회적 지지는 삶의 질($r=.30$, $p<.001$)과 유의

한 양의 상관관계로 나타났다. 즉, 삶의 질은 수면상태, 주관적 건강상태, 우울, 사회적 지지와 유의한 상관관계로 나타났다(Table 4).

3.5 삶의 질 관련 예측요인

조사대상자의 삶의 질 관련 예측요인을 알아보기 위하여 삶의 질을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 단변량 분석에서 유의하였던 입소기간, 수면상태, 주관적 건강상태, 치아의 부자유함, 건망증유무, 우울, 인지기능, 사회적 지지 등의 변수를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 이 중 범주형 변수는 수면상태, 치아의 부자유함, 건망증 유무 등은 가변수(dummy variable)로 더미변수로 처리하여 실시하였다. 독립변수에 대한 회귀분석의 기본가정을 검증하기 위하여 잔차의 정규성, 다중 공선성을 진단하였으

며, 독립변수에 대한 입력변수들 간의 상관정도가 높은 상태인 다중 공선성(Multicollinearity) 여부를 확인하기 위하여 분산팽창계수(Variance inflation factor, VIF) 값을 분석하였다. 분산팽창계수(Variation Inflation Factor, VIF)가 1.078-1.142로 기준인 10.0을 넘지 않았고, 공차한계(Tolerance)도 0.610-0.900로 1.0이하로 나타났으며, 더빈-왓슨(Durbin-Watson)의 통계량은 1.623으로 2.025-1.532범위 기준 값인 2에 가깝고, 0또는 4에 가깝지 않으므로 오차항의 독립성 가정을 만족하였고, 표준화 잔차의 산점도 결과 일정한 패턴을 그리지 않고 불규칙하게 분포되어 잔차의 등분산 가정을 만족하고, 자기상관의 문제는 없는 것으로 나타나 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다. 다중회귀분석결과 삶의 질 관련 예측요인으로는 사회적지지($\beta=0.30, p<.001$), 우울($\beta=-.25, p<.001$), 주관적 건강상태($\beta=-.22, p<.001$), 입소기간($\beta=.18, p<.001$), 수면상태($\beta=-.12, p=.025$) 등으로 요양시설 노인의 삶의 질에 대한 이들 요인의 모형 설명력을 나타내는 수정된 결정계수(Adj R²)값이 .23으로 나타나 이들 변수의 설명력은 23%이었다(Table 5).

4. 논의

본 연구는 일 지역 요양시설 입소 노인을 대상으로 삶의 질 예측 요인을 파악하고자 하였다. 삶의 질과의 유의한 관계를 보였던 변수들을 투입하여 삶의 질에 미치는 영향력을 규명하였다. 결과를 살펴보면, 연구 대상자인 노인 요양시설 노인의 분포는 남자 53명(20.4%), 여자 207명(79.6%)으로 여자가 많았으며, 삶의 질 평균은 남녀의 차이가 없었다. 종교에서는 기독교 등 종교를 가지고 있는 노인이 종교가 없는 노인에 비해 삶의 질이 높게 나타났는데, 종교 활동은 요양시설의 무기력한 생활 중 긍정적인 심리상태나 행복함을 느끼게 해주며 [7](Seomun, 2010), 노인들이 죽음이나 불안을 감소시키고, 자기 존중감, 삶의 질을 향상시키는 역할 [21](Moon & Byun, 2012)을 한다고 보고되고 있다. 이러한 결과가 노인 인구의 특성으로 인한 것인지는 연구가 더 필요하리라 본다. 입소기간에서는 입소한지 1-2년 된 노인이 전체의 48.8%이며, 3-4년 된 노인이 26.5%이지만 삶의 질은 3-4년 된 노인의 경우가 높았다. 이는 요양시설 입소 초기 가족과 격리되고 접촉이 줄어들게 되

는 환경에서 외로움 등을 더 느끼게 되면서, 노인들의 부정적 심리상태가 더 증가해[22] 삶의 질이 낮아지는 결과가 나타났을 것으로 생각된다.

건강상태에서는 주관적 건강상태가 좋은 군에서 건강상태가 좋지 않다는 군보다 삶의 질이 높았다. 기존의 연구에서도 노인자신의 건강에 대한 주관적인 평가가 삶의 만족을 결정하는 요인[23]으로 보고되었다. 결국, 노인에게 있어서 건강상태와 건강악화는 신체적 고통뿐만 아니라 정신적, 사회적 문제도 일으키며, 삶의 질에 중요한 영향을 미치고 있는 것으로[24] 알 수 있다. 치아의 부자유함 유무에서는 치아의 부자유함이 있다는 군보다 치아의 부자유함이 없다는 군이 삶의 질이 높게 나타났다. 치아의 부자유함은 치아상실과 잔존치아, 우식치아, 동요치아의 수 등의 구강건강상태에 영향을 받는 것으로[25] 노인의 치아 상실은 발음과 외형적 변화는 물론 식생활의 불편감 등으로 삶의 질 저하에 직접적으로 영향을 주게 되므로[25], 노인의 삶의 질을 유지하기 위해 치아 상태를 확인하고 요양시설 노인을 위한 구강건강 관리 프로그램 개발 및 바람직한 고령 치아관리를 위한 의료와 복지 통합정책 설정과 전략 마련이 필요하다고 사료 된다.

일상생활수행능력(ADL)에서는 의존적인 군이 전체의 92.7%로 나타났으며, 의존적인 군 보다 독립적인 군이 삶의 질이 높게 나타났다. 기존의 연구에서는 일상생활수행능력은 삶의 질과 관련이 있는 것으로 보고[23] 하였지만, 본 연구에서는 삶의 질 평균은 높았으나 통계적으로 유의하지 않아 다소 차이가 있었다. 이러한 결과는 측정도구나 연구자에 따라 다소 차이를 보이며, 일상생활로부터 격리된 생활을 하는 노인요양시설 입소 노인의 일상생활수행능력은 시설 내에서의 안전 문제로 활동제한 및 독립성 제한이 측정에 영향을 미치고 있어 측정시 기능상태가 감소된 입소 노인들에게 적합한 측정도구로 세분화된 분류기준에 의한 추후 반복 및 확대 연구가 필요하다고 생각한다.

수면상태에서도 수면의 질 상태가 좋다는 군에서 삶의 질이 높게 나타났다. 수면은 중요한 휴식의 방법의 하나로 충분한 수면을 취하지 못하면 일상생활활동에 장애를 받으며, 수면장애가 심할수록 삶의 질도 낮게 나타난다는 Jung과 Jeon[26]의 연구와 일치 하였다. 그러므로 노인의 삶의 질을 높이기 위한 간호 중재로 수면양상 및 수면상태 등을 잘 관리하고 적극적인 수면증진을 위한 교육 및 적용이 필요할 것으로 보인다.

노인의 정신적 기능 중 중요한 요인인 우울은 전체 입소노인의 80%가 우울 군으로 나타났으며, 삶의 질 평균은 정상 군이 우울 군 보다 삶의 질이 높게 나타났다. 기존의 연구에서도 노인 우울은 건강상태, 수면장애 등에 영향을 미치고, 우울이 높을수록 삶의 질이 낮아진다고 [28]하였다. 또한 기존연구의 노인요양시설 노인 대상의 우울 군의 분포는 72.3%로 나타나[27]) 본 연구가 80%로 높은 우울 군으로 나타났다. 이처럼 높은 우울 군으로 나타나는 것은 치매, 우울증, 뇌졸중 등으로 요양시설에 입소한 노인들이 새로운 변화에 적응하는 과정에서 부정적인 정서 상태가[22] 되기도 하고, 노화과정에서 유발되는 다양한 상실에 대해 자신이 통제할 수 없음을 지각하면서 이에 대한 심리, 정서적 문제들로 인해 우울이 높게 나타나는 것[29]으로 예측해 볼 수도 있다.

정신적 기능의 심각한 또 하나의 문제는 인지기능인데, 본 연구에서도 인지기능장애가 높게 나타났다. 인지 기능 장애는 생활의 부작용과 문제행동 및 독립적인 일상생활수행능력의 현저한 감소 등을 일으킨다[30]. 인지 기능과 우울, 삶의 질을 설명한 선행연구에서도 우울이 높아질수록 인지 기능이 낮아지며, 이것은 삶의 전반적 영역에 부정적 영향을 미쳐 삶의 질이 낮아진다[4]고 보고 하였다. 이에 본 연구에서도 요양시설 입소 노인의 삶의 질 측정 시 중증 인지장애나 중증 환자는 응답의 신뢰성을 위해 제외하였지만, 심신기능이 취약한 요양시설에 입소한 모든 노인들을 대상으로 기능을 평가하고, 건강문제와 삶의 질 예측요인을 측정 가능한 표준화된 도구 개발이 필요하다고 생각된다.

사회적 지지와 삶의 질 관련성을 살펴보면, 본 연구에서는 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높았으며, 통계적으로 유의하였다. 기존의 연구에서도 노인들의 사회적 지지는 삶을 긍정적으로 보며, 노년기에 겪는 불안이나 걱정 등의 심리적 부담감을 조절하는 완충역할의 자원으로써 삶의 질에 영향을 미치며, 요양시설 노인들의 사회적 지지는 가족, 친척과의 관계가 중요하다[8]고 하였다. 이러한 결과로 볼 때 노인의 가족과 친지를 포함한 주변인 등과의 정서적으로 만족스러운 관계를 조성하고, 가족, 친지와 상호교류가 부족한 노인들은 가족상담 등 가족프로그램을 활성화시켜 삶의 에너지를 얻고 삶의 질을 높일 수 있는 중재방안으로 제시 할 수 있겠다.

이상과 같은 결과를 종합해 볼 때, 요양시설 노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 예측요인으로는 사회적지지,

우울, 주관적 건강상태, 입주기간, 수면상태 등으로 나타났다. 특히 우울, 수면상태, 사회적 지지 등은 관련성이 높음을 시사하고 있다. 추후 노인요양시설의 삶의 질을 높이기 위한 중재 방법으로는 기능상태가 감소하더라도 정신건강과 스트레스 등을 잘 관리하고, 개인적인 정서적, 심리적 변화를 관리하면 삶의 질을 높일 수 있으며, 특히 노인의 수면상태, 주관적 건강상태, 사회적 지지를 위한 전문적인 프로그램 및 잔존기능 유지와 건강관리를 할 수 있는 간호중재 개발에 대한 접근이 필요하다고 본다. 또한 요양시설들이 최소한 또는 적절한 수준의 삶의 질이 어떻게 반영되고 유지되고 도달할 수 있도록 평가 관리하고, 노인요양시설이 생애를 마지막으로 마감하는 장소가 아닌 삶의 질을 유지하는 장소로 변화시키는 정책적 방향을 구체화할 필요가 있다고 사료 된다.

본 연구의 제한점은 첫째, 일부 노인요양시설에 거주하고 있는 노인들을 대상으로 한 연구로서 연구 결과를 일반화 시키는 데는 한계가 있다. 둘째, 본 연구는 취약한 노인군인 요양시설 노인으로, 노인들의 삶의 질과 각 요인들과의 관련성을 알아보는 것은 가능하지만 인과관계를 알아보는 것은 무리가 있다고 생각된다. 추후 삶의 질 예측요인에 대한 총체적인 접근을 위해 더 많은 대상자에 장기간에 걸친 반복 연구가 필요하다.

5. 결론

본 연구는 요양시설 노인들의 삶의 질과 건강상태, 신체적 기능, 정신적 기능, 사회적 지지의 관련성을 파악하고자 실시하였다. 연구대상자는 일부 도시 지역에서 요양시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 분석대상은 260명 이었고, 자료는 기술적 통계, t-tset, ANOVA, pearson correlation과 stepwise multiple regression으로 분석 하였다. 그 결과 매우 취약한 대상군인 요양시설 노인들의 삶의 질은 입주기간과 수면상태가 만족스러운 경우, 주관적 건강상태가 높은 경우, 치아부자유함이 없는 경우, 건망증이 없는 경우, 우울이 낮을수록, 인지기능이 좋을수록, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질 평균이 높게 나타났다. 삶의 질과의 상관관계에서는 수면상태($r=-.20, p<.001$)와 주관적 건강상태($r=-.24, p<.001$), 우울($r=-.30, p<.001$), 사회적 지지($r=.30, p<.001$)

와 상관관계가 있었다. 요양시설 노인들의 삶의 질 예측 요인으로는 사회적지지($\beta=.30, p<.001$), 우울($\beta=-.25, p<.001$), 주관적 건강상태($\beta=-.22, p<.001$), 입소기간($\beta=-.22, p<.001$), 수면상태($\beta=-.12, p=.025$)가 삶의 질과 밀접하게 관련되고 예측요인임을 알 수 있다.

결론적으로, 요양시설 노인들의 삶의 질은 여러 요인이 관련되어 있으며, 삶의 질에 대한 간호중재 및 관리는 신체적 활동이나 질병관리와 함께 정신적, 사회적 접근이 필요하며 노인의 개별적 이해를 중점으로 전인적 접근이 중요하다고 하겠다.

References

- [1] H. A. Han. "Study on the Urban Elderly's Quality of Life in Korean Society", *Social Welfare Policy*, Vol. 19, pp. 113-142, 2004.
- [2] L. Sury, K. Burns, H. Brodaty. "Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families", *International Psychogeriatrics*, Vol. 25, No. 6, pp. 867-876, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000057>
- [3] J. S. Nam, J. H. Yang, "Factors influencing on depression of frail elderly with chronic disease in long-term care hospitals", Paper presented at the meeting of the Korean Society of Nursing Science, Seoul, 2012.
- [4] T. Kwok, R. S. Lo, E. Wong, T. Wai-Kwong, V. Mok, W. Kai-Sing. "Quality of life of stroke survivors A 1-year follow-up study", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 87, No. 9, pp. 1177-1182, 2006.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2006.05.015>
- [5] G. V. Padilla, M. M. Grant. "Quality of life as a cancer outcome variable", *Americans Nursing*, Vol. 8, pp. 1177-1182, 1985.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-198510000-00007>
- [6] F. J. Carod-Artal, & J. A. "Egido. Quality of life after stroke; The importance of a good recovery," *Cerebrovascular Disease*, Vol. 27(Suppl, 1), pp. 2014-214, 2009.
- [7] J. A. Seomun. "study on the relation between religion and depression/ quality of life for the elderly people," *Church Social Work*, Vol. 12, pp. 67-95, 2010.
- [8] S. Yoo, "The context of perceived and desired social support among Korean older adults," *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 18, No. 1, pp. 47-55, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2012.672751>
- [9] J. Cohen. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*(2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998.
- [10] N. M. Bradburn, *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine, 1967.
- [11] Y. J. No. "(An)Analytical study on the quality of life of the middle-aged in Seoul," [dissertation], [Seoul], Yonsei university, 1988.
- [12] J. I. Kwon. "The influence of lifestyle of aged peple on health & life satisfaction," Department of Health and Welfare for the Elderly Graduate School of Daegu Haany University, Gyeongbuk, Korea. 2011.
- [13] M. P. Lawton, E. M. "Brody. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living," *The Gerontologist*, Vol. 9, No. 3, pp. 179-186, 1969.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3.Part.1.179>
- [14] C. W. Won, K. Y. Yang, Y. G. Rho, S. Y. Kim, E. Lee, J. L. Yoon, et al. "The development of korean activities of daily living(K-ADL) and korean instrumental activities of daily living(K-IADL) scale," *Journal of Korean Geriatrics society*, Vol. 6, No. 2, pp. 107-120, 2002.
- [15] B. S. Kee, "A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version," *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol. 35, No. 2, pp. 298-307, 1996.
- [16] J. A. Sheikh, J. A. Yesavage. "Geriatric depression scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version clinical gerontology; A guide to assessment and intervention," New York, NY: Haworth Press, p. 165, 1986.
- [17] Y. C. Kwon, J. H. Park. "Korean version of min9i-mental the test for the elderly," *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, Vol. 28, No. 1, pp. 125-131, 1989.
- [18] E. M. Tray, J. K. Whittaker. "Families in Society," *The Journal of Contemporary Human Services*, Vol. 71, No. 8, pp. 461-470, 1990.
- [19] H. S. Pyun. "(The) effect of social support on depression and self-esteem of the elderly living in the unreported residential facility," Chung-Ang University doctorate thesis, 2005.
- [20] H. R. Winefield, A. H. Winefield, M. Tiggeman. "Social support Psychological Assessment Scale," *Journal of Personality Assessment*, Vol. 58, pp. 198-210, 1992.
DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_17
- [21] T. E. Moon, S. H. Byun, "A study of their death anxiety,

self appearance and life quality by the religious activities of the aged,” *Asia-Pacific Journal of Business Venturing and Enter parter ship*, Vol. 7, No. 3, pp. 115-120, 2012.

- [22] L. Dahlberg, K. J. McKee, “Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from English community study,” *Aging & Mental Health*. Vol. 18, No. 4, pp. 504-514, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>
- [23] K. R. Shin, Y. S. Byeon, J. W. Oak, “A study on physical symptom, activity of daily living, and Health-Related Quality of Life (HRQoL) in the community-dwelling older adults,” *Journal of Korean Academy of Nursing*. Vol. 38, No. 3, pp. 437-444, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>
- [24] Y. H. Oh, J. E. Seok, J. D. Gwon, J. S. Kim, “Old person's quality of life and policy implications,” *Korea Institute for Health and Social Affairs*, 2005.
- [25] M. A. Shin, G. S. Han, “A study on the health status and oral health-related quality of life in the elderly patients with long-term care,” *Journal of Dental Hygiene*, Vol. 14, No. 3, pp. 379-389, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.17135/jdhs.2014.14.3.379>
- [26] E. S. Jung, M. K. Jeon, “Comparison of the activities of daily living and sleep according to the presence depression in the elderly,” *The Journal of Digital Policy & Management*. Vol. 11, No. 1, pp. 289-297, 2013.
- [27] S. Y. You, Y. R. Tak, “Feeling of Guit depression in family care givers after nursing home placement of older adults,” *Journal of Korean Academy of Nursing*. Vol. 16, No. 3, pp. 276-287, 2014.
- [28] E. Y. Cheon, “Correlation of social network types on health status of korean elders,” *Journal of Korean Academy of Nursing*. Vol. 40, No. 1, pp. 88-98, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.1.88>
- [29] H. M. Kim, Y. H. Choi, “Factors affecting depression elderly vulnerable people living alone,” *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, Vol. 22, No. 4, pp. 355-364, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.4.355>
- [30] A. Bowling, D. Banister, S. Sutton, O. Evan, J. Windor, “A multi dimensional model of the quality of life in older age,” *Aging & Mental Health*, Vol. 6, No. 2, pp. 355-371, 2002.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/1360786021000006983>

김 종 임(Jong-IM Kim)

[정회원]



- 2008년 2월 : 충남대학교 대학원 박사
- 2008년 3월 ~ 2012년 2월 : 대전 보건의대학교 교수
- 2013년 3월 ~ 현재 : 중원대학교 교수

<관심분야>

노인간호, 지역사회 간호, 보건의간호