

요양병원 입원노인의 건강이 수면과 삶의 질에 미치는 영향

김은하, 문선영*

부산가톨릭대학교 간호대학, 신한대학교 간호학과*

The Effect of Health Status on Sleep Quality and Quality of Life among Elderly patient in geriatric hospitals

Eun-ha Kim, Sun-Young Moon*

College of Nursing, Catholic University of Pusan,
Depart. of Nursing, Shinhan University*

요약 본 연구는 실증적 검증을 통해 노인의 건강상태가 수면의 질과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하여 요양병원에서 노인 간호의 질적인 개선을 위한 간호중재 방안을 제시하고자 하였다. 경기도와 부산광역시에 위치한 5개의 요양병원에 입원한 60세 이상의 노인 170명을 대상으로 2013년 5월 8일부터 28일까지 설문조사를 실시하였다. 요인 분석 결과 노인의 건강상태는 정서적 기능, 체력, 일상생활활동, 사회적 역할, 몸의 변화, 사회적 기능, 통증으로 구분되었으며, 정서적 기능과 통증은 수면의 질에 부적 영향을 미쳤고, 몸의 변화와 일상생활활동은 삶의 질에 긍정적인 영향을 미쳤다. 요양병원 노인 간호의 질적인 향상을 위해서는 입원한 노인의 통증과 정서적 문제를 조기에 발견하여 수면의 질을 향상시키기 위한 노력이 필요하며, 노화에 따른 몸의 변화와 일상생활 활동을 살펴 적절히 대처하기 위해서 요양병원 특성을 고려한 신체사정 및 건강증진 간호중재전략을 개발하는 것이 필요하다.

주제어 : 요양병원, 입원 노인, 수면의 질, 삶의 질, 건강상태

Abstract The purpose of this study is to analyze the effect of health status on sleep quality and quality of life among elderly patients in geriatric hospitals. A survey was held to the elderly patient of 5 geriatric hospitals in Kyunggi-do and Busan from May 8 to May 28, 2013. As result of factor analysis, the health status divided to the 7 domain: Emotional function, Strength, Daily activity, social role, Change of body, Social function and pain. Pain and Emotional function revealed the negative effect on sleep quality and Change of body and Daily activity were positive effect on quality of life. In conclusion, it is need to improve sleep quality through finding pain and emotional problem in elderly patient, and in order to upgrade nursing in geriatric hospitals, it have to develop nursing strategies considering the geriatric hospital for health screening and health promotion to take care of daily activity and change of older's body.

Key words : Geriatric hospital, Elderly patient, sleep quality, quality of life, Health status.

* 본 논문은 2013년도 부산가톨릭대학교 자유연구과제 연구비에 의하여 지원되었음

Received 4 September 2014, Revised 20 October 2014

Accepted 20 November 2014

Corresponding Author: Sun-Young Moon(Shinhan University)

Email: symoon8089@hanmail.net

© The Society of Digital Policy & Management. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. 서 론

1.1 연구의 필요성

노인은 나이가 들어가면서 건강수준 및 일상생활 수행능력이 점차 감소되고 만성질환에 이환될 가능성이 매우 높은 집단이다. 우리나라 노인인구는 2012년에 전체 인구의 11.8%로 매년증가하고 있으며, 2030년에는 24.3% 수준에 이를 것으로 전망된다[1]. 65세 이상 노인의 88.5%가 고혈압, 뇌졸중, 당뇨, 관절염 등과 같은 만성질환을 1개 이상 가지고 있으며 2개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 노인도 68.3%에 달하는 것으로 나타났다[2]. 2008년부터 노인 장기요양보험제도가 시행됨에 따라 65세 이상의 노인 중 노인성 질환자와 혼자서 일상생활수행이 어려운자는 요양등급을 신청하여 요양급여를 받을 수 있게 되었다. 요양등급 1, 2등급은 일상생활수행에서 타인의 도움을 전적으로 혹은 부분적으로 받아야 할 사람으로서 시설급여를 받고 요양등급 3등급은 일상생활수행에서 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하여 재가에서 방문요양, 방문목욕, 보호 장비 대여 등의 서비스를 받을 수 있다[3]. 요양등급 3등급의 재가노인은 관절염, 고혈압 등의 만성질환을 앓고 있으나 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)은 평균 1점대의 양호한 상태이었으며, 주관적 건강상태는 평균 49.98점으로 중간 정도인 것으로 보고되었다[4]. 요양등급 1, 2등급은 혼자서 일상생활을 수행할 수 없어 시설급여를 이용하거나 의사가 상주하여 질병치료 등의 의료가 가능하고 장기입원이 용이한 요양병원을 이용할 수 있다[5]. 이에 노인들이 노화에 따른 신체기능의 저하와 만성질환 관리를 위해 요양시설에 입소하거나 요양병원에 입원하는 사례가 늘어나고 있는 실정이다. 2010년 819기관에서 2012년 12월에 1,103기관으로 요양병원의 수가 증가하였고, 입원노인환자도 41.3%를 차지하고 있다[6].

요양병원을 이용하는 노인들의 상당수는 노화와 만성질환으로 인한 일상생활수행능력(ADL/IADL)을 비롯한 신체기능이 현저히 낮고 전반적인 건강상태가 좋지 않다[7,8]. 요양병원에 입원한 노인의 일상생활수행능력(ADL)은 5점 만점에 평균 3.03점으로 중간이상의 도움이 필요한 상태이고, 배설 기능도 3점 만점에 평균 1.37점으로 가끔 실금을 경험하였다[9]. 만성질환으로 요양병원에 입원한 노인은 통증호소가 잦고 장기간 동안에

최소한의 신체활동만 허락되는 시설구조 때문에 점차 신체기능제한이 악화되어 질병회복이 지연되기도 한다[10]. 신체통증과 더불어 야뇨가 있는 입원노인의 46.9%는 수면장애를 경험하며, 밤에 깨어 잠들기가 어렵다는 호소가 높았다[11]. 입원노인의 63%가 야간에 1시간 이상 깨어 있고, 2시간가량의 낮잠을 포함하여 평균 수면 시간은 9시간이었다. 입원노인의 86%가 1회 이상 낮잠을 취하고, 78%가 매일 규칙적으로 수면제를 복용하는 것으로 나타났다[12]. 요양병원노인의 수면의 질은 재가노인에 비해 더욱 심각한 것으로 보고되었다[13]. 수면이 부족하면 낮 동안 졸음과 피로로 침상에 머물러 있는 시간이 길어지고 신체적 기능장애로 활동성이 감소할 뿐 아니라, 기억력과 집중력의 감소로 일상생활수행에 의존성이 높아지게 된다. 또한 초조, 불안 등 정서적인 문제가 유발되기 때문에 노년기 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다[14].

노인개인이 지각하는 주관적인 안녕상태인 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 경험들이 독립되어 형성되는 내적개념이다[15]. 건강상태에 대한 주관적인 평가가 긍정적인수록[16] 신체기능상태가 좋을수록[17], 수면의 질이 좋을수록[18], 우울정도가 낮을수록[19] 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 반면에 요양병원 노인은 입원 시점부터 만성퇴행성 질환과 신체적 기능장애로 건강상태가 나쁜 것으로 인식하여 요양병원 입원노인에 관한 선행연구는 삶의 질에 초점을 두기보다는 증상관리와 신체기능유지에 관심이 더욱 높았다.

우리나라 요양병원을 이용하는 노인들은 신체기능과 건강상태의 경증보다는 사회경제적인 요인에 의해 입원을 결정하는 사례가 증가하고 있으며, 요양시설에 비해 중환자만 입원하는 것이 아니므로 노화와 따른 신체기능 유지에만 초점을 두기보다는 장기간 입원하고 있는 노인의 신체, 정신, 사회적 측면을 포괄하는 전체적인 삶의 질에 관심을 가지는 것이 필요하다. 요양병원 입원당시에 질병과 관련된 증상, 신체적 기능제한 및 합병증의 유무에 대해 사정하는 것으로 건강상태평가를 대신하는 것은[8,9], 신체질환치료에 대한 방향설정에는 적합하더라도 입원한 노인대상자의 개별적이고 총체적인 건강상태를 유지, 증진시키기 위한 간호전략을 개발하는 것은 무리가 있다[19].

이에 본 연구는 요양병원에 입원한 노인의 건강상태

구성요인을 도출하고 실증적 검증을 통해 수면의 질과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 한다. 더불어 요양병원 노인 간호에 있어 건강상태의 중요성 인식을 제고 시킴으로써 요양병원에 입원한 노인 대상자를 위한 구체적인 간호중재전략을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

1.2 연구가설

본 연구에서 설정한 가설은 다음과 같다.

가설 1. 요양병원에 입원한 노인의 건강상태의 하위영역은 수면의 질 점수에 영향을 미칠 것이다.

- 1-1. 건강상태 구성요인 중 정서적 인식은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-2 건강상태 구성요인 중 체력은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-3 건강상태 구성요인 중 일상생활활동은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-4 건강상태 구성요인 중 사회적 역할은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-5 건강상태 구성요인 중 몸의 변화는 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-6 건강상태 구성요인 중 사회적 기능은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- 1-7 건강상태 구성요인 중 통증은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.

가설 2. 요양병원에 입원한 노인이 건강상태 하위영역은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

- 2-1. 건강상태 구성요인 중 정서적 인식은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- 2-2 건강상태 구성요인 중 체력은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- 2-3 건강상태 구성요인 중 일상생활활동은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- 2-4 건강상태 구성요인 중 사회적 역할은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- 2-5 건강상태 구성요인 중 몸의 변화는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- 2-6 건강상태 구성요인 중 사회적 기능은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

2-7 건강상태 구성요인 중 통증은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

2. 연구방법

2.1 연구 대상

연구대상자는 U시와 B광역시 소재 5개 요양병원에 입원한 60세 이상의 노인으로서 의사소통이 가능하고 MMSE-K 검사 결과 20점 이상이며 본 연구의 목적에 대한 충분한 설명을 듣고 자발적으로 연구에 참여하기로 동의한 자로 선정하였다. 요양병원은 의료법에 근거하여 식당, 휴게실, 욕실 및 화장실 등의 편의시설을 갖추고 요양기관 평가인증을 통과한 시설들이었다. 재활의학과, 내과, 신경과, 한방과 등이 개설되어 있었고, 70명 내외의 노인과 10명 내외의 노인성 질환자가 입원하고 있었다. 인력은 의사, 간호사, 간호조무사, 영양보호사 및 행정직원과 물리치료사, 조리사 등이 근무하고 있었고, 병동단위는 치매병동과 뇌졸중 등의 노인성질환 병동으로 이루어진 복합형 요양병원이었다. 표본은 G*power 3.1.5 program을 이용하여 Linear multiple regression(n=9)을 수행하는데 필요한 유의수준(α) 0.05, 검정력($1-\beta$) 0.95, 효과의 크기(f^2) 0.20의 조건을 고려할 경우, 127명이 필요함이 확인되었고 탈락율과 작성오류를 고려하여 200명을 최종 대상으로 결정하였다.

2.2 자료수집

자료 수집은 2013년 5월 8일부터 5월 28일까지 미리 교욱시킨 연구보조원 5명이 대상자를 직접 방문하여 연구의 목적, 익명성, 비밀보장 그리고 학문적 목적 이외의 사용금지와 연계라도 본인이 원하지 않으면 설문응답을 하지 않을 수 있음을 알려주었다. 설명을 듣고 연구에 자발적으로 참여하기를 동의한 대상자에게는 서면동의서를 받은 후 설문지 작성요령에 대한 안내를 제공하였다. 연구대상자의 윤리적 측면을 고려하여 설문지는 무기명으로 하였고 노인대상자가 힘이 든다고 판단될 때는 연구보조원이 직접 설문을 읽어주고 이해하지 못하는 부분은 부연 설명하여 응답하도록 하였다. 대상자가 연구보조원과 함께 설문지를 작성하고 회수하는 방법으로 수집한 자료 200부 중 불성실한 응답(동일응답, 반응누락 등)을 한 30

부를 제외한 총 170부를 실제 자료로 분석하였다.

2.3 측정도구

노인의 건강상태는 한국형 노인건강상태 평가도구 (KoHMSE V1.0)[19]를 기초로 연구자가 요양병원 입원 노인에게 적합하지 않은 항목은 제외하고 수정·보완하여 사용하였다. 본 도구는 노인들의 전반적인 건강상태를 결정하거나 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 전문가 집단의 의견을 수렴하고 전국의 가정의학과 외래 및 건강진단센터에 내원한 60세 이상의 노인 환자와 일반노인 671명을 대상으로 ‘일상생활을 하면서 지난 1주일동안 주관적으로 평가한 자신의 건강상태’를 질문하여 2500개의 항목을 수집하였다. 이를 전문가 의견을 조사하여 54개의 대표항목으로 정리한 후 다 빈도 항목을 묶어 41문항과 전반적인 건강상태 인식을 나타내는 3문항을 추가하여 총 44문항을 선정하여 예비조사를 시행하였다. 최종 선정된 문항간의 상관관계와 추정영역의 내적일치도 및 신뢰도의 검정이 완료되어 다양한 노인연령층의 건강상태 평가도구의 타당성이 확인되었다. 또한 장애가 유발되는 만성질환 노인의 건강상태 평가에 적합한 것으로 확인되었으며, 전반적인 건강상태에 대한 포괄적인 평가가 용이하다는 장점이 있다[19]. 이에 본 연구에서는 전반적인 건강상태를 묻는 3문항, 독립적인 외부활동을 묻는 7문항, 봉사활동에 관한 2문항과 성생활에 대한 1문항을 제외하고 32문항을 선택하였다. 이들 문항은 ‘언덕길을 올라갈 수 있다’, ‘걸을 때 지팡이를 사용 한다’, ‘목욕을 혼자 할 수 있다’, ‘집안에서 가사 일을 돌본다.’, ‘혼자서 옷을 갈아입을 수 있다’, ‘식사를 준비할 수 있다’, ‘혼자서 앉았다가 일어설 수 있다’, ‘혼자서 화장실을 출입할 수 있다’, ‘버스 등 대중교통을 이용한다’, ‘식욕이 없다’, ‘불안하다’, ‘잠을 잘 잘 수 없다’, ‘시력이 감퇴되어 잘 볼 수 없다’, ‘청력이 저하되어 잘 들을 수 없다’, ‘전화번호를 기억할 수 없다’, ‘예민해진다’, ‘피로하다’, ‘짜증스럽다’, ‘우울하다’, ‘죽음을 생각 한다’, ‘서럽다’, ‘귀찮다’, ‘슬프다’, ‘외롭다’, ‘친구가 있다’, ‘취미생활을 할 수 있다’, ‘신앙생활을 할 수 있다’, ‘직업이 있다’, ‘손 자녀를 돌볼 수 있다’, ‘신체통증이 얼마나 자주 느끼고 있는가’ 등으로 31문항 4점 Likert 척도(① 항상 그렇다 ② 자주 그렇다 ③ 별로 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다)로 측정하였다. 신체통증의 강도에 관한 1문항은

100점 시각상사척도(VAS)로 측정하여 0-30점은 4점, 31-60점은 3점, 61-90점 2점, 91-100점은 1점으로 변환하여 점수화하였으며, 점수가 높을수록 건강상태가 좋음을 의미한다.

수면의 질은 지난 한달 간 수면의 질과 수면기간의 불편 정도를 의미하며, PSQI(Pittsburgh Sleep Quality Index)[20]를 수정·보완하여 사용하였다. 본 척도는 자기 보고식 질문지로서 19문항의 본인평가 문제와 5문항의 같이 자는 사람에 의한 평가로 구성되어 있다. 본 연구에서는 본인평가 19문항(원척도에서도 수면의 질을 측정할 때는 이 문항들만 사용)에 대하여 7개요인(factor) 즉 주관적인 수면의 질, 수면잠재기, 수면의 양, 수면효율성, 수면방해, 수면제사용 및 주간활동지장으로 측정하였다. 각 요소항목은 0점부터 3점 범위를 가지며 0점은 아무런 어려움이 없다는 것을 나타내며, 3점은 심각한 어려움이 있음을 의미한다. 총 점수의 범위는 7개 요소를 조합하여 최저 0점에서 최고 21점까지이며, 점수가 높을수록 수면에 심각한 어려움을 가지는 것을 의미한다. 전체 PSQI 점수가 5점 미만이면 정상수면(Normal sleep pattern), 5점 이상이면 수면장애(sleep problem)로 규정한다.

삶의 질은 세계보건기구에서 ‘한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각’이라고 정의하였다. WHO지침에 따라 개발한 WHOQOL-BREF를 번안한 한국판 삶의 질 척도-간편형[15]를 사용하였다. 본 척도는 전반적 영역, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 관계영역 및 생활환경 영역의 5개 하위차원으로 구분하여 총 26문항으로 구성되었다. 구체적으로 ‘신체적 건강’은 신체적 통증, 치료에의 의존, 일상에 필요한 에너지, 이동능력, 수면상태, 일상의 활동성, 직무수행능력을 측정하는 7개 문항으로 구성되며, ‘심리적 건강’은 인생을 즐기는 정도, 삶의 의미, 집중력, 신체상과 외모, 자신에 대한 만족, 부정적인 감정을 측정하는 6개 문항으로 이루어져 있다. ‘사회적 관계’는 대인관계, 성생활, 친구의 사회적 지지를 측정하는 3개 문항으로 구성되며, ‘환경영역’에서는 신체적 안전, 건강에 좋은 주거환경, 재정능력, 새로운 정보습득 기회, 여가활동 기회, 거주 장소의 물리적 환경, 의료서비스, 교통수단에 대해 어느 정도 만족하는가로 측정하였다. ‘전반적 영역’은 삶의 질에 대한 전반적 평가와 건강

상태에 대한 만족의 2문항으로 측정하였다. 이들 각 문항은 5점 Likert 척도(① 전혀 나쁨 ② 나쁨 ③ 보통 ④ 좋음 ⑤ 매우 좋음)로 측정되었고, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다.

2.4 자료 분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS 22.0 program과 AMOS 18.0 program을 이용하여 유의수준 5%에서 양측 검정하였고, 구체적인 자료 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 구하였다.

둘째, 측정도구의 타당성과 신뢰성을 검증하기 위해 탐색적 요인분석 및 확인적 요인분석과 Cronbach- α 계수를 산출하였다.

셋째, 건강상태가 수면의 질과 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 피어슨 상관관계 분석(Pearson correlation coefficient)과 다중회귀분석(Multiple stepwise regression)을 실시하였다.

3. 연구 결과

3.1 연구대상자의 일반적인 특성

본 연구에서 분석한 연구대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 연구대상자의 평균연령은 76.84±9.29세였고, 여성이 65.3%(111명)이었으며, 초등학교 졸업이 하인 노인이 60.6%(103명)으로 가장 많았다. 배우자가 없는 노인은 73.5%(125명)를 차지하였고, 2명이상의 자녀를 둔 노인이 72.9%(124명)로 나타났다.

질병은 평균 3.84±1.29개를 보유하고, 구체적인 진단명은 뇌졸중 48.5%(82명), 요실금은 33.5%(57명), 폐렴이 12.9%(22명), 욕창은 12.3%(20명), 파킨슨 질병 10.7%(18명)순으로 나타났다. 요양병원에 입원한 기간은 1년 이하가 35.9%(61명), 1년 이상 3년 미만이 30.0%(51명), 3년 이상 34.1%(58명)로 나타났으며, 입원 동기는 복수응답으로 질문하였는데, 만성질환 등의 건강상의 이유라고 응답한 경우가 51.8%(88명)로 가장 높았고, 돌봐줄 사람이 없어서가 37.0%(64명)순이었다.

요양병원에 입원하여 선호하는 활동이 없다고 응답한 대상자가 34.1%(58명)로 가장 많았고 노래교실 27.6%(47

명)순으로 나타났다. 애로사항은 시설과 환경이 불충분하다와 동료 노인과의 대인관계에 어려움이 있다가 각각 20.6%(35명)이었고, 어려움이 없다고 응답한 대상자도 32.4%(55명)로 나타났다.

<Table 1> General Characteristics of subjects (N=170)

| Category | n(%) / Mean±SD | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------|
| Age(year) | 76.84±9.29 | |
| Gender | Male | 59(34.7) |
| | Female | 111(65.3) |
| Education | ≤Elementary | 103(60.6) |
| | ≥Middle school | 67(39.4) |
| Spouse | Yes | 45(26.5) |
| | No | 125(73.5) |
| Kids | 1 | 19(11.2) |
| | 2-3 | 124(72.9) |
| | none | 27(15.9) |
| Disease* | Pneumonia | 22(12.9) |
| | Urinary incontinence | 57(33.5) |
| | Parkinson's disease | 18(10.7) |
| | Cerebrovascular disease | 82(48.5) |
| | Bed sore | 20(12.3) |
| | others | 120(70.6) |
| Hospitalized periods | Number of disease | 3.84±1.29 |
| | <1 yrs. | 61(35.9) |
| | 1-3 yrs. | 51(30.0) |
| Cause of Hospitalize* | ≥3 yrs. | 58(34.1) |
| | For comfortable life | 8(4.7) |
| | Have no care-giver | 84(37.6) |
| | Look after chronic disease | 88(51.8) |
| | Conflict for Children | 5(2.5) |
| Activity | To spending time | 5(2.5) |
| | Music class | 47(27.6) |
| | Calligraphy class | 3(1.8) |
| | Calisthenics class | 15(8.8) |
| | Watching Movie | 11(6.5) |
| | Hand acupuncture therapy | 9(5.3) |
| | Participate lecture on health | 7(4.1) |
| | Practice religion | 18(10.6) |
| | Computer class | 23(1.2) |
| | Nothing | 58(34.1) |

* plural response

3.2 요인분석 및 신뢰도 검증

건강상태 측정 도구에 대한 타당도 검증을 위하여 탐색적 요인분석을 실시하였다. 문항 선택기준인 고유값(eigen value)은 1.0 이상인 요인을 Varimax 방식으로 요인구조를 분석하였는데, 요인 적재치 0.4이상을 기준으로

7개의 요인으로 구분되었으며 총 분산 설명력은 68.16% 이었다<Table 2>. 제 1요인은 우울, 섭섭함, 외로움 등의 11문항으로 정서적 인식(emotional perception)으로, 제 2요인은 언덕길 오르기, 가사일, 식사준비 등의 5문항으로 신체적인 체력이 있어 일상생활을 수행하기 위한 기능을 의미하는 것으로 체력(strength)으로 명명하였다. 제 3요인은 보행, 배설, 이동, 옷 입기, 교통수단이용하기 등의 6문항으로 기본적인 일상생활 수행과 관련된 기능을 의미하는 것으로 일상생활활동(daily activity)으로, 제 4요인은 손 자녀 돌보기, 직업, 취미생활의 3문항으로 사회

적인 역할수행을 의미하는 사회적 역할(social role)로 명명하였다. 제 5요인은 시력, 청력, 기억력의 감퇴에 관한 3문항으로 노년기의 신체변화와 관련된 것으로 몸의 변화(change of body)로, 제 6요인은 어울리기, 신앙생활의 2문항으로 사회적 관계를 맺는 것을 의미하는 사회적 기능(social function)으로 명명하였다. 마지막으로 통증의 강도와 빈도의 2문항은 통증(pain)으로 명명하였다.

요인분석을 통해 확인된 건강상태의 하위영역인 정서적 인식, 체력, 일상생활활동, 사회적 역할, 몸의 변화, 사회적 기능과 통증과 수면의 질 및 삶의 질간의 상관관계 분석결과는 <Table 3>과 같다. 수면의 질은 정서적 인식 -0.39(p=.000), 체력 -0.12(p=.000), 일상생활활동 -0.25(p=.000), 사회적 역할 -0.12(p=.000), 몸의 변화 -0.30(p=.000), 사회적 기능 -0.19(p=.000)과 통증 -0.33(p=.000)과 음의 상관관계를 보였다. 삶의 질은 정서적 인식 0.35(p=.000), 체력 0.34(p=.000), 일상생활활동 0.35(p=.000), 사회적 역할 0.31(p=.000), 몸의 변화 0.42(p=.000), 사회적 기능 0.26(p=.000), 통증 0.23(p=.000)과 양의 상관관계를 보였고, 수면의 질 -0.27(p=.000)간에는 음의 상관관계가 있었다.

탐색적 요인분석에서 밝혀진 노인건강상태의 7개 요인구조가 적합한지를 검증하기 위해 확인적 요인분석을 실시한 결과는 <Table 4>와 같다. 모형의 적합도 검증 결과, χ^2 은 958.829 유의확률은 0.000으로 모형과 자료가 일치한다는 영가설이 기각되었다.

<Table 2> Factor analysis of health status

| Question | Factor analysis | | | | | | |
|---|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| depress | .812 | | | | | | |
| lonely | .796 | | | | | | |
| irritable | .787 | | | | | | |
| sorrow | .775 | | | | | | |
| grief | .754 | | | | | | |
| sensitive | .726 | | | | | | |
| anxiety | .699 | | | | | | |
| thinking death | .663 | | | | | | |
| sleepless | .637 | | | | | | |
| lethargy | .569 | | | | | | |
| fatigue | .550 | | | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| climb hill | | .820 | | | | | |
| chore | | .736 | | | | | |
| walker | | .719 | | | | | |
| bath | | .692 | | | | | |
| cooking | | .476 | | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| walking | | | .695 | | | | |
| toilet | | | .679 | | | | |
| moving | | | .364 | | | | |
| transport | | | .589 | | | | |
| dressing | | | .579 | | | | |
| meal | | | .556 | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| caring kids | | | | .758 | | | |
| job | | | | .636 | | | |
| hobby | | | | .466 | | | |
| ----- | | | | | | | |
| sight | | | | | .821 | | |
| memory | | | | | .810 | | |
| hearing | | | | | .526 | | |
| ----- | | | | | | | |
| socialize | | | | | | .792 | |
| Faith | | | | | | .639 | |
| ----- | | | | | | | |
| Pain(freq.) | | | | | | | .800 |
| Pain(sev.) | | | | | | | .729 |
| ----- | | | | | | | |
| Eigen value | 6.43 | 3.62 | 3.61 | 2.38 | 2.22 | 1.79 | 1.73 |
| Variance(%) | 20.1 | 11.3 | 11.2 | 7.49 | 6.93 | 5.62 | 5.42 |
| Cumulative(%) | 20.1 | 31.4 | 42.7 | 50.1 | 57.1 | 62.7 | 68.1 |
| ----- | | | | | | | |
| KMO=0.895, Bartlett=3411.254(df=496 p=.000) | | | | | | | |

*KMO: Kaiser-Mayer Olkin

<Table 3> Correlation between Main variables and quality of life

| factor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SQ |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2 | .299 | ** | | | | | | |
| 3 | .525 | .674 | ** | | | | | |
| 4 | .361 | .620 | .550 | ** | | | | |
| 5 | .444 | .417 | .439 | .337 | ** | | | |
| 6 | .473 | .334 | .448 | .421 | .368 | ** | | |
| 7 | .496 | .304 | .416 | .347 | .348 | .295 | ** | |
| SQ | -.397 | -.123 | -.251 | -.124 | -.300 | -.198 | -.335 | ** |
| QoL | .355 | .343 | .355 | .319 | .424 | .268 | .238 | -.276 |

**p<.001, SQ: Sleep quality, QOL: Quality of life

CFI값은 0.838, TLI값은 0.807, RMSEA값은 0.083으로 양호한 적합도를 나타내어 7개요인 구조가 수집된 자료에 잘 부합된 모형이라고 볼 수 있다.

<Table 4> Structure model fit indices

| | df | χ^2 | p | CFI | TLI | RMSEA |
|-------|-----|----------|------|------|------|-------|
| model | 443 | 958.829 | .000 | .838 | .807 | .083 |

건강상태 평가 도구의 신뢰도를 알아보기 위해, 31문항 7개 요인에 대한 Cronbach- α 값을 구하였고, 수면의 질과 삶의 질에 대한 신뢰도 분석결과 <Table 5>와 같다.

<Table 5> Reliability coefficients of scale

| | M \pm S.D | Cronbach - α |
|------------------------|-----------------|------------------------|
| 1 Emotional perception | 2.40 \pm 0.57 | 0.922 |
| 2 Strength | 1.72 \pm 0.73 | 0.876 |
| 3 Daily activity | 2.23 \pm 0.70 | 0.845 |
| 4 Social role | 1.67 \pm 0.67 | 0.752 |
| 5 Change of body | 2.00 \pm 0.72 | 0.721 |
| 6 Social function | 2.47 \pm 0.80 | 0.661 |
| 7 Pain | 2.38 \pm 0.78 | 0.757 |
| Sleep quality | 8.13 \pm 3.60 | 0.750 |
| Quality of life | 2.45 \pm 0.41 | 0.743 |

정서적 인식 0.92, 체력 0.87, 일상생활활동 0.84, 사회적 역할 0.75, 몸의 변화 0.72, 사회적 기능 0.66, 통증 0.75로 전체 Cronbach- α 는 0.93으로 높게 나왔으며, 7개 요인의 신뢰도 계수가 0.6이상으로 나타났다. 수면의 질의 Cronbach- α 값은 0.75, 삶의 질의 Cronbach- α 값은 0.74인 것으로 나타나 문항제거 없이 모두 사용하였다.

3.3 건강상태와 수면의 질의 다중회귀분석

건강상태가 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이라는 가설 1-1, 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 1-7의 검정결과는 <Table 6>과 같다. 다중회귀분석에 앞서 일반적 특성 중 수면의 질에 영향을 미치는 요인을 t-검정과 일원배치분석(one way ANOVA) 및 사후검정을 통해 확인하였으나 일반적 특성에 따른 수면의 질은 통계적으로 유의하지 않았다.

<Table 6> Multiple regression of health status and sleep quality

| Variables | B | SE | β | t | p |
|----------------------|-------|------|---------|--------|-----------------|
| Constant | 2.122 | .161 | | 13.147 | .000 |
| Emotional perception | -.026 | .007 | -.316 | -3.864 | .000 |
| Pain | -.059 | .027 | -.178 | -2.180 | .031 |
| Strength | | | .005 | .061 | .951 |
| Daily activity | | | -.049 | -.582 | .561 |
| Change of body | | | -.147 | -1.853 | .066 |
| Social function | | | -.013 | -.158 | .875 |
| Social role | | | .033 | .433 | .665 |
| Adj. R ² | | | | | 17.8 |
| F(p) | | | | | 18.868 (.000**) |

** : p<.001

노인 건강상태의 하위영역을 독립변수로 회귀분석을 실시한 결과, 정서적 인식이 수면의 질에 미치는 영향은 t값 -3.86(p=0.000)으로 나타나 가설 1-1은 채택되었고 통증이 수면의 질에 미치는 영향은 t값 -2.18(p=0.000)로 나타나 가설 1-7도 채택되었다. 그 이외에 가설 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6은 통계적으로 유의하지 않아 지각되었다. 회귀모형 전체에 대한 적합성 검정결과 F=18.86, 유의확률 0.000이므로 유의수준 5%에서 적합함을 알 수 있다. 회귀계수의 유의성 검정에서 비록 체력, 일상생활활동, 몸의 변화, 사회적 역할과 사회적 기능이 유의수준 5%에서 유의하지 않으나 이를 포함한 전체식이 유의함으로 회귀모형의 설명력은 약 17.8% 정도이었다.

3.4 건강상태와 삶의 질의 다중회귀분석

건강상태가 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이라는 가설 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-5, 2-6, 2-7의 검정결과는 <Table 7>과 같다. 다중회귀분석에 앞서 일반적 특성 중 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 t-검정과 일원배치분석(one way ANOVA) 및 사후검정을 통해 확인하였는데, 선호활동에 따른 삶의 질 정도가 차이를 나타내었다. 사후검정을 실시하여 서예교실에 참여하는 노인이 다른 활동프로그램에 참여하는 노인에 비해 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

〈Table 7〉 Multiple regression of health status and quality of life

| Variables | B | SE | β | t | p |
|-----------------------|-------|------|---------|----------------|------|
| Constant | 1.808 | .105 | | 17.227 | .000 |
| Change of body | .062 | .015 | .322 | 4.201 | .000 |
| Daily activity | .021 | .008 | .213 | 2.771 | .006 |
| Emotional perception | | | .150 | 1.781 | .077 |
| Strength | | | .116 | 1.219 | .224 |
| Social role | | | .130 | 1.571 | .118 |
| Social function | | | .065 | .822 | .412 |
| Pain | | | .042 | .542 | .589 |
| F.A* (Calligraphy) | | | .036 | .504 | .615 |
| Adj. R ² | | | | 20.1 | |
| F(p) | | | | 22.021(.000**) | |

*: Favorite activity, **: p<.001

선호활동을 각각 가변수 처리하고 건강상태의 7개 요인을 독립변수로 회귀 분석한 결과는 몸의 변화가 삶의 질에 미치는 영향은 t값 4.20(p=0.000)으로 나타나 가설 2-5은 채택되었다. 일상생활활동이 삶의 질에 미치는 영향은 t값 2.77(p=0.006)로 나타나 가설 2-3도 채택되었다. 그 이외에 가설 2-1, 2-2, 2-4, 2-6, 2-7은 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다. 회귀모형 전체에 대한 적합성 검정결과 F=22.12, 유의확률 0.000이므로 유의수준 5%에서 적합함을 알 수 있다. 회귀계수의 유의성 검정에서 비록 정서적 인식, 체력, 사회적 역할, 사회적 기능과 통증이 유의수준 5%에서 유의하지 않으나 이를 포함한 전체식이 유의함으로 회귀모형의 설명력은 약 20.1% 정도이었다.

4. 논 의

본 연구는 급속한 고령화 속도에 따라 빠르게 증가하고 있는 요양병원 입원노인의 건강상태와 수면의 질 및 삶의 질 정도를 알아보고 건강상태가 수면과 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써 노인건강상태 유지·증진을 위한 양질의 노인 간호전략을 모색하기 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 연구대상자의 평균연령은 76.84세이고 평균 3.89개의 만성질환을 보유하고있으며, 뇌졸중환자가 48.5%, 요실

금은 33.5%, 욕창도 12.3%로 나타났다. 이는 요양병원 입원노인의 과반수이상 75세 이상의 고령이며, 3개 이상의 만성질환보유 노인도 90%에 달한다는 보고[19]와 일치하며, 2008년 요양병원과 노인전문병원의 입원급여 적정성 평가를 실시한 결과, 요실금 증상이 42.4%, 욕창과 폐렴은 각각 12.6%, 6.2%로 나타나 본 연구결과와 유사하였다.

건강상태 하위영역 중 가장 낮은 점수를 보인 것은 사회적 역할과 체력으로 나타났는데, 각각 평균 1.67점과 2.00점으로 중간이하이었다. 체력은 도구적 일상생활 수행능력(IADL)의 일부항목과 관련이 있는데, 장기요양서비스 이용노인 중 재가급여노인에 비해 시설급여 노인의 IADL은 9.98점으로 시설노인의 도구적 일상생활 의존도가 더욱 높았다는 보고와[30] 유사하였다. 반면에 시설노인이 재가노인에 비해 도구적 일상생활 능력 총 16개 항목 중 평균 12.7개 항목을 타인에게 의존하였다고 보고하여 본 연구결과를 지지하였다. IADL은 장기요양보험제도에서 요양판정지표로 사용되고 있으며, 항목에 대한 의존도가 높을수록 요양등급도 1등급으로 판정된다. 따라서 요양병원 입원노인의 상당수는 일상생활수행능력의 저하가 요양등급 1등급에 해당하는 정도로 심각함을 알 수 있으며, 노화과정에서 그 감퇴가 가속될 것이다. 그러나 IADL은 자립생활을 위해서 반드시 필요한 것이기 때문에 잔존기능을 유지하는 것이 무엇보다 중요할 것이다. 따라서 요양병원 입원노인을 위한 주기적인 IADL 평가를 실시하고 감퇴속도를 늦추기 위한 간호중재전략을 마련하는 것이 시급하다.

본 연구에서 건강상태가 수면의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이라는 가설을 검정한 결과, 하위영역 중 정서적 인식과 통증이 수면의 질에 유의한 부적(-)영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 통증호소가 높을수록 우울, 슬픔의 정서적 인식이 높을수록 수면의 질이 낮은 것을 의미하였다. 이는 중소병원 노인환자의 수면양상변화에 영향을 미치는 요인은 통증과 불안 및 우울 등의 심리적 요인이었다[24]는 보고와 일치하였다. 동일도구를 사용하여 재가노인과 병원입원노인의 수면의 질을 비교한 결과, 병원입원노인은 재가노인에 비해 고령노인이 상당수를 차지하였고, 만성질환으로 인한 통증호소가 많았으며 수면의 질이 더욱 낮은 것으로 보고[16]하여 본 연구와 유사하였다. 본 연구에서 정서적 인식은 우울, 슬픔, 섭섭

함, 죽음생각, 의욕 없음 등의 정서 상태를 의미하며, 4점 만점 중 평균 2.40점으로 나타나서 중간보다 높은 수치이었다. 이는 27%의 병원노인이 심각한 우울증을 가지며, 우울증상이 높을수록 수면의 질이 낮다는[13] 보고와 유사한 결과이다. 이제까지 노인이 되면 입면까지 시간이 걸리고, 숙면을 취하는 것도 어려워져 수면효율이 낮아짐을 정상적인 노화과정으로 간주하여왔다[18]. 그럼에도 불구하고 요양병원에 입원한 노인이 수면문제를 호소하면 일상적으로 수면유도 약물을 사용하였다. 요양병원 특성상 저녁이후에 특별한 활동이 없기 때문에 대다수의 노인 환자가 배뇨를 위한 이동이 있을 뿐 침상에 머물러 있기 때문에 수면제를 복용한 후에 일찍 수면에 들도록 하는 것이 용이할 수 있다. 한편 노인이 수면제를 복용하더라도 각성으로 인한 야간에 깨는 증상이 조절되지 않았고, 수면제를 복용하지 않은 노인에 비해 각성횟수가 더욱 높았다고 보고하였다[12]. 이로써수면제의 복용이 수면장애를 악화시킬 수 있음을 알 수 있다. 반면에 재가에 거주하면서 복지관의 신체활동 프로그램을 이용하는 노인이 시설에 입소한 노인에 비해 수면의 질이 높았음을 보고하여[22]하여 신체활동이 수면의 질적 향상에 도움이 됨을 알 수 있었다. 최근에 만성질환에 따른 장애가 있는 노인을 대상으로 신체활동프로그램과 수면의 질 간의 상관관계를 확인하는 연구들이 시도되었는데 [22,28,29], 노인의 잔존기능을 활용한 신체활동은 다른 노인들과 사회적인 관계형성하고 의료진과 친숙한 관계를 유지함으로써 노인의 정서에 긍정적인 효과가 있음이 확인되었다. 이상에서 요양병원 노인 환자는 만성질환에 따른 통증과 장기간의 입원으로 정서적 인식이 부정적임을 알 수 있다. 이러한 상황은 수면이 질을 악화시키고 질병회복에 부정적인 영향을 초래할 수 있기 때문에 수면의 질을 향상시키기 위해서는 요양병원 특성에 적합한 신체활동프로그램을 개발하여 입원노인의 신체활동을 증가시킬 수 있는 전략을 마련해야 할 것이다.

본 연구에서 건강상태가 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이라는 가설을 검증한 결과, 하위영역 중 몸의 변화와 일상생활활동이 삶의 질에 정적(+)영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 몸의 변화가 긍정적일수록 일상생활활동이 독립적일수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이는 요양병원 입원노인의 일상생활수행능력(ADL)이 독립적일수록 삶의 질이 높다는 보고[7]와 일치하는 결

과이며, 지역사회 노인의 신체기능(ADL)이 독립적일수록 삶의 질이 높았다는 보고[18]와는 유사하였다. 본 연구에서 몸의 변화는 시력, 기억력, 청력의 저하를 의미하며, 총 4점 만점에 평균 2.00점으로 중간정도의 저하를 보였다. 일상생활활동은 일상생활 수행능력(ADL)과 유사하여 앉았다 일어서기, 걷기, 배설, 옷 갈아입기, 이동, 교통수단이용과 식사하기 등의 타인 의존도를 의미하고, 총 4점 만점에 평균 2.33점으로 중간정도의 의존성이 있었다. 이는 요양병원 입원노인의 일상생활 수행능력을 측정한 결과, 동작, 이동, 식사, 배변 항목에서 50%이상이 2명 이상의 도움이 필요한 것으로 보고[30]하여 본 연구결과와 일치하였다. 요양병원 노인의 일상생활수행능력은 평균 정도의 약함을 보였다라는 보고와[8], 삼킴 곤란장애로 요양병원에 입원한 노인의 일상생활수행능력이 중간정도라는 보고[2]는 본 연구를 지지하였다. 이로서 요양병원 입원노인은 일상생활수행능력의 제한이 많으며, 만성질환으로 인한 장애발생으로 건강상태의 악화가 매우 심각함[9]을 알 수 있다.

선행연구[7,17,18]에서 노인의 일상생활수행능력이 삶의 질에 예측요인으로 확인되었으나, 요양병원 노인은 입원초기부터 ADL이 심각하게 저하되어 있고, 만성질환으로 인한 다양한 신체적 증상 및 장애를 가지고 있기 때문에 증상치료 및 합병증 관리에 초점을 두고 삶의 질을 평가하는 것에 소홀[8]하였다. 반면 뇌졸중으로 요양병원에 입원하고 있는 환자를 대상으로 한지를 이용한 집단 미술치료를 시행한 결과[19], 감정표현이 어려운 노인의 심리를 한지를 통해 잘 표현함으로써 심리적 안정에 효과적이었고 삶의 질 향상에 긍정적인 효과가 있었음이 보고되었다. 요양병원은 치료와 더불어 장기간의 요양이 필요한 노인을 보호함을 목적으로 하는 의료기관이기 때문에 오랫동안 가족과 떨어져 생활하는 노인들의 가정과 같은 안식처로서의 역할을 수행할 필요가 있다. 따라서 요양병원 노인환자의 신체적인 치료뿐만 아니라 정서적인 재활에 대해 관심을 가지고 요양병원의 특성을 고려하여 입원한 노인들과의 정서적인 접촉과 의료인과의 긍정적인 관계형성을 통해 지지를 제공할 수 있는 집단여가프로그램의 개발이 절실히 요구된다.

본 연구는 대상자의 표집을 일부 특정 지역에 거주하는 요양병원에 입원한 노인을 위주로 편의표집 하였으며, 노인의 건강상태에 영향을 미치는 요인들로 제한된 변수

들의 관계만을 분석하였기 때문에 본 연구결과를 요양병원 입원노인 전체에 일반화하는데 신중을 기해야 한다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 요양병원에 입원한 노인의 건강상태를 분석하고 건강상태가 수면의 질과 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써 요양병원에 입원한 노인의 건강회복 및 재활을 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위해 시도하였다.

연구결과 노인대상자들은 평균 3개 이상의 만성질환을 앓고 있으며, 중간이하의 건강수준인 것으로 나타났다. 건강상태의 하위영역 중 통증과 정서적 인식은 수면의 질에 부(-)의 영향을 미치며, 몸의 변화와 일상생활활동은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이상의 결과를 바탕으로 장기간 입원하고 있는 노인대상자의 신체기능 및 정서적 인식에 대한 주기적인 평가를 통해 일상생활활동의 저하를 예방하고 정서적인 문제를 조기에 발견하여 효과적으로 대처하여야 할 것이다. 또한 장기간 가족과 떨어져 입원하고 있는 노인 환자가 정서적인 변화를 표현할 수 있는 요양병원 특성에 적합한 환경을 조성하여 노인환자의 건강상태를 증진시키기 위한 간호중재방안을 모색하는 것이 필요함을 알 수 있었다.

본 연구는 요양병원 입원노인의 건강상태가 수면의 질과 삶의 질에 영향을 미치는 실증적으로 파악하였다는 점과 요양병원간호에 있어 노인대상자의 수면의 질과 삶의 질에 가장 영향을 미치는 하위영역을 확인하였고 이는 실제적인 노인 간호중재에 활용할 수 있을 것이라는 점에서 의의가 있다고 하겠다.

이상과 같은 분석결과를 토대로 간호실무, 교육, 연구를 위하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 요양병원 간호사는 입원한 노인을 대상으로 주기적으로 건강상태를 사정하여 각 개인의 정서적 인식과 신체기능 및 통증정도와 이에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 이들의 건강상태 유지증진을 위한 개별적 간호전략을 적용하여야 할 것이다.

둘째, 요양병원 입원노인의 건강상태의 문제, 정서적 인식의 중요성, 건강상태에 영향요인, 건강상태 개선을 위한 전략에 대한 지식은 간호에 있어서 필수적이므로,

간호학 교과과정 또는 간호사 보수교육에서 활용 가능할 것이다.

셋째, 추후 요양병원 입원노인의 정서적 건강상태를 증진시킬 수 있는 프로그램의 개발, 적용 및 평가를 위한 연구와 다른 하위영역과 그에 영향을 미치는 관련 변수들을 확인하는 반복연구를 제언한다.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was supported by a 1-year Research Grant of Catholic University of Pusan.

REFERENCES

- [1] Korea Statistical Office. Elderly Statistics. <http://kosis.nso.go.kr>, 2012.
- [2] Korea Institute for Health and Social Affairs. Health behavior and chronic disease statistics. Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul, 2011.
- [3] National Health Insurance Corporation. National health interview survey on the long-term care insurance services. 2008.
- [4] G. R. Hong, Y. K. Lee, Y. Park, E. Oh. The impacts of difficulty on daily activities, grip strength, and activities of daily living on perceived health in community-living older adults. *Journal of Joint Health*, Vol. 17, No. 2, 192-202, 2010.
- [5] Medical law. Revised edit. in medical law 3, <http://likms.assembly.go.kr.law./jsp/Law>, 2009.
- [6] Korea Association Geriatric Hospital. Korea association Geriatric hospital magazine, pp. 3-4, 2009, Oct 1st.
- [7] J. Y. Baek, K. B. Oh, The influences of swallowing function on swallowing-quality of life and activity of daily living of inpatients in geriatric hospital. *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol. 7, No.1, pp. 167-177, 2013.
- [8] J. Y. Hong, S. Y. Hwang, A Study on depression

- and activities of daily living among elderly patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol. 22, No. 5, pp. 457-465, 2010.
- [9] K. S. Chae, N. Y. Lim, J. H. Song, The predictors on pressure ulcer stage of health status on the hospitalized elderly patients on long-term care facilities. *Journal The Korean Society of Living Environmental System*, Vol. 19, No. 6, pp. 697-709, 2012.
- [10] M. S. Walid, N. Zaytseva, Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders. *Pain Physician*, Vol. 12, No. 5, pp. 877-880, 2009.
- [11] H. J. Shim, J. S. Kim, K. H. Kim, Factors affecting sleeping pattern among hospitalized elderly. *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol. 20, No. 4, pp. 573-587, 2008.
- [12] B. Y. Hur, J. H. Kim, Sleep disorders of elders with dementia in long-term care hospitals, *Journal Of Korean Gerontological Nursing*, Vol. 11, No. 2, pp. 139-151, 2009.
- [13] O. S. Cho, J. I. Kim, Y. M. Kim, A Study on sleep quality and geriatric depression in the elderly between hospital and senior welfare service center., *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 33, No. 2, pp. 499-507, 2013.
- [14] J. Y. Kim, H. Park, I. S. Lee, The effect of group art therapy with Hanji, Korean paper, to improve the quality of life of elderly stroke patients. *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol. 32, No. 1, pp. 87-102, 2012.
- [15] S. K. Min, C. I. Lee, K. I. Kim, S. Y. Suh, D. K. Kim, Development of Korean version of WHO Quality of life scale abbreviated version, *Korean Neuro Psychiatric Association*, Vol. 39, No. 3, pp. 571-579, 2000.
- [16] E. H. Kim, Y. K. Kim, Factors related to the health related quality of life among institutional elders. *Korean Journal of Adult Nursing*, Vol. 22, No. 3, pp. 281-290, 2010.
- [17] H. J. Hyun, A. Chang, S. J. Yu, Y. H. Park, Comparison of comprehensive health status and health-related quality of life between institutionalized older adults and community dwelling older adults. *Journal of Academy Community Health Nursing*, Vol. 22, No. 1, pp. 40-50, 2012.
- [18] S. A. Yang, A Study on the relationship among physical function, quality of sleep and quality of life for the elderly in a community. *The Journal of Digital & Management*, Vol. 11, No. 5, pp., 335-345, 2013.
- [19] H. C. Shin, C. H. Kim, B. L. Cho, J. W. Won, S. W. Song, Y. K. Park, Y. H. Yun, S. P. Jung. The development of a Korean health status measure for the elderly. *Journal of Korean Family Medicine*, Vol. 23, No. 4, pp. 440-452, 2002.
- [20] D. J. Buysse, C. F. Reynolds III., T. H. Monk, S. R. Berman, D. J. Kupfer, The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, Vol. 28, pp. 193-213, 1989.
- [21] Health Insurance Review & Association Service, Trade of study in Geriatric hospital payment, pp. 41-42, 2009. Retrived July 28, 2014, from <http://www.hira.or.kr>.
- [22] K. O. Chang, D. Y. Bae, S. G. Park, Effect of perceived health status, sleep and depression on quality of life of elderly school participants. *Journal of muscle and joint health*, Vol. 19, No. 3, pp. 329-339, 2012.
- [23] M. M. Makhlof, A. I. Ayoub, M. M. Abdel-Fattah, Insomnia symptoms and their correlates among elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. *Sleep Breath*, Vol. 11, No. 3, pp. 187-194, 2007.
- [24] N. Wolkove, O. Elkholy, M. Baltzan, M. Palayew, Sleep and aging: sleep disorders commonly found in order people. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 178, No. 9, pp. 1299-1304, 2007.
- [25] S. Ancoli, J. R. Cooke, Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly

- population. Journal of American Geriatric Society, Vol. 53. pp. 264-271. 2005.
- [26] H. K. Kim, J. S. Han, Factors related to the quality of sleep in the elderly women. The Korea Academia- Industrial cooperation Society, Vol. 12, No. 10, pp. 4467-4474, 2011.
- [27] S. Hoffman, Sleep in the older adults; implications for nurse. Geriatric Nursing, Vol. 24, No. 4, pp. 210-216, 2003.
- [28] S. Inoue, T. Yorifuji, M. Sugiyama, T. Ohta, K. Ishikawa-Takata, H. Doi, Does Habitual Physical Activity Prevent Insomnia? A Cross sectional and Longitudinal Study of Elderly People in Japan. Journal of Aging & Physical Activity, 2012.
- [29] C. H. Kim, Y. G. Park, H. C. Shin, J. W. Won, B. R. Cho, S. W. Song, Y. H., Yoon, S. P. Jung, The development of a Korean health status measure for the elderly. Korean Journal of Family Medicine, Vol. 23, No. 4, pp. 440-457, 2002.
- [30] J. L. Kim, J. J. Lee, S. W. Yi, W. S. Park, J. S. Song. A study on differences of the functional status and elderly patients in long-term care hospital and general hospital. Kwondon Medical Journal. Vol. 7, No. 2. 61-72. 2003.

김 은 하(Kim, Eun Ha)



- 1992년 2월 : 이화여자대학교 간호학과 (이학사)
- 1995년 2월 : 이화여자대학교 간호학과 (간호학석사)
- 2006년 8월 : 이화여자대학교 간호학과 (간호학박사)
- 2007년 3월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 간호대학 교수

· 관심분야 : 노인 간호, 보건교육 건강증진, 현상학
 · E-Mail : hake114@cup.ac.kr

문 선 영(Moon, Sun Young)



- 1980년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(이학사)
- 1995년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학석사)
- 2003년 2월 : 이화여자대학교 간호학과(간호학박사)
- 1997년 3월 ~ 현재 : 신한대학교 간호학과 교수

· 관심분야 : 아동간호, 간호수가, 간호 관리
 · E-Mail : symoon8089@hamail.net