

## 연하장애 환자의 삶의 질 영향 요인

김주연  
대원대학교 간호학과

### Factors Influencing Swallowing-related Quality of Life in Patients with Dysphagia

Ju-Yeun Kim

Department of Nursing, Daewon University College

**요약** 본 연구는 연하장애 환자의 삶의 질 향상을 목적으로 연하장애 환자의 우울, 사회적 고립감, 생의 의미와 삶의 질 수준을 파악하고, 삶의 질의 영향요인을 확인하고자 시도되었다. 연구대상은 서울, 인천, 경기 지역에 소재한 종합병원과 재활병원 등 8개 기관에서 뇌졸중, 퇴행성 신경계 질환으로 인하여 연하장애가 발생한 환자 총 87명을 대상으로 하였다. 자료수집기간은 2015년 2월부터 4월까지였으며, 연구도구는 CES-D, RULS, PIL, SWAL-QOL을 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 22.0 통계프로그램을 이용하여 기술통계, t-test, ANOVA, Pearson's correlation, Stepwise multiple regression으로 분석하였다. 연구 결과 우울이 있는 군은 대상자의 20.7%였고, 보통 이상의 사회적 고립감을 느끼는 군 92.0%, 실존적 공허상태에 있는 군이 64.4% 였다. 즉, 대다수의 대상자들이 사회적 고립감을 경험하고 실존적 공허상태에 있었으며, 삶의 질의 평균 점수는 158.89(35.97)점이었다. 연하장애 환자의 삶의 질 영향요인을 확인한 결과, 경관급식의 경우가 정상식보다 삶의 질이 유의하게 낮았고( $\beta=0.57, p<.001$ ), 생의 의미가 낮아 실존적 공허상태에 있는 경우( $\beta=0.19, p=.014$ )가 삶의 질이 낮았다. 30-49세의 연령은 80세 이상보다 삶의 질이 높았으며( $\beta=0.26, p=.001$ ), 대학교 수준 이상의 교육수준이 무학에 비해 삶의 질이 높았다( $\beta=0.17, p=.032$ ). 이 중 연하장애 환자의 삶의 질에 가장 많은 영향을 주는 변수는 경관급식이었고( $\beta=0.57, p<.001$ ), 이러한 4개의 변수는 연하장애 환자의 삶의 질에 대해 50.7%( $F=28.84, p=.031$ )의 설명력을 나타냈다. 그러므로 연하장애 환자의 삶의 질을 높이기 위해 생의 의미를 높일 수 있는 중재 프로그램의 개발과 함께, 경관급식 환자의 삶의 질이나 정서 상태를 확인할 수 있는 후속연구가 필요하다.

**Abstract** The purpose of this study was to identify the influence of depression, social isolation, and meaning in life on the swallowing related quality of life in patients with dysphagia. In this study, 87 the dysphagia patients diagnosed with stroke, degenerative disease, and neurological disorder in a general or rehabilitation hospital in Seoul, Gyeonggi, and Incheon were assessed. The data were collected between February and April, 2015 using CES-D, RULS, PIL, SWAL-QOL. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression with SPSS 22.0. Of the participants, 20.7% reported having had depression, 92.0% middle-high social isolation and 64.4% existential vacuum. The mean scores were SWAL-QOL 158.89(35.97). Stepwise multiple regression revealed that tube feeding to have the greatest effect on SWAL-QOL( $\beta=0.57, p<.001$ ), followed in order by age ( $\beta=0.26, p=.001$ ), lower MIL ( $\beta=0.19, p=.014$ ), and education ( $\beta=0.17, p=.032$ ). The most influential factor to SWAL-QOL was tube feeding. These variables accounted for 50.7% of SWAL-QOL in dysphagia patients ( $F=28.84, p=.031$ ). Therefore, it is essential to develop the intervention that can improve the meaning in life in patients with dysphagia. In addition there is a need to study the psychological factors and quality of life of tube feeding.

**Keyword** : Depression, Dysphagia, Meaning in Life, Social Isolation, Swallowing related Quality of Life

\*Corresponding Author : Ju-Yeun Kim(Daewon Univ.)

Tel: +82-43-649-3290 email: kimjuri510@hanmail.net

Received October 12, 2016

Revised (1st November 1, 2016, 2nd November 9, 2016)

Accepted November 10, 2016

Published November 30, 2016

## 1. 서론

### 1.1 연구의 필요성

연하장애(Dysphagia)란 감정적, 인지적, 감각적, 운동적 손상을 원인으로 입에서 위로 음식덩이를 전달하는 경로상의 문제로서[1], 퇴행성신경질환, 뇌종양과 구강, 인후두 종양 등 다양한 질환에서 뿐만 아니라 정상 노화 과정에서도 발생할 수 있다[2]. 연하장애가 있는 환자가 구강섭취를 시행할 경우 음식을 먹거나 마시는 능력이 저하 될 뿐 아니라 영양불량, 흡인성 폐렴 및 기도폐쇄와 같은 심각한 합병증이 초래되어 사망에 까지 이르게 된다[1-3]. 그래서 연하장애가 있는 경우 비위관(Nasogastric tube) 또는 경피 내시경하위루술(Percutaneous endoscopic gastr -ostomy, PEG)을 이용한 경관급식이 연하장애의 치료 지침으로 통상적으로 추천된다[2,4,5]. 그러나 먹고 마시는 일은 인간에게 가장 기본적이며 중대한 욕구 중의 하나이며, 그 나라의 문화와 개인의 정체성을 나타내고 다른 사람과의 사회적 관계를 유지하게 하는 복잡한 활동이라고 할 수 있다[6]. 그러므로 연하장애 환자들이 경관급식으로 생명유지의 기능은 충족되었을지 모르지만, 음식이 주는 다양한 기능의 소실로 인하여 신체적 영역 뿐 아니라 사회적 관계, 정신건강 등 삶의 모든 영역에서 영향을 받게 된다[5-10].

사회적 관계 측면에서의 선행연구 결과를 살펴보면 연하장애 환자는 식사시간동안 흡인이나 질식과 관련된 공포와 분노를 경험하게 되고, 다른 사람과의 식사를 피하게 되면서 사회적 고립감을 느낀다[5-8]. 정서적으로는 우울, 불안, 좌절과 신체상 장애, 자존감 저하 등 부정적 정서를 경험하고, 끊임없는 미각적 욕구를 갈망 하게 된다[6-8]. 게다가 연하장애로 인하여 경관급식이 장기화 될 경우, 식욕상실과 함께 죽음을 준비하는 하나의 과정으로 받아들여 우울증이 심화되며[11], 한순간에 입으로 먹는다는 지극히 평범하고 가장 원초적인 기능조차 수행할 없는 본인의 건강상태를 생명유지와 직결되는 문제로 인식하여[5-6], 정서적으로 위기상황에 직면하게 된다. 그리고 인간은 누구나 위기상황에 직면하게 되면 왜 이런 괴로움이 자신에게 닥쳤는지를 생각하고 자신의 어려운 처지에서 나름대로 뜻과 의미를 찾고자 한다. 여기서 의미(Logos)란, 인간으로서 존재한다는 의미와 더불어 인간 존재의 인간다움을 뜻하는 것이며, 의미를 추구하는 것은 인간의 참된 본질을 실현하는 것을 말한다

[12]. 생의 의미나 목적이 확고하면 어떠한 좌절 속에서도 이를 극복할 수 있는 근본적인 힘이 될 뿐만 아니라 고통경감의 원동력이 되고, 건강한 대처방식을 촉진시킴으로써 삶의 질을 높여준다[12-15]. 특히 위에서 언급한 바와 같이 삶의 모든 영역에서 다차원적인 문제가 발생하는 연하장애 환자를 간호할 때 생의 의미의 평가를 활용하는 것은 삶의 질을 정확히 파악하고 향상시키는 데 도움이 될 것이다.

그러나 연하장애와 관련된 그 동안의 선행 연구들을 살펴보면 삼킴 과정과 관련된 해부학적 구조의 병태, 생리적인 문제 또는 연하장애의 진단 및 사정 방법 등에 대해 단편적으로만 제시하고 있는 실정이다[1,3,16]. 게다가 연하장애 환자의 삶의 질과 삶의 질에 영향을 미치는 심리·사회적 요인을 포괄적으로 다룬 연구는 국내에서는 거의 찾아 볼 수 없다.

따라서 본 연구는 연하장애 환자의 우울, 사회적 고립감, 생의 의미와 삶의 질의 수준을 파악하고, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하여 연하장애 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재 개발에 대한 기초자료를 제공할 목적으로 시도하고자 한다.

### 1.2 연구의 목적

본 연구는 연하장애 환자의 삶의 질과 삶의 질에 영향을 미치는 심리·사회적 요인을 규명하고자 하며 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 연하장애 환자의 특성에 따른 우울, 사회적 고립감, 생의 의미, 삶의 질 수준을 파악한다.
- 둘째, 연하장애 환자의 우울, 사회적 고립감, 생의 의미수준에 따른 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 셋째, 연하장애 환자의 우울, 생의 의미, 사회적 고립감, 삶의 질 사이의 상관관계를 파악한다.
- 넷째, 연하장애 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 연하장애 환자의 우울, 사회적 고립감, 생의 의미, 삶의 질의 정도를 파악하고 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2.2 연구대상

서울, 인천, 경기 지역에 소재한 종합병원과 재활병원 8개 기관에서 뇌졸중, 퇴행성 질환, 신경계 질환 등으로 입원 또는 외래치료 중인 연하장애 환자를 대상으로 하였다.

표본의 수를 산출하기 위해 Plowman - Prine등[9]의 연구에서 우울과 삶의 질의 관계를 조사한 결과를 토대로 효과크기를 산출한 결과 0.48이 산출되었다. 따라서 본 연구에서 G\* Power 3.1프로그램을 이용하여 효과 크기 .48, 검정력 .80, 유의수준 .05를 투입한 결과 다중회귀분석을 위한 표본 수는 53명이었다.

대상자의 구체적 선정기준은 다음과 같다.

### 2.2.1 선정기준

- ① 뇌졸중, 퇴행성질환, 신경계 질환으로 인하여 연하장애가 발생한 환자 중에 Dysphagia Test 또는 비디오조영연하검사를 통해 연하장애를 진단 받은 자
- ② 관급식 또는 연하장애식사를 섭취하는 자
- ③ 언어 이해 능력에 장애가 없어 지시사항을 이해하고 수행하는 데 문제가 없는 자

### 2.2.2 제외기준

- ① 두정부 암이나 이비인후과 수술 등으로 인하여 연하장애가 발생한 경우는 암의 치료과정 및 치료 후 동반되는 통증 등의 후유증이 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 사료되어 제외함.
- ② 연구 참여를 철회한 경우

## 2.3 연구의 윤리적 측면

연구 참여자의 모집에 있어 연구목적 및 방법, 연구 참여에 대한 익명성 보장, 자발적인 연구 참여 동의와 거부, 중도 포기 가능 및 발생 가능한 이익과 불이익을 포함한 내용을 구두와 서면으로 설명한 후 연구동의서를 받았다. 설문 조사 후 자료 입력과 통계분석은 비밀을 보장하기 위해 본 연구자가 직접 담당하였으며, 수집 자료는 연구자 개인서재의 잠금장치가 있는 곳에 보관하여 연구논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 모두 분쇄폐기 처분 할 예정이다. 본 연구의 설문에 응답한 대상자에게는 소정의 사례를 제공하였다.

## 2.4 연구도구

### 2.4.1 삼킴관련 삶의 질

SWAL-QOL은 연하장애 환자의 삶의 질을 측정하기 위한 도구로 McHorney 등[17]에 의해 개발되었으며, 정신사회적인 측면을 객관적으로 증명하기 위한 목적으로 이용되고 있다. SWAL-QOL은 음식선택, 부담감, 정신건강, 사회적 기능, 두려움, 먹는 시간, 식욕, 의사소통, 수면, 그리고 피로 관련 10개의 하위영역과 삼킴장애 증상을 묻는 1개의 하위영역으로 이루어져 있으며, 전체 항목은 총 44문항으로 구성되어 있다. 각 문항들은 1-5점으로 평가되며, 총점은 최소 44점에서 최고 220점이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. SWAL-QOL의 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .85$ , 타당도는 .95 이었고[17], 본 연구에서는 Cha[18]가 번안한 도구를 사용하였다. Cha [18]의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .95$  이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .95$ 이었다.

### 2.4.2 우울

미국정신보건 연구원에서 개발한 Radolff [19]의 역학센터 우울 척도(The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D)를 Chon, Choi, & Yang[20]이 번안한 한국판 CES-D 척도를 사용하였다. CES-D는 세계적으로 가장 널리 사용되고 있는 자기 보고형 우울증 간이 선별 검사도구로, 우울증상의 정도를 증상의 존재 기간을 기준으로 측정한다. 본 도구는 20문항으로 각 진술에 대하여 0-3점까지 4점 척도로 응답할 수 있고, 긍정적 문항은 역으로 환산하여 합산한다. 총점은 0점에서 60점까지 분포하게 되고 총점이 25점을 넘으면 우울증이 있는 것으로 평가한다. Chon, Choi, & Yang[20]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .91$  이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .77$  이었다.

### 2.4.3 사회적 고립감

사회적 고립감의 정도를 측정하기 위해 개정판 RULS(Revised UCLA Loneliness Scale)[21]을 Kim[22]이 번안한 도구를 사용하였다. 본 도구는 20문항으로 각 진술에 대하여 응답자가 “전혀 그렇지 않다”에서 “자주 그렇다”까지 4점 척도로 응답할 수 있다. 가능한 점수는 20점에서 80점이며 점수가 높을수록 고립감의 정도가 높은 것을 의미한다. 10개 문항은 긍정적인 문항(1,4,5,6,9,10,15,16,19,20), 10개 문항은 부정적인

문항으로 구성되며 긍정적 문항은 점수를 역으로 환산하여 합산하였다. Perry[23]의 기준에 따라 20-34점은 낮은 정도의 군, 35-49는 보통 정도의 군, 50-64는 높은 정도의 군으로 분류하였다. 개정판 RULS의 Cronbach's  $\alpha = .86$  이고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .76$ 이었다.

#### 2.4.4 생의 의미

생의 의미 척도는 삶에서 의미를 발견하지 못하는 것은 공허함과 권태의 상태 혹은 실존적 좌절에서 비롯될 수 있다는 Frankl[12]의 이론에 근거하여 실존적 공허를 측정하기 위한 목적으로 Crumbaugh와 Maholick[24]가 개발한 Purpose in Life Test(PIL)를 사용하였다. PIL 도구는 총 20문항으로 이루어진 7점 태도 척도이다. 최저 20점에서 최고 140점으로 점수가 높을수록 삶의 의미 정도가 높고 반대로 점수가 낮을수록 실존적 공허 상태에 있다고 볼 수 있다. Crumbaugh와 Maholick[24]는 선행연구에서 113점 이상은 삶의 목적이 명백한 집단, 92-112점은 삶에 대한 목적이 뚜렷하지 않은 집단, 91점 이하의 삶의 의미를 상실한 실존적 공허상태인 집단으로 구분하였다. 본 연구에서는 Lee[25]가 재구성한 도구를 사용하였으며, 각 진술에 대하여 “매우 그렇다” 1점, “그렇다” 3점, “그렇지 않다” 5점, “전혀 그렇지 않다” 7점을 주고 긍정적인 문항은 점수를 역으로 환산하여 계산하였다. Crumbaugh와 Maholick[24]가 개발당시 Cronbach's  $\alpha = .85$  이었고 Lee[25]의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .84$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .66$ 이었다.

#### 2.5 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2015년 2월부터 4월까지 약 2개월간이었고, 해당 기관장에게 연구계획서를 제공하고 본 연구의 목적, 연구 참여자 선정요건, 자료수집 방법 등에 대해 설명 후 연구진행에 대한 승낙을 구하였다. 연구진행이 허락되면 연구자가 단독으로 해당 기관에 방문하여 연구대상자 모집을 위하여 다음과 같은 절차를 진행하였다. 첫 번째, 연구의 목적을 설명하고 개인 정보 제공에 관한 사전 동의서를 받은 후 기관에서 요구하는 개인정보 제공 및 공유절차에 의거하여 의무기록을 열람하였다. 두 번째, 의무기록 열람을 통하여 구체적 선정기준에 부합하는 대상자를 선정하여 구두와 서면으로 연구의 목적 및 진행 방법 등에 대해 구체적으로 설명하고 연구자가 단독으로 직접면담을 통하여 설문지를 작성

하였다. 연구자 기록 부분(진단명, 연하장에 발병기간, 식이 형태, 치료받은 기관의 유형)은 대상자에게 의무기록 열람에 관한 동의를 구한 후 기관의 절차에 따라 열람하여 기록하였다.

#### 2.6 자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료를 분석하기 위해 IBM SPSS Statistics 22.0 을 이용하였으며 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 인구사회학적 특성 및 우울, 사회적 고립감, 생의 의미와 삶의 질 수준은 서술적 통계를 구하였다.
- 2) 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 우울, 사회적 고립감, 생의 의미와 삶의 질의 차이와 우울, 사회적 고립감, 생의 의미에 따른 삶의 질 차이는 t-test 와 ANOVA를 이용하여 분석하였고, 사후검정은 Duncan method를 사용하였다.
- 3) 연하장애 환자의 우울과 생의 의미, 사회적 고립감, 삶의 질의 관계는 Pearson's correlation을 사용하였다.
- 4) 연하장애 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 다중회귀분석(Multiple regression analysis)을 이용하여 분석하였다. 회귀모형 가정 검정을 위하여 자기상관은 Durbin - Watson 지수를 이용하였으며, 다중공선성을 검사하기 위해 공차한계 (Tolerance)와 분산확대지수(VIF)을 산출하였다.
- 5) 측정도구의 신뢰도를 위한 내적 일관성은 Cronbach's alpha 계수를 이용하였다.

### 3. 연구결과

#### 3.1 대상자의 일반적 특성 및 질병관련 특성

연구대상자의 일반적 및 질병관련 특성은 Table 1과 같다. 대상자의 평균연령은 62.6(14.1) 세이며, 60-69세가 26.4%로 가장 많았다. 성별분포는 남성은 63.2%로 여성 36.8%보다 많았으며, 학력은 대졸 이상 27.6%, 고졸 26.4%, 초등 졸 21.8%, 중졸 14.9%, 무학 9.2% 순이었다.

**Table 1.** General Characteristics and Disease related to Characteristics of Subjects (N=87)

Variable	Categories	n(%)	Mean(SD)
Age (year)	30 - 49	15(17.2)	62.6(14.1)
	50 - 59	16(18.4)	
	60 - 69	23(26.4)	
	70 - 79	21(24.1)	
	≥ 80	12(13.8)	
Gender	Male	55(63.2)	
	Female	32(36.8)	
Education	Illiteracy	8( 9.2)	
	Elementary school	19(21.8)	
	Middle school	13(14.9)	
	High school	23(26.4)	
	≥College	24(27.6)	
Marital status	Single	8( 9.2)	
	Married	62(71.3)	
	Divorce	6( 6.9)	
	Bereavement	11(12.6)	
Type of family	Single	25(28.7)	
	Couple	24(27.6)	
	Extended family	38(43.7)	
Religion	None	46(52.9)	
	Christian	18(20.7)	
	Buddhism	12(13.8)	
	Catholic	11(12.6)	
Diagnosis	Ischemic Stroke	32(36.8)	
	Hemorrhagic Stroke	29(33.3)	
	Traumatic Brain Injury	11(12.6)	
	Degenerative disease	7( 8.0)	
	Others	8( 9.2)	
Onset Period (month)	1 - 3	24(27.6)	13.6(17.0)
	4 - 6	20(23.0)	
	7 - 12	19(21.8)	
	≥ 13	24(27.6)	
Type of Diet	Tube feeding	13(14.9)	
	Dysphasia diet 1	4( 4.6)	
	Dysphasia diet 2	26(29.9)	
	Dysphasia diet 3	28(32.2)	
	Regular diet	16(18.4)	
Place	General Hospital	16(18.4)	
	Rehabilitation Hospital	71(81.6)	
Treatment	Inpatient	85(97.7)	
	Outpatient	2( 2.3)	

대상자의 대부분(71.3%)은 기혼자였으며, 가족유형은 2세대이상 확대가족이 43.7%로 가장 많았고, 대상자의 52.9%가 종교가 없었다. 진단명은 허혈성뇌졸중 36.8%, 출혈성뇌졸중 33.3%, 외상성 뇌 손상 12.6%, 기타질환 9.2%, 퇴행성 질환 8.0% 순이었다. 발병기간은 평균 13.6(17.0)개월이었으며, 1-3개월, 13개월 이상이 각각 27.6%, 4-6개월이 23.0%, 7-12개월이 21.8%순이었다. 식이형태는 연하장애식사 3단계가 32.2%로 가장 많았고 경관급식은 14.9%였다. 치료기관은 재활병원이 81.6%

이었으며, 거의 대부분이 입원치료(97.7%)중이었다.

### 3.2 우울, 사회적 고립감, 생의 의미, 삶의 질

연구변수들의 서술적 통계결과는 Table 2와 같다. 연구 대상자들의 우울의 평균 점수는 18.59(9.49)점이었으며, 우울이 있는 군은 20.7% (18명)였다. 사회적 고립감의 평균 점수는 48.68 (5.73)점이고 보통 이상의 사회적 고립감을 느끼는 군이 65.5%(87명), 높은 수준의 사회적 고립감을 느끼는 군이 26.5%(23명)으로 대상자의 대다수가 사회적 고립감을 느끼고 있었다. 생의 의미는 생의 목적이 명백한 군은 3.4%(3명)에 불과했고, 생의 의미를 상실한 실존적 공허상태가 64.4% (56명)였으며, 평균 점수는 81.92(10.20)점이었다. 연하장애 환자의 삶의 질의 평균 점수는 158.89 (35.97)점이었다.

**Table 2.** Descriptive Statistics of Study Variables (N=87)

Variable	n(%)	Mean(SD)	Min	Max
<b>Depression</b>	87(100)	18.59( 9.49)	2	51
<b>Yes</b>	18(20.7)	32.61( 7.21)	26	51
<b>No</b>	69(79.3)	14.81( 5.78)	2	24
<b>Social Isolation</b>	87(100)	48.68( 5.73)	25	61
<b>Low</b>	7( 8.0)	29.86( 2.85)	26	33
<b>Middle</b>	57(65.5)	43.23( 3.89)	36	49
<b>High</b>	23(26.5)	54.48( 2.52)	51	59
<b>MIL<sup>1)</sup></b>	87(100)	81.92(10.20)	44	106
<b>Low</b>	56(64.4)	79.84( 7.58)	60	90
<b>Middle</b>	28(32.2)	100.39( 6.59)	92	112
<b>High</b>	3( 3.4)	124.00( 5.29)	120	130
<b>SWAL QOL<sup>2)</sup></b>	87(100)	158.89(35.97)	72	209

<sup>1)</sup> MIL=Meanin in Life

<sup>2)</sup> SWAL- QOL=Swallowing Quality of Life questionnaire

### 3.3 일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이

일반적 특성 및 질병관련 특성에 따른 삶의 질, 우울, 생의 의미, 사회적 고립감의 차이는 Table 3과 같다. 삶의 질의 차이를 설명하는데 통계적으로 유의한 변수는 교육수준과 연령으로 나타났다. 대졸이상이 무학이나 중졸 보다 삶의 질이 높은 것으로 나타났으며(F=3.44, p=.012), 연령에서는 30-49세가 60대 이상보다 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(F=2.54, p=.046). 질병관련 특성에서는 식이형태만이 삶의 질의 차이를 설명하는데 통계적으로 유의한 변수였다. 경관급식이 경구로 식사를 섭취하는 경우보다 삶의 질이 낮았으며 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다(F=12.10, p<.001).

**Table 3.** Difference of SWAL-QOL<sup>1)</sup> related to Characteristics of Subjects (N=87)

Variables	Category	n	SWAL-QOL		
			Mean(SD)	t or F	p
Gender	Male	55	163.31(33.56)	1.21	.228
	Female	32	153.75(38.44)		
Education	Illiteracy <sup>a</sup>	8	141.00(47.31)	3.44	.012 e>a,c
	Elementary School <sup>b</sup>	19	157.89(36.51)		
	Middle School <sup>c</sup>	13	144.92(35.29)		
	High School <sup>d</sup>	23	155.61(35.65)		
	College <sup>e</sup>	24	179.63(21.14)		
Age	30-49 <sup>a</sup>	15	182.07(31.86)	2.54	.046 a>c,d,e
	50-59 <sup>b</sup>	16	165.63(28.98)		
	60-66 <sup>c</sup>	23	152.87(40.34)		
	70-79 <sup>d</sup>	21	155.10(33.45)		
	>80 <sup>e</sup>	12	145.67(32.37)		
Religion	Yes	46	159.08(38.36)	-0.20	.846
	No	41	160.59(32.48)		
Marital status	Yes	62	157.34(35.83)	-1.02	.313
	No	25	165.88(34.68)		
Type of Family	Single <sup>a</sup>	25	163.28(33.91)	2.44	.093
	Couple <sup>b</sup>	24	146.50(37.33)		
	Extended family <sup>c</sup>	38	165.89(34.03)		
Diagnosis	Ischemic stroke	32	156.84(33.81)	1.54	.209
	Hemorrhagic stroke	29	168.83(31.95)		
	Traumatic Brain Injury	11	143.09(41.81)		
	Degenerative disease	7	149.29(43.49)		
	Others	8	171.00(34.07)		
Onset Period	1-3	24	165.42(31.98)	1.52	.204
	4-6	20	161.80(35.07)		
	7-12	19	147.95(42.82)		
	>13	24	161.87(32.94)		
Type of Diet	Tube feeding <sup>a</sup>	13	109.00(32.96)	12.10	p<.001 b,c,d,e>a
	Dysphasia diet 1 <sup>b</sup>	4	171.25(34.62)		
	Dysphasia diet 2 <sup>c</sup>	26	164.42(24.77)		
	Dysphasia diet 3 <sup>d</sup>	28	169.89(31.10)		
	Regular diet <sup>e</sup>	16	173.00(25.95)		
Place	General hospital	15	153.44(35.60)	-0.79	.431
	Rehabilitation Hospital	72	161.23(35.59)		
Treatment	Inpatient	85	160.03(36.00)	1.02	.312
	Outpatient	2	134.00(14.14)		

<sup>1)</sup> SWAL- QOL=swallowing Quality of Life questionnaire

### 3.4 우울, 사회적 고립감, 생의 의미, 삶의 질의 상관관계

삶의 질과 우울, 사회적 고립감, 생의 의미의 상관관계 결과는 Table 4와 같다. 대상자의 삶의 질과 변수 간의 상관관계를 살펴본 결과 삶의 질과 우울( $r=-.30$ ,  $p=.005$ ), 사회적 고립감( $r=-.36$ ,  $p=.001$ ), 생의 의미( $r=.34$ ,  $p=.001$ )는 모두 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다. 또한 우울과 사회적 고립감은 삶의 질과 음의 상관관계가 있었으며, 생의 의미는 양의 상관관계가 있었다.

**Table 4.** Correlation of Study variable (N=87)

	Depression	Isolation	MIL
<b>Isolation</b>	.34 (.001)	1	
<b>MIL<sup>1)</sup></b>	-.26 (.015)	-.70 (P<.001)	1
<b>SWAL-QOL<sup>2)</sup></b>	-.30 (.005)	-.36 (.001)	.34 (.001)

<sup>1)</sup> MIL=Meaning in Life

<sup>2)</sup> SWAL-QOL=Swallowing Quality of Life questionnaire

Table 5. Difference of SWAL-QOL<sup>1)</sup> related to Depression, Social isolation, MIL<sup>2)</sup> (N=87)

Variables	Category	n	SWAL QOL		
			Mean(SD)	t or F	p
Depression	Yes	18	135.39(39.43)	3.29	.001
	No	69	165.03(32.61)		
Social Isolation	Low <sup>a</sup>	7	195.29( 9.53)	7.39	.001 a>b,c
	Middle <sup>b</sup>	57	162.47(33.22)		
	High <sup>c</sup>	23	142.35(36.87)		
MIL	Low	56	152.35(35.19)	-2.72	.008
	Middle-High	31	173.23(32.48)		

<sup>1)</sup> SWAL- QOL=Swallowing Quality of Life questionnaire

<sup>2)</sup> MIL=Meaning in Life

Table 6. Stepwise Multiple Linear Regression of SWAL-QOL<sup>1)</sup> (N=87)

Variable	B	S.E (b)	$\beta$	t(p)
Tube feeding	-55.92	7.47	-0.57	-7.49(p<.001)
Age (30-49)	24.49	6.99	0.26	3.50(.001)
MIL <sup>2)</sup> (Low)	-13.94	5.54	-0.19	-2.52(.014)
Education(College)	13.32	6.10	0.17	2.19(.032)

R= .729 R<sup>2</sup>=.529 Adj R<sup>2</sup>=.507 F=28.84(.031) Tolerance=0.95-1.00 VIF=1.00-1.06

<sup>1)</sup> SWAL- QOL : Swallowing Quality of Life questionnaire

<sup>2)</sup> MIL=Meaning in Life

### 3.5 우울, 사회적 고립감, 생의 의미 수준에 따른 삶의 질 차이

우울, 사회적 고립감, 생의 의미 수준에 따른 삶의 질 차이는 Table 5 와 같다. 우울한 군이 우울하지 않은 군보다 삶의 질이 낮았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=3.29, p=.001$ ). 사회적 고립감은 보통 이상인 경우가 사회적 고립감이 낮은 군보다 삶의 질이 낮았고 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $F=7.39, p=.001$ ). 생의 의미가 낮은 실존적 공허상태가 생의 의미가 뚜렷하지 않거나, 생의 목적이 명백한 군보다 삶의 질이 낮았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $t=-2.72, p=.008$ ).

### 3.6 대상자의 삶의 질 영향요인

대상자의 삶의 질에 대한 상대적인 영향요인을 알아보기 위해 단일변량 분석에서 통계적으로 유의하게 나타난 변수들을 회귀식에 포함시켜 단계적 회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 Table 6과 같다. 회귀분석을 실시하기 위하여 종속변수의 자기상관과 독립변수간의 다중공선

성을 검토하였다. 종속변수의 자기상관은 Durbin-Watson 지수를 이용하였으며, Durbin- Watson 지수가 2.095로 나타나 자기상관 없이 독립적이다. 독립변수 간 다중공선성은 분산확대(VIF)지수를 이용하였고, 독립변수 간 분산확대지수는 1.00 - 1.06으로 10미만이므로 다중공선성은 없는 것으로 나타났다. 따라서 본 데이터는 회귀분석을 실시하기에 적합하였다. 삶의 질에 영향을 주는 변수는 경관급식의 경우가 정상식이보다 삶의 질이 유의하게 낮았고( $\beta=-0.57, p<.001$ ), 생의 의미가 낮아 실존적 공허상태에 있는 경우( $\beta=-0.19, p<.001$ )가 삶의 질이 낮았다. 30-49세의 연령은 80세 이상보다 삶의 질이 높았으며( $\beta=0.26, p=.001$ ), 대학교 수준 이상의 교육수준이 무학에 비해 삶의 질이 높았다( $\beta=0.17, p=.032$ ). 이 중 연하장애 환자의 삶의 질에 가장 많은 영향을 주는 변수는 경관급식이었고( $\beta=-0.57, p<.001$ ), 이러한 4개의 변수는 연하장애 환자의 삶의 질에 대해 50.7% ( $F=28.84, p=.031$ )의 설명력을 나타냈다.

#### 4. 논 의

본 연구는 연하장애 환자의 삶의 질 향상을 목적으로 연하장애 환자의 우울, 생의 의미, 삶의 질 수준을 파악하고, 삶의 질의 영향요인을 확인하고자 시도되었다. 연하장애는 다차원적인 문제가 발생하므로 심리, 사회적 요인들을 확인하는 것은 삶의 질 향상을 위한 간호중재의 밑바탕이 될 것이다.

본 연구에서는 연하장애 환자의 삶의 질과 관련 있는 심리, 사회적 변수들로 우울과 사회적 고립감, 생의 의미 수준을 측정하였다. 대상자들 중 우울한 군은 20.7%였으며, 우울한 군의 평균 점수는 32.61(7.21) 점이었다. 우울 유무는 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며( $t=3.29, p=.001$ ), 우울과 삶의 질은 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=-.30, p=.005$ ). 이와 같은 결과는 연하장애 환자는 우울과 같은 부정적 정서를 경험하고, 우울로 인하여 삶의 질이 저하 된다는 많은 선행연구들과 일치하는 결과이다[5,6,8]. 그러므로 연하장애 환자의 우울정도를 지속적으로 사정하고 적절한 간호중재를 제공해야 할 것이다. 반면 대상자의 92.0%는 보통이상의 사회적 고립감을 느끼고 있었다. 연하장애가 있는 경우 외식이나 사회생활에 참여할 수 없으며, 휴가와 레저 활동이 감소하는 등 많은 사회적 관계를 단절시키는 주요한 원인이 된다[9]. 그러므로 사회적 고립감은 연하장애 환자가 경험하는 부정적 정서로서, 파킨슨[8,9], 근위축성측삭경화증[10], 뇌졸중[6]등의 다양한 질환군에서 지속적으로 보고되고 있다. 뇌졸중, 퇴행성질환 뿐 아니라 수두증 및 뇌염 등 비교적 다양한 질환자를 대상으로 한 본 연구 결과에서도 연하장애 환자는 보통이상의 사회적 고립감을 느끼고 있어 선행연구들의 결과를 뒷받침한다. 게다가 대상자들은 거의 대부분 재활병원에 입원치료(97.8%)중이었다. 시설 거주노인은 지역사회 재가 노인에 비해 상실감과 외로움을 더 많이 느끼고 삶의 질이 낮기 때문에[26], 연하장애와 더불어 장기 입원치료가 사회적 고립감을 악화시키는 요인이 되었을 것이라고 사료된다. 또한 사회적 고립감은 우울과 더불어 연하장애 환자의 삶의 질을 저하시키는 요인이 되며( $F=7.39, p=.001$ ), 삶의 질과 음의 상관관계( $r=-.36, p=.001$ )에 있었다. 이런 경우 대부분의 간호중재는 적극적으로 가족과 이웃, 친구들과의 사회적 모임이나 참여 활동을 권고하고 있으나, 이러한 참여 활동은 유대관계 증진을 위해 음식섭취가 필수적이다[5-7]. 그러므로 연하장애 환자들

을 위한 사회적 지지체계나 중재 프로그램은 음식준비부터 좀 더 특별하고 세심한 배려가 필요하며, 연하장애 환자를 위해 마트나 편의점에서 쉽게 구매할 수 있는 다양한 식품군의 개발이 필요하다. 이상의 결과를 통해 대부분의 대상자들은 우울 혹은 사회적 고립감을 느끼고 있었고, 연하장애 환자의 우울과 사회적 고립감은 삶의 질을 저하시키는 요인임을 확인할 수 있었다. 그러므로 연하장애 환자에게 사회적 기능을 극대화시키고 긍정적 정서를 강화시키는 대처 전략이 필요한데, 선행연구들에서 생의 의미를 가진 개인은 행복과 인생의 만족감 수준을 높게 인지하고 긍정적인 대처방식을 촉진시키는 것으로 보고되고 있다[13-15]. 그래서 본 연구에서는 대상자들의 생의 의미 수준을 파악하고 생의 의미가 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였다. 그 결과 연구 대상자들의 생의 의미 수준은 생의 목적이 명백한 군은 3.4%에 불과했고, 생에 대한 목적이 뚜렷하지 않은 군은 32.2%, 생의 의미를 상실한 실존적 공허상태의 군은 64.4%로 대상자의 과반 수 이상이 실존적 공허상태에 있었다. 또한 실존적 공허상태에 있는 경우 생의 의미를 가지고 있는 군보다 삶의 질이 낮았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였으며( $t=-2.72, p=.008$ ), 생의 의미와 삶의 질은 양의 상관관계에 있었다( $r=.34, p=.001$ ).

연하장애 환자의 삶의 질에 대한 상대적인 영향요인을 알아보기 위해 단일변량 분석에서 통계적으로 유의하게 나타난 변수들을 회귀모델에 포함시켜 단계적 회귀분석을 실시하였다. 그 결과 삶의 질에 영향을 주는 변수는 경관급식, 연령, 교육수준이었으며 정신, 사회적 변수 중에서는 생의 의미가 낮은 경우가 포함되었다. 이러한 4개의 변수는 연하장애 환자의 삶의 질에 대해 50.7%( $F=28.84, p=.031$ )의 설명력을 나타냈고 이 중 가장 많은 영향을 주는 변수는 경관급식이었다. 우선 연하장애 환자의 삶의 질을 향상시키는 요인은 연령( $\beta=0.26, p=.001$ )과 교육수준( $\beta=0.17, p=.032$ )으로 나타났다. 연령이 낮고 교육 수준이 높은 경우 삶의 질이 높았으며 이와 같은 결과는 이미 많은 국내·외 선행 연구들에서 밝혀진 바와 같다[26,27]. 그러므로 연하장애 환자 간호에 있어 노인인구와 교육의 혜택을 받지 못한 취약계층에게는 단순히 생명을 연장시키는 간호 외에 정서상태와 삶의 질을 면밀히 사정할 필요가 있겠다.

연하장애 환자의 삶의 질을 저하시키는 요인은 생의 의미가 낮은 경우( $\beta=-0.19, p=.014$ )로 나타났다. 이와 같

은 결과는 생의 의미수준이 높을수록 주관적 안녕감과 삶의 질이 높았다는 선행연구의 결과들과 일치하고 [13-15], 생의 의미 수준을 높이는 간호중재와 다양한 중재 프로그램 제공이 연하장애 환자의 삶의 질을 높이는 하나의 전략이 된다는 것을 의미한다. 그래서 외국의 선행연구들에서는 다양한 중재기법들의 효과를 확인하고 치료 프로그램으로서의 중요성을 강조하고 있다[28]. 하지만 국내에서는 Frankl[12]의 의미요법(Logotherapy)에 기초한 의미치료 혹은 의미요법의 중재효과만이 연구되고 있는 실정이다[28]. 그러므로 생의 의미를 연하장애 환자의 삶의 질을 높일 수 있는 요인으로 인식하고, 생의 의미를 높일 수 있는 다양한 중재프로그램의 개발이 필요하다.

식이단계 1단계인 경관급식은 나머지 구강단계의 식이보다 삶의 질이 유의하게 낮고( $F = 12.10, p < .001$ ), 연하장애 환자의 삶의 질에 가장 많은 영향을 주는 변수로 나타났다( $\beta = -0.57, p < .001$ ). 즉, 경관급식은 음식을 입으로 먹는 것이 아니므로 환자들은 인간의 가장 원초적이고 본능적인 미각에 대한 욕구와 공복감을 경험하게 된다[6]. 또한 경관급식을 위해서는 필수적으로 비위관(Nasogastric tube)을 삽입하거나 경피내시경하위루술(PEG)을 시행해야 하는데, 환자들은 얼굴 정면의 비위관이나 복부에 위치한 PEG tube로 인하여 의복선택의 어려움과 동시에 신체상 장애를 느낀다[4-6]. 더불어 스스로 음식을 섭취하지 못하는 신체적 기능으로 인하여 자존감 저하와 우울까지 경험하게 되면서 삶의 질이 저하된다[5,6]. 그러므로 경관급식은 연하장애 환자의 삶의 질을 낮추는 가장 큰 영향요인이 되고, 경관급식 환자의 삶의 질이 낮다는 선행연구들의 결과와 일치한다[4,5]. 그러나 경관급식 환자의 인지능력저하와 의사소통 장애로 인하여 국내에서는 경관급식 환자의 삶의 질과 정서 상태에 관한 심도 있는 연구가 Kim 등[6] 외에는 거의 없는 실정이다. 그러므로 정보가 풍부한 사례를 선정하여 현상을 심층적으로 기술하고 표집하는데 목표를 두는 질적 연구를 이용하여 경관급식 환자의 삶의 질에 대한 후속 연구들이 이루어질 필요가 있겠다. 또한 임상에서는 연하장애가 의심되면 통상적으로 경관급식을 진행하는 경향이 있다. 하지만 본 연구의 결과와 같이 경관급식이 삶의 질에 막대한 영향을 미친다는 것을 고려하면 식이형태 결정에 의료진이 특별한 신중을 기해야 할 것이다. 게다가 비위관이나 위공장절제관 삽입은 지

금까지 논의한 정신, 사회적 부분의 삶의 질에도 영향을 미치지만, 구토와 설사, 관 삽입부위의 감염과 누출 등 신체적인 문제까지 발생한다[4,5]. 그러므로 의료진은 환자의 주관적 신념과 요구사항을 고려하여 정맥 영양법을 고려하거나 경관급식의 일정을 조절하는 등의 개별화된 중재와 함께 정신, 사회적 지지가 필요하다.

본 연구는 연하장애 환자의 삶의 질을 높이기 위한 경험적 연구가 매우 부족한 실정에서 정신, 사회적 변수를 포함하여 삶의 질의 관련요인을 확인하였으며, 연하장애 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 구체적이고 실질적인 간호중재개발을 위한 근거를 제시하였다는 데 의의가 있다.

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 연하장애 환자의 삶의 질 향상을 목적으로 연하장애 환자의 우울, 사회적 고립감, 생의 의미와 삶의 질 수준을 파악하고, 삶의 질의 영향요인을 확인하고자 시도되었다. 연하장애는 사회적 고립감을 경험하게 하고 우울과 더불어 삶의 질을 저하시킨다. 본 연구에서 연하장애 환자의 삶의 질에 영향을 주는 변수는 경관급식, 연령, 교육수준이었으며 정신, 사회적 변수 중에서는 생의 의미가 낮은 경우만이 포함되었다. 이러한 4개의 변수는 연하장애 환자의 삶의 질에 대해 50.7%의 설명력을 나타냈다. 이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다. 첫째, 경관급식은 연하장애 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이지만 국내에서는 경관급식 환자의 삶의 질이나 정서 상태를 확인하는 연구가 거의 찾아볼 수 없었다. 그러므로 경관급식 환자의 삶의 질이나 정서 상태를 심층적으로 기술하는 질적 연구가 필요하다. 둘째, 생의 의미를 유지하고 높일 수 있는 국내 실정에 맞는 다양한 중재 프로그램 개발이 필요하고 중재효과를 검증하는 연구가 이루어져야 할 것이다. 셋째, 생의 의미와 삶의 질은 다차원적인 속성을 가지므로 변수들 사이의 변화를 확인할 수 있는 종단연구가 필요하다.

## Reference

- [1] Tanner D, Medical-legal and forensic aspects of communication disorders, voice prints, and speaker

- profiling. 1st Edition, p. 347, Tucson, AZ: Lawyers and Judges, 2007.
- [2] L. Sura, A. Madhavan, G. Carnaby, M. A. Cray, "Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations", *Clinical Interventions in Aging*, vol. 7, pp. 287-298, 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>
- [3] L. Perry, C. P. Love, "Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systemic review", *Dysphagia*, vol. 16, no. 7, pp. 7-18, 2001.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/PL00021290>
- [4] M. S. Dennis, S. C. Lewis, C. Warlow, "Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients(FOOD): a multicentre randomised controlled trial" *Lancet*, vol. 365, pp. 764-772, 2005.
- [5] A. Brotherton, J. Abbott, P. Aggett, "The impact of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding upon daily life in adults", *The British Dietetic Association*, vol. 19, pp. 355-367, 2006.
- [6] J. Y. Kim, Y. W. Lee, E. Y. Cho, H. W. Kang, "The phenomenological study on the experience of nasogastric tube feeding among cerebral stroke patients with dysphagia", *Korean Journal of Adult Nursing*, vol. 26, no. 5, pp. 592-602, 2014.  
DOI: <https://doi.org/10.7475/kjan.2014.26.5.592>
- [7] O. Ekberg, S. Hmady, A. Wuttge-Hanning, P. Ortege, "Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment", *Dysphagia*, vol. 17, no. 2, pp. 139-146, 2002.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- [8] L. P. Leow, M. L. Huckabee, T. Anderson, L. Beckett, "The impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire", *Dysphagia*, vol. 25, no. 3, pp. 216-220, 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9245-9>
- [9] E. K. Plowman-Prine, C. M. Sapienza, S. L. Pollock, C. Jacobson, S. S. Wu, J. C. Rosenbek, "The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease", *Movement Disorder Society*, vol. 24, no. 9, pp. 1352-1358, 2009.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/mds.22617>
- [10] G. Paris, O. Martinaud, A. Petit, A. Cuvelier, D. Hannequin, P. Roppeneck, E. Verin, "Oropharyngeal dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis alters quality of life", *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 40, pp. 199-204, 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.12019>
- [11] J. Critchlow, S. M. Bauer-Wu, "Dehydration in terminally ill patients: Perceptions of longterm care nurse", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 28, no. 12, pp. 31-39, 2002.  
DOI: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20021201-07>
- [12] Frankl V, Lee SH, translator, *The will to meaning: foundation and application of logotherapy*, Plume Edition, pp. 266, Gyeonggi-do:Chung A, 2012.
- [13] M. F. Steger, P. Frazier, S. Oishi, M. Kaler, "The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life", *Journal of Counseling Psychology*, vol. 53, no. 1, pp. 80-93, 2006.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- [14] J. Dezutter, S. Casalin, A. Wachholtz, K. Luyckx, J. Hekking, W. Vandewiele, "Meaning in life: An important factor for the psychological wellbeing of chronically ill patients?", *Rehabilitation Psychology*, vol. 58, no. 4, pp. 334 -341, 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0034393>
- [15] C. L. Park, D. Edmondson, J. R. Fenster, T. O. Blank, "Positive and negative health behavior change in cancer survivors", *Journal of Health Psychology*, vol. 13, no. 8, pp. 1198-1206, 2008.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105308095978>
- [16] C. A. McHorney, D. E. Bricker, A. E. Kramer, J. C. Rosenbek, J. Robbins, K. A. Chignell KA, C. Clarke, "The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development" *Dysphagia*, vol. 15, pp. 115-121, 2000.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s004550010012>
- [17] T. H. Cha, "Study on the reliability and validity of the Korean Swallowing-quality of life questionnaire (K-SWAL-QOL)" [dissertation], Seoul :Yeonsei University, 2014.
- [18] L. S. Radloff, "The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population", *Applied Psychological Measurement*, vol. 1, pp. 385-401, 1977.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- [19] K. K. Chon, S. C. Choi, V. C. Yang, "Integrated adaption of CES-D in Korea", *Korean Journal of Health Psychology*, vol. 6, no. 1, pp. 59-76, 2001.
- [20] D. Russell, L. A. Peplau, C. E. Cutrona, "The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 39, no. 3, pp. 472-480, 1980.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- [21] O. K. Kim, "Korean version of the revised UCLA loneliness scale", *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 12, no. 4, pp. 871-879, 1997.
- [22] G. Perry, "Loneliness and coping among tertiary level adult cancer patients in the home", *Cancer Nursing*, vol. 13, pp. 293-302, 1990.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00002820-199010000-00004>
- [23] J. C. Crumbaugh, L. J. Maholic, "An experimental study in existentialism: The psychogenic approach to Frankl's concept of noogenic neurosis", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 20 pp. 200-207, 1964.  
DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U)
- [24] J. J. Lee, "An Effect of Nursing-logotherapy on purpose in life and finding meaning and hope of mental illness" [dissertation], Gyeong Buk: Gyeong Buk university, 1995.
- [25] Y. O. Yeo, E. K. Yoo, "The relationship among depression, self esteem and ADL in the case of the hospitalized elderly patients with chronic disease", *Korean Journal of Adult Nursing*, vol. 22, no. 6, pp. 676-686, 2010.
- [26] S. O. Choi, S. N. Kim, K. I. Shin, J. J. Lee, J. Yang, "Development of elderly meaning in life(EMIL) scale", *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 33, no. 3, pp. 414-424, 2003.

- [28] E. S. Park, J. A. Park, "Research trends and implications in meaning in life", Ewha Journal of Social Science, vol. 29, no. 1, pp. 268-299, 2013.

김 주 연(Ju-Yeun Kim)

[정회원]



- 2008년 2월 : 인하대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 2015년 8월 : 인하대학교 대학원 간호학과 (간호학박사)
- 2015년 8월 ~ 현재 : 대원대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

만성질환자 간호