

노인의 생활습관 및 건강상태와 수면시간의 관계

김미영¹, 하수정¹, 전성숙²‡
¹부산대학교 일반대학원 간호학과,
²부산대학교 간호대학

The Relationship among Life Habits, Health Status and Sleep Time of the Elderly

Mi-Young Kim¹, Su-Jung Ha¹, Seong-Sook Jun²‡

¹*Graduate School of Department of Nursing*

²*College of Nursing, Pusan National University*

<Abstract>

This study was a descriptive study to investigate factors affecting sleep time in the Korean elders. A secondary data analysis was conducted using the data of "The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2011." The survey included 3,487 people aged over 65 years and 1,163 samples were used for this study. Data were analyzed with the χ^2 -test and logistic regression using the SPSS/WIN 18.0 program. Analysis showed that sleep time was related with the number of chronic disease and limit on the activities of daily living(ADL). These findings suggest that nursing researchers need to consider chronic disease, and ADL as important factors affecting sleep time of Korean elders. Therefore nursing intervention focusing on the issues in needed to develop.

Key Words : Aged, Sleep Time, Mental Health

‡Corresponding author(jss@pusan.ac.kr)

* 이 과제는 2011년도 부산대학교교수 국외장기파견지원비에 의하여 연구되었음.

(This work was supported by the Financial Supporting Project of Long-term Overseas Dispatch of PNU's Tenure-track Faculty, 2011)

I. 서론

1. 연구의 필요성

전 세계의 노인인구비중이 2005년에 7.3%에 도달하여 세계전체가 UN이 정한 노년인구국으로 전환되었다[1]. 1950~2050년까지 100년 동안의 고령화 추이를 살펴보면, 일본은 전체인구 중 노인인구가 차지하는 비중이 4.9%에서 37.8%로 32.9%가 높아지며, 한국도 2.9%에서 34.2%로 31.3%의 급속한 증가를 보인다[1]. 2011년도 우리나라는 노인인구가 전체 인구 중 11.4%이며, 2017년도에는 14.0%로 증가하여, 이미 초고령화 사회로의 진입을 예고하고 있다[2]. 고령화사회란 단순히 노인인구의 증가만을 의미하는 것은 아니다. 고도의 사회 경제적 발전을 이룩한 현대 사회는 노년층 증가로 인하여 노인에 대한 부양, 건강 등의 문제로 고민하고 있다[3]. 특히 노인은 신체적, 사회적 및 심리적 상실감과 관련된 만성질환과 더불어 정신건강의 문제도 동반한다[4]. 또한, 노인은 수면장애 호소가 가장 많은 연령층이며, 이로 인하여 다양한 건강문제를 유발할 가능성이 높은 집단이다[4].

수면은 삶에 있어서 기본적인 활동으로 신체의 기능을 회복하고 건강을 유지하며, 정신적으로 재충전할 수 있도록 하여, 개인의 안녕과 삶의 질에 긍정적인 영향을 준다[5]. 노인은 수면의 리듬과 양상이 뚜렷하게 변화하며, 입면 시 어려움, 잦은 각성, 수면 유지의 어려움, 조기 기상, 수면 만족도 저하, 낮 동안 각성상태 유지의 어려움, 기억력 감퇴와 집중력 저하 등의 문제들이 유발될 수 있다[6]. 그리고 깊은 수면이 줄어들어 침대에서 보내는 시간은 많지만 총 수면 시간과 효율성이 감소되어 노인의 50% 이상에서 불면증을 호소하지만, 노인에서의 변화된 수면 양상들은 정상적인 노화 과정으로 인식되는 경향이 있다[7]. 진단되지 않았거나 치료하지 못한 불면증은 낙상 위험성, 교통사

고의 증가 및 우울증을 유발하여 생존기간이 짧아지는 원인이 되며, 심혈관 질환, 뇌졸중, 암과 자살을 증가로 의료기관과 시설이용 빈도를 증가시킨다[8]. 또한, 수면 양상의 변화로 노인은 자신감을 잃어가며, 사회로부터 위축되고, 수면부족을 보충하기 위해 낮잠이 증가하고 대인관계 시간이 줄어들게 된다[9]. 이처럼 노인의 수면이 생활 및 건강에 직간접적으로 미치는 영향을 감안한다면, 노인의 수면시간에 대한 접근은 매우 중요하다. 즉, 노인 수면시간에 대한 적극적 관리가 요청되며, 이를 위해서 노인의 수면시간을 저하시키는 위험요인에 대한 탐색연구가 기본이 되어야 한다.

지금까지 대부분의 노인 수면관련 문헌에 의하면 입원 및 시설에 입소해 있는 노인과 지역사회 노인 대상의 조사 및 중재 연구가 있다.

특정 질환인 Oh et al.[10]의 뇌졸중, Shin et al.[11]의 전립선장에 등의 수면관련 연구는 질환특성과 관련하여 수면의 질 또는 양상을 파악하였다. Oh et al.의 연구[10]에서 주관적인 수면의 질, 수면 잠복기, 수면기간, 우울증 및 불안과 의미 있는 상관관계를 보였으며, 그 중 우울이 수면의 질에 가장 큰 영향을 주었다. Shin et al.의 연구[11]는 전립선 증상이 심할수록 수면의 질이 낮아지는 것으로 나타났다. 이 분야의 선행연구들은 만성질환을 가진 노인을 대상으로 그 질환으로 인한 통증과 수면의 질을 감별하기 위해 도구를 이용하여 문제를 파악을 기초로 하였다.

Lee와 Kwon의 연구[12]에서 귀자극요법을 받은 노인은 중재를 받지 않은 노인에 비해 수면 만족도 점수가 높았다. 또한, Lee et al.의 연구[13]는 라벤더향과 물에 대한 비교중재를 실시한 결과에서는 수면양상과 주관적 수면평가에서 유의한 차이가 없었다. 이 분야의 선행연구들은 입소해 있는 노인을 대상으로 실시한 중재효과를 파악하였다.

Yang과 Kim의 연구결과[14]는 주관적 건강상태가 나쁘다고 인지할수록, 학력이 낮을수록 수면의

질이 저조하였고, Kim과 Lee의 연구[15]에 의하면 우울이 낮을수록 수면의 질에 만족하였다. 또한, Sok과 Choi의 연구[16]는 남성에 비해 여성 노인은 가족의 지지가 부족할수록, 주관적 건강상태에 대한 인지가 부정적일수록, 우울할수록 수면의 질은 낮았다. 이 분야의 선행연구들은 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 수면방해요인들을 조사하였다.

그러나 노인의 수면과 관련된 실재를 살펴보면 노인의 경우 수면시간이 짧은 경우에 질환이 없어도 1.12배의 사망위험률이 증가하며[17], 7-8시간의 수면이 수면 6시간 이하에 비해 모든 만성질환 이환률을 감소시킨다는 결과가 제시되었다[18]. 이상의 선행연구를 통하여 살펴볼 때 수면시간이 중요함에도 불구하고 수면시간에 영향을 미치는 노인의 생활습관과 건강상태에 따른 연구가 부족하였다.

따라서 본 연구에서는 보건복지가족부와 질병관리본부에서 시행한 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 노인의 생활습관과 건강상태에서 수면시간에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 하였다. 이에 노인의 수면시간에 영향을 미치는 것으로 확인된 생활습관과 건강상태 관련요인은 노인의 수면시간 개선을 위한 교육프로그램 개발과 적용을 위한 매우 의미있는 자료가 될 것으로 사료된다.

2. 연구목적

본 연구는 노인의 수면시간 정도를 파악하고 수면시간에 미치는 영향요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인의 인구사회학적 특성, 생활습관, 건강상태에 따른 수면시간을 파악한다.
- 노인의 수면시간과 관련된 영향요인을 확인한다.

II. 연구방법

1. 자료원 및 연구대상

본 연구는 질병관리본부 연구윤리심의위원회의 승인(2010-02CON-21-C)을 받아 조사된 자료로 보건복지가족부와 질병관리본부에서 수행한 제5기 1차년도 국민건강영양조사 원시자료(Korea National Health and Nutrition Examination Survey, KNHANES)를 이용하였다. 원시자료는 해당기관에 공식적으로 원시자료를 요청하여 승인받은 후 사용하였다(승인일-2012년 1월).

국민건강영양조사는 다단계층화집락표본추출법을 사용하여 우리나라 국민을 대표할 수 있도록 되어 있다. 제5기 1차년도 자료(2011)는 2009년 주민등록 인구자료와 2008년 아파트 시세자료를 표본추출틀로 이용하여 먼저 시·도·별로 1차 층화하고 일반지역은 성별, 연령대별 인구비율 기준 26개 층으로, 아파트지역은 단지별 평당가격·평균평수등 기준 24개 층으로 2차 층화하여 표본조사구를 추출하였고 추출된 표본조사구 내에서는 계통추출방법으로 조사구당 20개의 최종 조사대상 가구를 추출하였다. 전국 약 3,840가구, 만 1세 이상 가구원 조사대상 10,938명 중 건강설문조사, 검진조사, 영양조사 중 1개 이상 참여자는 8,958명으로 전체조사 참여율은 81.9%였다[19]. 이 중 65세 노인을 대상으로 조사된 자료는 총 3,487건이었다. 본 연구에서는 그 중 건강 설문에 참여한 노인으로 수면이 8시간보다 적은 1,163명 노인을 최종 분석대상으로 하였으며, 현재 수면시간에 대한 구분은 수면 7-8시간과 6시간 이하로 응답한 경우로 하였다.

2. 연구 변수의 선정 및 정의

1) 수면시간

건강설문조사 수면시간은 하루 평균 수면시간은 어떻게 되는지에 대한 응답을 기초로 Gallicchio & Kalesan[20]의 연구결과를 바탕으로 수면시간을 6시간 이하와 7-8시간의 2단계로 분류하였다.

2) 인구사회학적 특성 및 생활습관

인구사회학적 특성은 성별, 연령, 거주지역, 경제상태, 교육정도, 결혼상태를 포함하였다. 거주지역은 동, 읍면으로 구분하였고, 경제상태는 가구소득을 가구원 수로 보정한 월평균가구균등화 소득으로 소득수준을 분류하여, 성별과 5세 단위 연령 그룹별로 소득 사분위수를 계산한 후, 하위 25% 이하까지는 1사분위로 하고 그다음 단위 25%씩을 2사분위, 3사분위, 4사분위로 분류하였다. 교육정도는 초졸과 중졸을 기준으로 해당학력으로 분류하였으며, 결혼상태는 배우자 유무로 파악하였다.

생활습관은 흡연상태, 걷기 실천율, 음주상태를 포함하였다. 흡연상태는 현재 흡연 여부에서 담배를 피운다고 응답한 경우 흡연자로 분류하였으며, 걷기 실천율은 중등도 신체활동을 1회 30분 이상, 주 5일 이상 실천하는지 묻는 문항을 사용하였다. 음주상태는 지난 1년간 음주여부와 음주횟수를 조사하여 거의안함, 주 1회 이하, 주 2회 이상으로 분류하였다.

3) 건강상태

신체건강상태는 주관적 건강상태, 만성질병 수, 활동제한상태, 비만상태를 포함하였다. 주관적 건강상태는 스스로 자신이 지각하는 건강상태를 매우 나쁨에서 매우 좋음의 5점 척도로 측정하였으며 이를 나쁨, 보통, 좋음으로 재분류하였다. 만성질병 수는 고령자 사망통계에 제시된 주요사망원인인 뇌혈관질환, 각종 암, 심장질환(협심증, 심근경색증), 고혈압, 당뇨, 만성 하기도 질환(만성 폐쇄성 폐질환, 천식)과 노인에게 흔한 근골격계 질환(관절염, 디스크, 골다공증)에 대해 조사 당시 현

재 보유여부를 재코딩하였으며, 가능한 범위는 0~10개로 분류하였다. 활동제한상태는 현재 건강상의 문제나 신체 또는 정신적 장애로 일상생활 및 사회생활에 제한을 받고 있는지 묻는 문항에 예, 아니오로 응답한 문항을 사용하였다. 비만도는 BMI(Body Mass Index)를 이용하여 측정하였으며, 저체중은 18.5kg/m² 미만, 정상은 18.5kg/m² 이상에서 23kg/m² 미만, 비만은 25kg/m² 이상으로 분류하였다.

정신건강상태는 스트레스 인지, 우울경험, 자살생각을 포함하였다. 스트레스 인지는 평소 일상생활에서의 스트레스 정도를 질문하여 대단히 많이 느끼거나 많이 느끼는 경우를 체크한 경우 스트레스를 인지하는 것으로 분류하였다. 우울경험은 2주 이상 연속 우울감이 있는지에 예, 아니오로 응답한 결과를 이용하였으며, 자살생각은 1년간 자살생각을 하는지에 예, 아니오로 응답한 결과를 이용하여 분류하였다.

3. 자료 분석 방법

국민건강영양조사는 다단계층화집락추출에 의한 자료이기 때문에 국민건강영양조사에서 제시한 표본가중치 및 복합표본설계 요소를 지정하여 분석하였으며, 본 연구의 자료는 SPSS win 18.0 프로그램으로 분석하였다. 인구사회학적 특성, 생활습관, 건강상태는 χ^2 -test로 분석하였다. 수면시간에 따른 집단의 관련요인을 분석하기 위해 χ^2 -test에서 유의한 변수를 대상으로 하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며, 오즈비와 95% 신뢰구간으로 통계적 유의성을 검정하였다.

III. 연구결과

1. 인구사회학적 특성, 생활습관, 건강상태에 따른 수면시간 분포의 차이

본 연구대상자의 수면 6시간 이하는 54.4%이며, 연구 변수별 특성에 따른 수면시간의 비교 결과는 <Table 1>과 같다. 수면 6시간 이하를 유지하는 노인의 성별은 여성 65.4%, 남성 34.6%에 비해 많았다. 교육수준은 초등학교 이하 76.9%가 중학교 이상 23.1%보다 많았으며, 결혼상태는 현재 배우자가 있는 경우 54.4%가 없는 경우 45.6%보다 높았다. 나이, 거주지역, 경제상태는 수면시간에 따른 유의한 차이가 없었다. 또한, 생활습관인 흡연, 음주, 걷기 실천율은 수면시간에 따라 유의한 차이가 없었다.

건강상태 중 신체건강상태는 만성질환 수와 활동제한, 정신건강상태는 스트레스 인지, 우울경험, 자살생각이 수면시간에 따라 통계적으로 유의하였다. 수면이 6시간 이하인 노인은 만성질환 수가 한 개인 경우가 40.7%로, 활동제한은 없는 경우 68.1%, 스트레스를 인지하는 경우 25.6%, 우울을 경험한 경우 19.7%, 자살생각이 있는 경우 30.7%이다. 반면에 수면 7-8시간인 노인은 만성질환 수가 한 개인 경우가 33.7%로, 활동제한은 없는 경우 79.4%, 스트레스가 있는 경우 17.4%, 우울을 경험한 경우 13.1%, 자살생각이 있는 경우 19.0%이다. 건강상태 변수 중 주관적 건강상태와 비만도는 수면시간에 따라 유의한 차이가 없었다.

2. 노인 수면시간 관련 영향요인

노인의 수면시간과 관련된 영향요인을 파악하기 위해 χ^2 -test와 t-test에서 통계적으로 유의했던 성별, 교육수준, 결혼상태, 만성질환 수, 활동제한, 스트레스 인지, 우울경험, 자살생각 변수들을 중심으로 로지스틱을 실시한 결과는 <Table 2>와 같다. 단변량 분석시 수면시간이 7-8시간보다 6시간 이하에 해당할 확률이 여성 노인이 남성노인 보다 1.727배, 초중학교 교육수준이 중학교 교육수준 보다 1.582배, 배우자가 없는 경우가 배우자가 있는 경우 보다 1.623배, 만성질환이 한 개 있는 경우가 만성질환이 없는 경우 보다 1.657배, 두 개 있는 경우가 만성질환이 없는 경우 보다 1.461배, 활동제한이 있는 경우가 활동제한이 없는 경우 보다 1.810배, 스트레스를 인지하는 경우가 스트레스가 없는 경우보다 1.636배, 우울을 경험한 경우가 우울이 없는 경우 보다 1.629배, 자살생각이 있는 경우가 자살생각이 없는 경우 보다 1.888배 높았다.

최종적으로 다변량 분석시 노인의 6시간의 수면에 영향을 미치는 요인은 만성질환이 한 개인 경우와 활동제한이 있는 경우로 나타났다. 즉, 수면시간이 7-8시간보다 6시간 이하에 해당할 확률이 만성질환이 한 개인 경우가 만성질환이 없는 경우보다 1.504배(CI=.1039~2.176) 증가하였고, 일상생활에서 활동제한을 받는 경우가 활동제한을 받지 않는 경우보다 1.507배(CI=.1.038~2.187) 증가하였다.

<Table 1> Comparison of the characteristics by the sleep time of the elderly (N=1,163)

Characteristics	Categories	Sleep	Sleep	x ² or t	p
		≥6hr	7-8hr		
		n*(%)†	n*(%)†		
Total		614(54.4)	549(45.6)		
Gender	Male	230(44.7)	284(55.3)	20.68	<.001
	Female	384(59.2)	265(40.8)		
Age(yr)	65~69	229(52.5)	207(47.5)	0.546	.824
	70~79	329(53.6)	285(46.4)		
	80≤	56(49.6)	57(50.4)		
Inhabited area	Urban area	427(54.3)	360(45.7)	1.83	.279
	Rural area	187(49.7)	189(50.3)		
Income	Low	326(53.4)	284(46.6)	1.42	.835
	Middle low	138(52.7)	124(47.3)		
	Middle high	80(53.7)	69(46.3)		
	High	64(50.8)	62(50.2)		
Education	≤ Elementary	439(56.2)	342(43.8)	12.08	.002
	≥Middle school	175(45.8)	207(54.2)		
Marital status	With spouse	375(48.6)	396(51.4)	15.93	.002
	Divorced, bereaved	239(61.6)	149(38.4)		
Current smoking	Yes	80(51.9)	74(48.1)	0.131	.763
	No	534(52.9)	475(47.1)		
Alcohol drink frequency	Rare	331(55.1)	269(44.9)	5.37	.112
	≤1 times/week	162(48.2)	174(51.8)		
	≥2 times/week	119(53.8)	102(46.2)		
Walking	Yes	241(47.9)	262(52.1)	3.63	.106
	No	372(56.5)	286(43.5)		
Perceived health status	Good	187(54.0)	159(46.0)	3.35	.317
	Fair	190(48.2)	204(51.8)		
	Poor	234(55.7)	186(44.3)		
Number of chronic disease	0	166(48.1)	179(51.9)	12.49	.016
	1	242(55.3)	196(44.7)		
	2≤	206(54.2)	174(45.8)		
ADL limit	Yes	185(61.9)	114(38.1)	18.93	.001
	No	426(49.5)	435(50.5)		
Body mass index	Low weight	28(58.3)	20(41.7)	0.01	.997
	Normal	376(52.5)	340(47.5)		
	Obesity	208(52.5)	188(47.5)		
Perceived stress	Yes	149(59.8)	100(40.2)	11.42	.014
	No	465(54.3)	449(45.7)		
Depression experience	Yes	118(64.5)	65(35.5)	9.05	.033
	No	496(50.6)	484(49.4)		
Suicide ideation	Yes	165(55.4)	103(44.6)	20.83	<.001
	No	449(50.2)	445(49.8)		

n*: Unweighted, %†: Weighted

<Table 2> Contributing factors for 6 hour of the elderly (N=1,163)

Variable	Unadjusted OR	95% CI	p	Adjusted OR	95% CI	p
Gender						
Female	1.727	1.335-2.235	<.001	1.305	0.968-1.760	.425
Male	1			1		
Education						
≤ Elementary	1.582	1.185-2.112	.002	1.222	0.872-1.711	.773
≥Middle school	1			1		
Marital status						
Divorced, bereaved	1.623	1.192-2.211	.002	1.183	0.820-1.706	.720
With spouse	1			1		
Number of chronic disease						
2 ≤	1.461	1.021-2.092	.016	1.131	0.771-1.659	
1	1.657	1.172-2.341		1.504	1.039-2.176	.007
0	1			1		
ADL limit						
Yes	1.810	1.257-2.608	.001	1.507	1.038-2.187	.001
No	1			1		
Perceived stress						
Yes	1.636	1.102-2.428	.014	1.110	0.726-1.696	.946
No	1			1		
Depression experience						
Yes	1.629	1.038-2.555	.033	1.271	0.776-2.081	.928
No	1			1		
Suicide ideation						
Yes	1.888	1.360-2.620	<.001	1.338	0.955-1.874	.665
No	1			1		

Baseline: Sleep time 7-8, OR=odds ratio; CI=confidence interval

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 노인인구의 증가에 따라 노인 수면시간과 관련된 요인을 파악하여 지역사회 보건 의료활동 중 수면중재를 효율적이고 과학적으로 수행하기 위해 국민건강영양조사 자료를 사용하여 한국 노인의 수면시간에 관련된 특성을 분석하였다. 이에 신체와 정신건강 특성을 중심으로 고찰하고자 한다.

노인의 수면시간과 관련된 건강특성 중 신체건강특성은 만성질환 수, 활동제한으로 나타났다. 만성질환에 대한 단변량 분석에서 수면시간이 7-8시간보다 6시간 이하에 해당할 확률이 만성질환이 없는 경우보다는 만성질환이 있는 경우가 높았다.

다변량 분석시에서 수면시간이 6시간 이하에 해당할 확률이 만성질환이 없는 경우보다 만성질환이 한 개인 경우 1.504배로 증가하였으나, 질환이 많을수록 수면시간의 관련성은 유의하지 않았다. 이는 노인의 경우 질병이 있는 경우 불면증 및 수면장애에 대한 호소가 많다는 연구[21]와 유사한 의미라고 할 수 있다. 또한, 국민건강보험공단 통계에 의하면 노인은 7.3%가 불면증으로 병원치료를 받으며, 65세 이상 노년층의 경우 세 명 중 한 명 꼴로 수면장애를 호소한다[21]. 본 연구에서는 질병의 관련특성에 대한 조사가 이루어지지 못하였으나, Shin et al.[11]에 의하면 노인의 경우 질병의 특성에 따라 통증, 야간의 활동, 우울 등으로 인하여 수면에 영향을 주는 것으로 나타났다. 그래서

Kim et al.[22]은 만성질환자 관리를 위해 보건소는 내소자상담, 가정방문상담, 각종 지역사회 시설 등을 이용하여 개인 및 집단을 대상으로 보건교육, 추후관리 등 지속적인 관리를 하며, 노인복지관과 연계를 구축하여 보건의료 서비스 등을 제공한다. 이에 보건소 등의 지역사회 기관들은 만성질환의 특성에 따른 예방프로그램 개발시 수면관리를 위한 중재를 포함해야 하며, 가정방문시에 개인에 맞는 수면중재가 이루어질 수 있도록 보건의료인력의 인식 전환이 필요하다. 수면시간이 7-8시간보다 6시간 이하에 해당할 확률이 활동제한이 있는 경우가 활동제한이 없는 경우보다 1.507배로 증가하여, 수면 6시간 이하에 해당할 확률이 큰 영향력이 있는 변수로 나타났다($p < .001$). 이는 Kim과 Lee[9]의 신체활동이 수면과 상관관계가 있다는 연구와 유사하였다. Kim과 Lee[9]에 의하면 노인의 총 활동량은 성인에 비해 30.3%가 감소하며, 다른 시간대 보다 오후 2시대의 활동량이 40.3% 낮았다. 결국 노인의 일상생활 및 사회생활 제한으로 인하여 신체활동량이 부족한 경우 수면 6시간 이하를 보인다. 그러므로 노인의 평균 수면시간을 유지하기 위해서는 활동의 증가가 필요하며, 특히 오후시간에 활동을 지속할 수 있는 사회적 지원체계가 필요하다. 지역사회에서 노인 대상으로 제공하는 요가, 웃음, 뜨개질, 헬스, 사진촬영, 댄스 등의 프로그램을 오전 시간보다 오후 시간에 실시함으로써 직간접적인 활동을 증가시키는 것도 도움이 될 것이다.

노인의 정신건강특성은 수면시간이 7-8시간보다 6시간 이하는 단변량 분석시 스트레스 인지, 우울 경험, 자살생각으로 나타났으나, 다변량 분석시에는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 그러나 노인의 경우 스트레스를 많이 받는다고 생각할수록 수면의 질이 저하되고[11][16], 우울할수록 수면의 질이 감소하고[15][16]는 연구결과와 유사하였다. 특히 우울증상 경험과 자살생각과의 상관성

이 높고[24], 일반 노인과 질환이 있는 노인 모두에게서 건강상태에 문제가 있다고 인지할 때 우울과 자살사고가 높아진다[25]. 즉 상대적으로 취약한 계층인 노인에게 우울과 자살생각 등[24]은 만성질환에 영향을 주며, 건강상태는 다시 수면시간에 영향을 주므로 이에 대한 보건의료서비스 제공자의 관심과 관리가 필요하다.

본 연구에서는 노인이 말하는 좋은 수면에서 수면의 주관적인 측정에서 다루고 있는 평소 취침시간, 낮 동안의 수면, 수면의 방해정도, 꿈, 수면의 질, 깨고 난 후 누워 있는 시간 등에 대한 요소들이 중요한 영향요인일 수 있는데, 국민건강영양조사에서 조사되지 못한 항목이라 수면시간에 영향을 미치는 요인으로 확인하지 못한 부분이 제한점으로 남는다. 그럼에도 노인인구가 증가하고 있는 가운데 건강에 취약한 노인층의 수면시간 정도를 파악하고 관련요인을 확인함으로써 보건의료전문가들이 노인의 적절한 수면시간을 위한 중재 개발에 필요한 기초자료를 제공하였다는 점에서 본 연구의 의의가 있다.

REFERENCES

1. K.R. Kim(2011), A Study on Necessity and Utility of Welfare Devices in an Age of Aging Population, Health and welfare policy forum, Vol.181;52-65.
2. The National Statistical Office(2011), 2010 Population and Housing Census, p.25.
3. Y.H. Hwang(2011), Health Service Utilization and Expenditure of the Elderly based on KHP. Health and welfare policy forum, Vol.182;51-59.
4. Y.J. Koo, H.J. Koh(2009), Analysis of Intervention Research about Sleep of the Elderly in Korea, Keimyung Journal of Nursing Science, Vol.13(1);63-71.

5. H.G Driscoll, L. Serody, S. Patrick, J. Maurer, S. Bensasi, P.R. Houck(2008), Sleeping well, Aging well: A Descriptive and Cross-sectional Study of Sleep in "Successful Agers" 75 and Older, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.16;74-82.
6. M.V. Vitiello, L.H. Larsen, K.E. Moe(2004), Age-related Sleep Change: Gender and Estrogen Effects on the Subjective-objective Sleep Quality Relationship of Healthy, Noncomplaining Older Men and Women, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.56(5);503-510.
7. N.S. Kamel, J.K. Gammack(2006), Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment, *The American Journal of Medicine*, Vol.119(6);463-469.
8. K. Preetha, H. Pamela(2008), Diagnosis and Management of Geriatric Insomnia: A Guide for Nurse Practitioners, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Vol.20(12);590-599.
9. M.Y. Kim, E.J. Lee(2011), Rest-activity Rhythm and Sleep Pattern in the Elderly, *Journal Korean Biological Nursing Science*, Vol.13(3);211-219.
10. M.K. Oh, C.S. Lee, C.S. Park, B.J. Kim, B.S. Cha, S.M. Kim, S.J. Lee, H.S. Shin, A.R. Kim(2011), Clinical Characteristics Associated with Quality of Sleep in Old Stroke Patients: Preliminary Study, *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, Vol.15;3-6.
11. K.R. Shin, Y.H. Kang, M.K. Shin(2008), A Study of Prostate Symptom, Sleep Quality and Quality of Life in the Community-dwelling Korean Elderly, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.28(4);1041-1054.
12. J.O. Lee, Y.S. Kwon(2009), Effects of Auriculotherapy on Sleep Disorders in the Elderly, *Journal of East-West Nursing Research*, Vol.15(1);1-8.
13. Y.J. Lee, M.J. Park, E.J. Kim, S.M. Kim(2002), The Effect of Lavender Fragrance on Sleep of Institutionalized Elderly, *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol.22(3);159-172.
14. S.J. Yang, J.S. Kim(2010), Factors Affecting the Quality of Sleep among Community Dwelling Elders, *Journal Korean Gerontol Nurse*, Vol.12(2);108-118.
15. S.O. Kim, G.H. Lee(2005), Prevalence and Risk Factors of Sleep Disturbance among the Elderly in the Community, *Keimyung Journal of Nursing Science*, Vol.9(1);111-118.
16. S.H. Sok, J.Y. Choi(2010), Factors Influencing Sleep of Elderly Women, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol.140(1);119-126.
17. P. Francesco, M.D. Cappuccio, D. Lanfranco, S. Pasquale, A.M. Michelle(2010), Sleep Duration and All-cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Studies, *Sleep*, Vol.33(5);585-592.
18. L. Gallicchio, B. Kalesan(2009), Sleep Duration and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis, *Journal of Sleep Research*, Vol.18(2);148-158.
19. Korea Centers for Disease Control and Prevention(2010, December), The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey[KNHANES IV-3], Retrieved August 22, 2011, from <http://knhanes.cdc.go.kr/>
20. C.A. Alessi, J.F. Schnelle, P.G. MacRae, J.G. Ouslander, N. Al-Samarrai, S.F. Simmons, S. Traub(1995), Does Physical Activity Improve Sleep in Impaired Nursing Home Residents?, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol.43;1098-1102.
21. Y.W. Cho, S.B. Hong, C.H. Yun, J.H. Kim, W.C. Shin(2009), Epidemiology of Insomnia in

- Korean Adult: Prevalence and Associated Factors, Journal of Clinical Neurology, Vol.5;20-23.
22. T.S. Kim, C.H. Ham, S.T. Song, S.Y. Kim, E.J. Jung(2000), Study on the Development of Preventive Program of Chronic Degenerative Disease in Community Health Center level, The Report of National Institute of Health, Vol.37;1-184.
23. N. Krause, J. Liang, S. Gu(1998), Financial Strain, Received Support, Anticipated Support, and Depressive Symptoms in the People's Republic of China, Psychology and Aging, Vol.13;58-68.
24. C.S. Oh(2012), The Effects of the Elderly's Subjective Health Perceptions and Quality of Life on Their Depression and Suicide Ideation, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.6(2);179-191.
25. R. Choi, H.J. Moon, B.D. Hwang(2010), The Influence of Chronic Disease on the Stress Cognition, Depression Experience and Suicide Thoughts of the Elderly, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.4(2);73-84.

접수일자 2014년 1월 29일

심사일자 2014년 2월 5일

게재확정일자 2014년 3월 12일