Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society
Vol. 16, No. 4 pp. 2609-2619, 2015

http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.4.2609
ISSN 1975-4701 / eISSN 2288-4688

노인요양시설 노인들의 건강상태, 일상생활능력, 수면상태와 우울의 관련성

김명숙[1], 김종임[2*]
[1]대전대학교 사회복지학과, [2]중원대학교 간호학과

Relationship Among the Health State, Daily Living Activities (ADL, IADL), Sleep State, and Depression Among Old People at Elderly Care Facilities

Myeong-Suk Kim[1] and Jong-Im Kim[2*]
[1]Department of Social Welfare, Daejeon University
[2]Department of Nursing, Jungwon University

요 약 본 연구는 노인요양시설 노인들의 우울과 건강상태, 일상생활수행능력, 수면상태의 관련성을 파악하고자 실시하였다. 연구대상자는 노인요양시설에서 거주하는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 노인요양시설 노인들의 우울 관련성은 시력상태, 치아상태, 수면의 질, 수면상태 등과 관련이 있었으며, 시력상태가 나쁜 군, 치아상태가 나쁜 군, 수면의 질이 나쁜 군, 수면장애가 있는 군에서 높게 나타났다. 우울과의 상관관계에서는 우울과 연령과는 음의 상관관계로 나타났고, 치아상태, 수면의 질 등이 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 노인요양시설 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인으로 시력상태, 치아상태, 수면상태, 청력상태 등이 관련성이 높게 나타났다.
결론적으로, 노인요양시설 노인들의 우울과의 관련성은 개인이 인지하는 건강상태와 관련이 높으며, 건강관리와 간호중재도 개인별 건강상태에 세심한 관심과 시력상태, 치아상태가 낮은 노인관리가 중요하다고 하겠다.

Abstract The purpose of this study was to investigate relationship among the depression, physical condition, daily living activities, and sleep state among old people at elderly care facilities. The subjects include old people aged 65 or older residing at an elderly care facility. At elderly care facilities, the depression of old people was related with the state of vision, mastication ability, quality of sleep, and sleep state. The degree of relation was high in the group with a poor vision, the one with a bad condition of teeth, the one that considered their quality of sleep to be poor, and the one with somnipathy. Their depression had negative correlations with age and positive ones with mastication ability and assessment of quality of sleep. At elderly care facilities, the depression of old people was highly connected with the state of vision, mastication ability, sleep state, and hearing ability. In short, the depression of old people at elderly care facilities is highly connected to the health state perceived individually. The findings point to the importance of close interest in individual health state and management of old people in poor vision, mastication ability in healthcare and nursing intervention.

Key Words : Elderly, Depression

1. 서론

1.1 연구의 필요성

노인인구의 급속한 증가로 노인 요양시설 등의 노인 복지시설이 증대되고 있으며, 노인 인구의 1.5%가 노인 시설에 입소하고 있는 것으로 나타났다[1]. 노인들은 요

*Corresponding Author : Jong-Im Kim(Jungwon Univ.)
Tel: +82-10-4201-4643 email: jikim17@jwu.ac.kr
Received February 27, 2015 Revised (1st March 13, 2015, 2nd March 23, 2015)
Accepted April 9, 2015 Published April 30, 2015

양시설에 입소하면 친숙했던 환경으로부터 이탈되어 사회적 관계 및 가족, 이웃 간의 정서적 애착 등의 단절을 경험하게 되어 불안, 불면, 의기소침 등을 느끼게 된다[2]. 또한 노인요양시설에 입소하는 노인들은 노인성 질환, 만성질환으로 인지, 행동장애 및 정신건강문제를 가진[2]. 요양 1,2,3 등급에 해당되는 고령노인으로 대부분 신체적 기능이 저하되어 와상상태로 진행되는 과정에 있는 노인들이 대부분이다. 이들은 대부분 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)도 저하되어 있으며, 이러한 요인들은 노인 우울을 높게 하는 요인이 되고 있고[3], 요양시설에 입소된 노인들은 우울정도도 높은 것으로 나타나고 있다[4].

우리나라 요양시설 노인들 중 우울진단을 받은 노인은 약 30%에 이르는 것으로 추정되고 있으며[5], 시설노인들은 일반노인보다 두 배 이상의 우울발생으로[6] 보고되었다. 이처럼 요양시설 입소 노인들은 우울이 높고, 우울과 관련 될 수 있는 복합적인 문제가 많지만 이들의 우울과 관련된 영향요인을 분석한 연구는 많지 않다. 따라서 우울 취약집단으로 알려진 노인요양시설 노인들의 우울과의 관련성에 초점을 맞춘 연구의 필요성이 제기 될 수 있다.

한편 노인의 건강상태는 노인들이 노화로 인해 저하된 기능을 개인이 일상생활에서 느끼는 신체 상태로, 노인들의 사회. 문화적 환경에 의해 영향을 받으며[7], 건강상태나 기능 저하 등의 불균형 발생 시 정신적 건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다[8]. 또한 노인은 노화로 인한 정신적, 신체적 기능저하로 다른 사람의 도움을 받는 생활은 노인을 위축시키고[3], 이러한 상황은 주관적인 건강상태와 우울에 영향을 미치고 있기 때문에[9], 노인 건강과 우울간의 관련성을 파악하기에 중요한 자료가 될 것으로 본다.

또한 수면은 건강회복과 생존에 반드시 필요한 것으로 충분한 수면을 취하지 못하면 식욕상실과 피로와 함께 일상생활활동에 장애를 받게 된다[10]. 노인들은 수면기간이 짧아지고 수면방해가 높아 수면의 질이 낮아지는 경향이 있어 이를 회복하고, 뇌를 재충전시키는 활동으로 노인에게 수면은 중요한 휴식 방법 중 하나이다[11]. 노인요양시설 입소 노인들은 생활환경의 변화와 함께 지적, 신체적 활동량이 매우 적어 가정에서 생활하는 경우보다 불안, 우울, 수면장애로 인한 피로 등의 건강문제가 일반 노인보다 더 야기된다고 볼 수 있다. Park 등[12]은 수면양상의 변화는 노인의 우울에 영향을 주어 수면장애가 심할수록 우울증상도 심해진다고 하였다. 이는 노인들이 밤 시간에 깊은 잠을 자지 못하고, 낮에도 가수면 상태로 신체활동 및 신체적인 기능저하가 나타나기 때문일 것이다[13]. 이로 인해 노인들에게의 수면장애는 신체적인 기능 저하나 인지능력의 장애, 사망까지[14], 이어질 수 있으므로 수면장애에 대한 증상을 발견하고 정확하게 측정하여, 우울이나 다른 질환으로 이어지는 것을 방지 할 수 있도록 관심을 가지고 이에 적극적으로 개입이 필요함을 시사한다.

최근 요양시설 노인에 대한 선행 연구에서는 입소 노인의 자기 통제감, 사회적지지, 우울관련[15]과 시설노인의 자아존중감과 우울[12], 요양시설노인의 건강관련 삶의 질[16]이 있으나 요양시설 노인들의 우울과 관련성 요인들을 포함한 다양한 연구가 이루어지지 못하고 있는 실정이다.

따라서 본 연구는 현재 입소중인 노인요양시설 노인의 우울의 분포를 살펴보고 우울문제를 지닌 노인에 대한 이해를 바탕으로 일반적 특성과 건강상태, 일상생활수행능력, 수면과의 차이와 관련성을 파악하여 노인요양시설에서의 효과적인 노인의 우울예방 및 관리할 수 있는 중재개발에 기초 자료를 제공하고자 한다.

1.2 연구목적

본 연구는 일부 요양시설 노인들의 인구사회학적 특성, 건강상태, 일상생활능력(ADL, IADL), 수면상태에 따른 우울 정도를 알아보고, 우울과의 관련성을 검토하고자 한다. 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 연구 대상자의 인구사회학적 특성과 건강상태, 일상생활능력(ADL, IADL), 수면상태에 따른 우울 분포를 파악한다.

둘째, 연구 대상자의 우울과 인구사회학적 특성, 건강상태, 일상생활능력, 수면상태와의 상관관계를 파악한다.

셋째, 연구 대상자의 인구사회학적 특성과 건강상태, 일상생활능력, 수면상태와 우울과의 관련성을 확인한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 노인요양시설에 입소한 노인의 건강상태,

일상생활능력, 수면상태와 우울의 관련성을 파악하고, 우울의 관련요인을 설명하는 기술적 상관관계 연구이다.

2.2 연구대상자 및 자료수집

본 연구의 대상자는 일개 광역시에 있는 노인 요양시설에 입소한 노인 중 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 조사대상 지역 5개구의 노인요양시설은 63개소로 요양시설중 약 1/10에 해당하는 6개소의 노인 요양시설을 임의 선정하여 면접 조사하였다. 자료 수집은 연구자가 직접 방문하여 기관장의 협조를 구한 후 간호사의 도움을 받아 실시하였다. 대상자에게 연구목적과 필요성을 설명하였고, 연구동의서에 참여 동의를 한 노인들을 대상으로 하였다. 의사소통이 어렵거나 중증 노인성질환 노인들은 제외 하였다. 수집된 자료는 277부 이었고, 그 중 응답이 불충분하거나 통계처리가 어려운 자료를 제외한 271부였다. 본 연구는 통계적 검증에 필요한 최소 표본수를 산출하기 위해서 표본의 수는 Cohen[17] 이 제시한 표본의 크기 결정방법에 근거하여, G-Power 통계적 검증력 분석방법을 통해 계산하였다. 분석방법은 통계 유의수준 .05, 효과의 크기 .15, 검정력 .95을 유지하기 위해 필요한 최소 표본 크기는 246명이 요구 되었으므로 271명은 최소 표본수를 충족하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 건강상태

건강상태에 관한 변수로는 신체의 부자유 유무, 눈, 귀, 치아의 부자유 유무 등을 조사하였다. 신체의 부자유 유무, 눈, 귀, 치아의 부자유 유무는 '현재 시력은 어떻습니까?', '현재 귀의 듣는 능력은 어떻습니까?', '현재 치아 상태는 어떻습니까?'로 하여 좋다와 부자유하다로 구분하였다.

2.2.2 일상생활 수행능력 (Activities of Daily Living, ADL)

일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)을 평가하는 도구로 한국형 일상생활수행능력(Korean Activities of Daily Living, K-ADL)는 Won 등[19]이 2002년 우리나라 문화적 배경에 맞게 조정한 측정도구를 사용하였다. 즉, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 사용하기, 이동하기, 대소변 조절하기, 식사하기, 세수하기 등으로 구성되어 있으며, 노인 장기요양보험제도에서 K-ADL 12항목으로 대상자의 등급판정으로 사용하고 있는 척도를 사용하여 측정하였다. 완전자립가능, 부분적인 도움이 필요함, 완전한 도움이 필요함 등으로 구분하였고, 총점은 36점이며 점수가 낮을수록 독립적이지 않은 것을 의미한다. 개발당시 신뢰도 Cronbach's α값은 .94이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α값은 .93이었다.

2.2.3 도구적 일상생활수행능력

도구적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)은 Lawton과 Brody[20]가 개발한 도구적 일상생활활동 측정도구를 Won 등[19]에 의해 개발한 한국형 도구적 일상생활수행능력(Korean Instrumental Activities of Daily Living, K-IADL)를 사용하였다. 이는 집안일하기, 근거리 외출하기, 버스나 택시타고 외출하기, 자신의 취사준비하기, 일상생활에 필요한 물품사기, 금전관리, 약 챙겨먹기, 전화 걸고 받기, 빨래하기, 몸단장하기 등 총 10문항으로 '완전자립', '부분도움', '완전도움'으로 측정하였으며, 점수가 낮을수록 의존정도가 높아 신체적 건강상태가 낮은 것을 의미한다. 신체적 자립보다는 상위수준에 있는 활동능력을 측정하는 것으로 지역사회에서 독립적 생활을 유지할 수 있는지를 결정하기에 중요한 측정변수이다. 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 α값은 .94이었고 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α값은 .88이었다.

2.2.4 수면상태

대상자의 수면과 관련된 문항으로 '하루 동안 총 수면시간이 몇 시간 입니까?'로 총 수면시간을 확인 하였고, 지난 1주일 동안 총 수면시간과 수면을 질적 측면으로 평가해 수면의 질이 좋다, 나쁘다로 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.

2.2.5 우울

우울여부를 측정하기 위하여 Kee[18]가 한국의 문화

적 특성에 맞게 번안하여 단축시킨 한국판 노인 우울척도 단축형(Geriatric Depression Scale Short Form Korean Version, GDSSF-K)을 사용하였다. 총 15개 문항으로 구성되어 있으며, ‘예', ‘아니오'로 응답하게 하였다. 문항 중 10개 문항은 부정적인 문항으로 구성되어 있고, 5개 문항은 긍정적인 문항으로 구성되어 있다. 부정적인 문항으로는 ‘지금까지 해온 일이 흥미가 없어서 그만 두었습니까’, ‘자신의 삶이 허무하다고 느낍니까’, ‘기억력이 떨어졌다고 생각 하십니까’ 등으로 ‘예’인 경우는 1점으로 처리 하였다. 긍정적인 내용의 5문항은‘자신의 삶에 대해 만족 하십니까’, ‘항상 행복하다고 느끼고 있습니까’ 등으로 구성되어 있으며, 응답은 역 점수화하여 산출하였다. 총점은 0점에서 15점을 기준으로 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미하며, 5점 이하는 정상, 5점 이상은 우울로 분류하며, 본 연구에서는 우울 군을 세분화하여 총점 15점 중 5점 이하는 정상 군, 6-9점은 중증군의 우울증상, 10이상은 우울 군으로 하였다. GDSSF-K의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α값은 .88이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's α값은 .85이었다.

2.3 자료 분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0 통계프로그램을 사용하였으며, 다음과 같은 통계 방법을 이용하여 분석하였다. 인구사회학적 특성, 건강상태 및 일상생활수행능력(ADL, IADL), 수면상태 특성에 따른 우울의 차이를 알아보기 위하여 빈도 분석, t-test, 인구사회학적 특성과 건강상태 및 일상생활수행능력, 수면상태와 우울과의 상관관계는 pearson‘s correlation을 이용하였고, 건강상태, 일상생활수행능력, 수면상태가 우울수준에 미치는 위험비를 산출하기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 이용하여 교차비(Odds ratio)와 95% 신뢰구간을 구하였다.

2.4 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 첫째, 일부 요양시설에 입주하고 있는 노인들을 대상으로 한 연구로써 연구 결과를 일반화 시키는 데는 한계가 있다.

둘째, 본 연구는 단면연구로서 노인들의 우울수준과 각 요인들과의 관련성을 알아보는 것은 가능하지만 인과관계를 알아보는 것은 무리가 있다고 생각된다. 이 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 신체적, 정신적으로 취약한 노인요양시설 노인들의 우울에 관련된 요인을 개인이 인지하는 건강상태, 일상생활수행능력, 수면상태 등을 사용하여 분석하였다는 점이다.

3. 연구 결과

3.1 인구사회학적 특성 별 우울 분포

연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 우울 분포 결과는 Table 1과 같다. 성별은 남자는 55명(20.3%), 여자는 216명(79.7%)로 여자가 대부분을 차지하였다. 여자의 우울 분포는 정상은 20.8%, 경한우울 44.4%, 중증우울은 34.7%로 나타났다. 연령은 75-84세가 49.1%로 가장 많았으며, 이 연령대의 우울 분포는 정상은 24.1%, 경한우울 37.6%, 중증우울은 38.3%로 나타났다. 학력은 교육을 받지 못한 무학이 54.6%, 초등학교 이하가 31.7%로 나타났으며, 이들의 우울 분포는 무학에서는 정상 18.2%, 경한우울 47.3%, 중증우울은 34.5%로, 초등학교 이하는 정상 20.9%, 경한우울 41.9%, 중증우울은 37.2%로 나타났다. 생활비 조달은 아들과 딸 등 자녀가 부담하는 경우가 63.1%로 높게 나타났고, 요양시설 입주기간이 1-2년인 경우는 48.7%로 나타났으며, 입주기간이 5년 이상인 경우는 25.1%로 나타났으며, 이들의 우울 분포는 입주기간 1-2년인 경우 정상은 25.0%, 경한우울은 34.1%, 중증우울은 40.9%이며, 입주기간 3-4년 이상인 경우는 정상이 16.9%, 경한우울은 52.1%, 중증우울은 31.0%로 나타났다. 입주기간 5년 이상인 경우는 정상이 14.7%, 경한우울은 50.0%, 중증우울은 35.3%로 나타났다. 요양등급에 따르면 요양등급 1등급인 경우 7.4%, 2등급 35.1%, 3등급은 53.9%로 높게 나타났다. 이들의 우울 분포는 요양등급 1등급에서는 정상이 15.0%, 경한 우울 55.0%, 중증 우울이 30.0%로 나타났고, 요양등급 2등급에서는 정상이 16.8%, 경한 우울 43.2%, 중증우울은 40.0%로 나타났으며, 요양등급 3등급에서는 정상이 24.7%, 경한 우울 39.7%, 중증우울 35.6%로 나타났다. 이 결과로 볼 때, 경한 우울은 여자 75-84세, 노인의 입주기간 3-4년, 요양등급 1등급에서 높았고, 중증우울은 남자 노인 65-74세, 입주기간 1-2년, 요양등급 2등급에서 높았다[Table 1].

Table 1. Distribution of Depression According to Sociodemo graphic Characteristics of Subjects (N=271)

Variables		Depression					
		Total n(%)	Normal n(%)	Mild Depression n(%)	Severe Depression n(%)	χ^2	*p*
Gender	Male	55(20.3)	10(18.2)	20(36.4)	25(45.5)	2.18	
	Female	216(79.7)	58(20.8)	116(44.4)	100(34.7)		.431
Age(year)	65-74	51(18.8)	6(11.8)	23(45.1)	22(43.1)	5.93	
	75-84	133(49.1)	32(24.1)	50(37.6)	51(38.3)		
	85-94	80(29.5)	16(20.0)	39(48.8)	25(31.3)		
	≥95	7(2.6)	2(28.6)	3(42.9)	2(28.6)		.097
Education	No education	148(54.6)	27(18.2)	70(47.3)	51(34.5)	12.50	
	≤Elementary school	86(31.7)	18(20.9)	36(41.9)	32(37.2)		
	≤Middle school	26(9.6)	9(34.6)	3(11.5)	14(53.8)		
	≥High school	11(4.1)	2(18.2)	6(54.5)	3(27.3)		.052
Bear for living expenses	Oneself/spouse	9(3.3)	1(11.1)	6(66.7)	2(22.2)	2.76	
	Son/daughter	171(63.1)	36(21.1)	72(42.1)	63(36.8)		
	Governmental subsidies	91(32.8)	18(20.2)	38(41.6)	35(38.2)		.644
Duration of nursing home(yer)	1-2	132(48.7)	33(25.0)	45(34.1)	54(40.9)	8.78	
	3-4	71(26.2)	12(16.9)	37(52.1)	22(31.0)		
	≥5	68(25.1)	10(14.7)	34(50.0)	24(35.3)		.067
Long-term care service	Grade Ⅰ	20(7.4)	3(15.0)	11(55.0)	6(30.0)	6.54	
	GradeⅡ	95(35.1)	16(16.8)	41(43.2)	38(40.0)		
	GradeⅢ	146(53.9)	36(24.7)	58(39.7)	52(35.6)		
	Others	10(3.7)	0(0.0)	6(60.0)	4(36.0)		.208
Total		271(100)	56(20.7)	115(42.4)	100(36.9)		

3.2 건강상태 별 우울

건강상태에 따른 우울은 Table 2와 같다. 신체적인 장애가 없다는 군은 41명(15.1%), 있다는 군은 230명(84.9%)으로 나타났다. 신체적인 장애가 없다는 군 41명(15.1%)에서 우울은 정상 24.4%, 경한우울 48.8%, 중증우울은 26.8%로 나타났으며, 신체적인 장애가 있다는 군 230명(84.9%)에서 우울은 정상 19.6%, 경한우울 41.7%, 중증우울은 38.7%로 나타났다. 눈의 불편함이 없다는 군은 130명(48.0%), 눈의 불편함이 있다는 군은 141명(52.0%)으로 이들의 우울 분포는 정상 29.2%, 경한 우울 33.8%, 중증우울은 36.9%로 나타났으며, 눈의 불편함이 있는 군의 우울은 정상 12.1%, 경한우울 51.1%, 중증우울은 36.9%로 나타났으며, 통계적으로 유의하게 나타났다(p<.001). 듣는 능력이 좋은 군은 129명(47.6%), 듣는 능력이 좋지 않다는 군은 142명(52.4%)으로 나타났으며, 듣는 능력이 좋지 않은 군에서는 정상 15.5%, 경한 우울 47.2%, 중증우울이 37.3%로 나타났다. 치아의 불편함이 없는 군은 75명(27.7%)으로, 치아의 불편함 상태 군은 196명(72.3%)로 나타났다. 이들의 우울은 치아의 불편함이 없는 군은 정상 37.3%, 경한우울 34.7%, 중증우울은 28.0%로 나타났고. 치아의 불편함 상태 군은 정상 13.8%, 경한우울 45.9%, 중증우울 40.3%로 높게 나타났으며 통계적으로 유의하였다(p<.001). 결과로 볼 때, 경한 우울은 눈의 불편함이 있는 군이 51.1%로 높았고, 중증우울은 치아의 불편함이 있는 군이 40.3%로 높았다[Table 2].

3.3 일상생활수행능력(ADL, IADL), 수면상태 별 우울

대상자의 일상생활수행능력(ADL), 도구적 일상생활수행능력(IADL), 수면상태 별 우울의 결과는 Table 3과 같다. 일상생활수행능력(ADL)은 독립적인 군이 16명(6.1%)으로 나타났고, 의존적인 군이 247명(93.9%)로 나타났으며, 이들의 우울은 의존적인 군에서 정상 20.6%, 경한 우울 44.9%, 중증우울은 34.4%로 나타났고, 독립적인 군에서 우울은 정상 12.5%, 경한우울 25.0%, 중증우울 62.5%로 나타났다. 도구적 일상생활수행능력(IADL)은 독립적인 군이 7명(2.6%), 의존적인 군은 264명(97.4%)으로 나타났으며, 의존적인 군의 우울은 정상 20.4%, 경한우울 43.2%, 중증우울은 37.1%로

Table 2. Distribution of Depression According to Health state of Subjects (N=271)

Variables		Total n(%)	Depression			χ^2	*p*
			Normal n(%)	Mild Depression n(%)	Severe Depression n(%)		
Disability of body	Yes	230(84.9)	45(19.6)	96(41.7)	89(38.7)	2.130	
	No	41(15.1)	10(24.4)	20(48.8)	11(26.8)		.183
Visual acuity	Good	130(48.0)	38(29.2)	44(33.8)	48(36.9)	14.514	
	Poor	141(52.0)	17(12.1)	72(51.1)	52(36.9)		<.001
Hearing ability	Good	129(47.6)	33(25.6)	49(38.0)	47(36.4)	4.74	.093
	Poor	142(52.4)	22(15.5)	67(47.2)	53(37.3)		
Mastication ability	Good	75(27.7)	28(37.3)	26(34.7)	21(28.0)	18.663	
	Poor	196(72.3)	27(13.8)	90(45.9)	79(40.3)		<.001
Total		271(100)	56(20.7)	115(42.4)	100(36.9)		

나타났고, 독립적인 군의 우울은 정상 15.4%, 경한 우울 42.9%, 중증우울 28.6%로 나타났다. 수면의 질 평가에서는 수면의 질이 좋다는 221명(81.5%), 수면의 질이 나쁘다가 50명(18.5%)으로 나타났다. 수면의 질이 좋다는 군에서의 우울의 분포는 정상 21.7%, 경한우울 44.8%, 중증우울은 33.5%로 나타났으며, 수면의 질이 나쁘다는 군에서는 정상 16.0%, 경한우울 32.0%, 중증우울 52.0%로 나타났다. 수면시간에서는 정상 108명(39.9%), 수면장애는 163명(60.1%)으로 나타났다. 수면시간 정상 군에서는 우울이 정상 26.9%, 경증우울에서는 38.0%, 중증우울 35.2%로 나타났고, 수면 장애 군에서는 정상 16.6%, 경한 우울은 45.4%, 중증우울은 38.0%로 나타났다(p=.002). 결과로 볼 때, 경한 우울은 수면 장애 군에서 45.4%로 높았고, 중증 우울은 수면의 질이 나쁘다는 군에서 52.0%로 높았다[Table 3].

3.4 건강상태, 일상생활수행능력(ADL), 수면상태와 우울간의 상관관계

전체 조사대상자의 우울과 건강상태, 일상생활수행능력(ADL), 수면상태와의 상관관계를 보면 Table 4와 같다. 우울은 연령(r=-.13, p=.040)과 음의 상관관계로 나타났고, 눈의 불편함(r=.12, p=.051), 수면의 질(r=.13, p=.029)과는 양의 상관관계로 나타났으며, 치아의 불편함(r=.25, p<.001)과는 양의 상관관계로 유의하게 나타났다 연령은 ADL(r=-.16, p=.008)과 음의 상관관계로, 수면시간(r=-.15, p=.013)과도 음의 상관관계로 나타났다. ADL은 눈의 불편함과(r=-.14, p=.020) 음의 상관관계로 나타났으며, 치아의 불편함(r=-.21, p<.001)과도 음의 상관관계로, 수면시간과(r=-.23, p<.001)도 음의 상관관계로 유의하게 나타났다. 눈의 불편함 상태는 치아의 불편함 상태와(r=.48, p<.001) 양의 상관관계로 유의하게 나타났고, 수면시간과도(r=.16, p=.010) 양의 상관계

Table 3. Distribution of Depression According to ADL, IADL and Sleep of Study (N=271)

Variables		Total n(%)	Depression			χ^2	*p*
			Normal n(%)	Mild Depression n(%)	Severe Depression n(%)		
ADL	Independent	16(6.1)	2(12.5)	4(25.0)	10(62.5)	5.143	
	Dependent	247(93.9)	51(20.6)	111(44.9)	85(34.4)		.007
IADL	Independent	7(26)	2(15.4)	3(42.9)	2(28.6)	3.353	.353
	Dependent	264(97.4)	54(20.4)	1112(43.2)	98(37.1)		
Qualiry of sleep	Good	221(81.5)	48(21.7)	99(44.8)	74(33.5)	6.01	
	Poor	50(18.5)	8(16.0)	16(32.0)	26(52.0)		.037
Sleep time	Normal	108(39.9)	29(26.9)	41(38.0)	38(35.2)	4.93	.002
	Sleep disorder	163(60.1)	27(16.6)	74(45.4)	62(38.0)		
Total		271(100)	56(20.7)	115(42.4)	100(36.9)		

ADL: Activities of Daily Living; IADL: Instrumental Activities of Daily Living.

Table 4. Correlations Coefficients among Health state, ADL, Sleep and Depression (N=271)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
	r(*p*)	r(*p*)	r(*p*)	r(*p*)	r(*p*)	r(*p*)	r(*p*)
1. Depression	1						
2. Age	-.13 (.040)	1					
3. ADL	.02 (.788)	-.16 (.008)	1				
4. Visual acuity	.12 (.051)	.08 (.190)	-.14 (.020)	1			
5. Mastication ability	.25 (<.001)	.13 (.032)	-.21 (<.001)	.48 (<.001)	1		
6. Sleep time	-.02 (.757)	-.15 (.013)	-.23 (<.001)	.16 (.010)	.18 (.003)	1	
7. Qualiry of sleep	.13 (.029)	.06 (.330)	.06 (.336)	.01 (.897)	.01 (.866)	-.60 (<.001)	1

ADL: Activities of Daily Living.

로 나타났다. 치아의 불편함 상태는 수면시간과(r=.18, *p*=.003) 양의 상관관계로 나타났으며, 수면시간은 수면의 질 평가(r=-.60, p<0.01)와 음의 상관관계로 유의하게 나타났다. 결과로 볼 때 우울은 치아의 불편함과, ADL은 치아의 불편함과 수면시간과 눈의 불편함은 치아의 불편함과, 수면시간은 수면의 질과 유의한 상관관계가 있었다[Table 4].

3.5 우울에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강상태, 일상생활능력(ADL, IADL), 수면상태와 우울과의 관련성을 파악하기 위해 우울점수를 정상 군과 우울 군으로 구분하여 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 우울에 대한 ADL, 건강상태, 수면상태의 교차비와 95% 신뢰구간을 구한 결과 우울에 대한 위험비는 ADL에서는 정상범위 노인군보다 기능장애 노인 군에서 0.26배(95% CI=0.03-2.20) 높았고, 눈의 불편함 상태에서는 시력이 좋은 군 보다 눈의 불편함을 가진 군 3.12배(95% CI=1.66-5.87)에서 우울에 대한 위험비가 높게 나타났다. 치아의 불편함에서는 치아에 불편함이 없이 좋다는 군보다 나쁘다는 군에서 3.94배(95% CI=2.12-7.31) 높은 것으로 나타났다. 수면시간은 정상인 군보다 수면장애 군에서 우울에 대한 위험비가 1.84배(95% CI=1.02-3.34) 높았고, 수면의 질 평가에서는 수면상태가 좋다는 군보다 수면상태가 나쁘다는 군에서 1.45배(95% CI=0.64-3.31) 높았다. 결과로 볼 때, 눈의 불편함과 치아의 불편함이 우울에 대한 위험비가 높았다[Table 5].

Table 5. Influencing Factors Depression (N=271)

Variables		OR	(95% CI)		*p*
			Low	High	
ADL	Independent	1			
(Activities of Daily Living)	Dependent	.26	0.034	2.209	.011
Visual acuity	Good	1			
	Poor	3.12	1.664	5.873	<.001
Mastication ability	Good	1			
	Poor	3.94	2.129	7.315	<.001
Sleep time	Normal	1			
	Sleep disorder	1.84	1.022	3.346	<.001
Qualiry of sleep	Good	1			
	Poor	1.45	0.641	3.310	<.001

4. 논의

본 연구는 요양시설 노인들을 대상으로 이들의 우울 정도를 알아보고, 인구사회학적 특성, 건강상태, 일상생활수행능력(ADL, IADL) 및 수면상태를 나타내는 변수들과 우울정도와 관련성이 있는지를 검토하고자 하였다.

본 연구 대상자의 우울 분포는 정상 군은 56명(20.7%), 경증 우울 군은 115명(42.4%), 중증 우울 군은 100명(36.9%) 으로, 조사 대상 노인 중 우울 군에 속하는 노인은 전체의 80% 정도이며, 이중 중증 우울 군은 37%로 나타났다. 재가 노인의 우울 수준 연구에서는 우울 의심과 우울증을 포함해서 60.3%로 보고 하였고, 이 중에서 우울증은 32.1%로 보고 하였으며[5], 요양시설 노인들의 우울연구에서는 우울증 치료를 받는 노인이 26%로 보고하여[21], 이들 보다 높은 우울 집단으로 나타났다. 이러한 결과로 볼 때 노인 요양시설 입소 노인들은 노인성 질환과 장애 등으로 인해 노인들이 시설을 입소하기 때문에 무기력감에 빠지거나 외로움 등 부정적 정서로 인한 높은 우울로 나타날 수 있으므로 집중적인 예방 및 관리가 중요하다고 생각 된다.

건강상태에 따른 우울과의 관련성은 눈의 불편함 상태에서는 눈이 불편하지 않고 좋다는 군보다 눈이 나쁘다는 군에서 우울이 높게 나타났으며, 눈이 나쁘다는 군에서의 우울 분포는 경증 우울 군 51.1%, 중증 우울 군은 36.9%로 나타나 눈의 불편함 상태가 노인의 우울과 관련이 높음을 보여 주고 있다. 치아의 불편함 상태는 치아상태가 좋다는 군 보다 치아상태가 나쁘다는 군이 우울이 높게 나타났다. 이런 결과로 볼 때 노인의 치아의 불편함 상태는 우울에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 선행연구에서도 치아 상태는 관리를 제대로 하지 않을 경우 노화를 촉진하고, 이로 인한 외모 손상 및 자존감의 상실로[22] 노인에 있어 우울과 관련성이 높다고 하였으며, 치아 상태나 구강건강이 좋지 않은 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 우울정도가 심하다고 보고[22] 하고 있어 본 연구와 일치 하고 있다.

일상생활수행능력(ADL)을 비교한 결과, ADL이 독립적인 군은 15명(5.5%), 의존적인 군은 256명(94.5%)으로 대부분의 노인들이 의존적인인 상태로 ADL이 저하되어 있음을 보여주고 있다. ADL은 노인이 일상을 자립으로 생활을 할 수 있는 최소한의 능력으로서 노인의 기능수준평가에 가장 중요한 부분으로, 신체적, 정신적 건강상태, 우울 등을 반영하고 있으며[23], 일상생활수행능력(ADL)이 의존성이 높은 것은 우울을 높이는 것으로[24] 평가 되고 있다. 본 연구 대상자인 요양시설 노인들 중 94.5%가 의존적인 군에 속하며, 이들 중 경증 우울 군은 43.8%, 중증 우울 군 34.8%로 나타나 일상생활수행능력 의존성과 우울이 높음이 선행연구와 일치하고 있다. 또한 일상생활능력 등의 의존성이 높은 것은 시설 안에서 안전관리 상 목욕하기 등은 직원들에 의해 통제하여 수행되기 때문에 ADL등이 의존적인 군으로 높게 나타난 것으로 보인다.

도구적 일상생활수행능력(IADL)을 비교한 결과도 대부분의 노인들이 의존적인 상태이며, 특히 IADL은 가사생활수행능력을 측정하는 항목으로 가정에서의 활동이 아닌 요양시설 노인들에게 적용하기에는 한계가 있음을 알 수 있다. 추후 요양시설 노인들에게 적합한 일상생활수행능력 측정도구의 개발이 필요하며 반복 연구가 필요하다고 하겠다. 또한 요양시설 노인들의 건강관리에 잔존기능을 활용할 수 있는 독립적인 기회나 신체활동 등의 프로그램 등을 활성화하는 적극적인 관리가 필요한 것으로 사료된다.

한편, 노인들은 수면양상이나 수면의 질이 변화가 있어 수면에 대한 만족도가 떨어진다[25]고 한다. 본 연구에서도 수면 장애 여부를 살펴 본 결과 정상 수면시간을 가진 노인보다 수면장애를 겪는 노인들이 높게 나타났으며, 이는 Woodward의[26] 노인들의 수면연구에서도 수면장애를 가진 노인이 40%로 수면장애가 많이 있음을 보여 주고 있다. 본 연구 대상자의 60%가 수면장애가 있으며, 이중 80%이상이 경증우울이상으로 나타나 수면장애가 심할수록 우울증상도 심하게 나타난다고[27]한 연구와 일치하였다. 이러한 결과로 볼 때 수면장애는 요양시설 입소 노인 우울에 영향을 미치는 중요한 요인이므로, 수면의 질 향상을 위한 건강 프로그램은 우울예방 및 관리의 중요한 중재방법이라 할 수 있겠다.

본 연구 조사대상의 우울과의 관련성을 파악하기 위해 우울에 유의한 관련성이 있었던 일상생활수행능력, 눈의 불편함 유무, 치아의 불편함 유무, 수면상태 등의 분석을 실시하였다. 그 결과 우울에 대한 위험비를 보면, 눈의 불편함 유무에서는 시력이 좋다는 노인군보다 시력상태가 나쁜 노인 군에서 3.12배 높은 것으로 나타났다. 시력저하가 있는 경우 우울 빈도가 높고[28], 인지기능의 손상 관련성과, 사회적 기능이 감소되고, 노인의 독립

성에 영향을 미쳐 의존도를 증가시키는 것으로 보고되고 있다[29]. 따라서 노인의 건강상태나 일상생활 수행능력 등을 측정하는 과정에서는 시력상태 등을 면밀히 측정해 보아야 할 것으로 생각된다. 또한 노인들의 치아의 불편함 유무에서는 치아상태가 좋다는 노인군보다 나쁘다는 노인 군에서 우울에 대한 위험비가 3.94배로 높게 나타났으며, 선행연구에서도 노인들의 치아 상태는 전체의 50% 정도가 틀니를 하고 있으며[30], 치아나 구강건강 상태는 노인의 전신건강상태와 밀접하게 연관되어 있는 것으로 나타났다[30]. 노인이 치아를 상실하게 되면, 저작능력 저하나 영양불균형으로 인한 면역력 저하와 노화 촉진 현상이 생기고, 치아가 없으면 얼굴 형태가 변하고 사회적 소외감과 고립감을 촉진시켜[22] 우울까지 생길 수 있기 때문일 것이다. 수면의 질 평가에서는 수면의 질이 좋다는 군보다 나쁘다는 군에서 우울에 대한 위험비가 높게 나타났고, 수면시간은 정상범위 노인군보다 수면장애 군에서 우울에 대한 위험비가 1.84배로 나타났다. 이러한 결과로 볼 때 노인에게서 수면장애에는 신체적, 정신적 건강과 기능의 저하 등으로 이어지므로[14] 수면장애 증상을 정확히 측정하고 주변 환경들을 점검해 보아야 할 필요가 있다.

이상의 결과를 종합해 보면 노화와 함께 당연하게 여겨졌던 감각의 저하나 개인이 인지하는 건강관련 문제가 우울과 높은 관련이 있음을 보여 주고 있다. 특히 시력상태, 치아상태, 수면상태 등은 노인들이 인지하는 건강상태와 우울과 높은 관련성이 있음으로 나타났다. 따라서 요양시설 노인들의 우울수준과 시력, 치아 상태, 청력상태와 수면상태 등의 건강상태와의 관련성을 포괄적으로 파악하고 주기적 신체사정 및 원인 등을 파악하여 신체적, 정서적, 심리적 간호 및 지지와 이를 위한 관리 및 중재 방법이 중요하다고 생각한다.

5. 결론

본 연구는 노인요양시설 노인들의 우울과 건강상태, 일상생활수행능력, 수면상태의 관련성을 파악하고자 실시하였다. 연구대상자는 노인요양시설에서 거주하는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 하였다. 노인요양시설 노인들의 우울 수준 관련성은 시력상태, 치아상태, 수면의 질, 수면상태 등과 관련이 있었으며, 시력상태가 나쁜 군, 치아상태가 나쁜 군, 수면의 질이 나뿐군, 수면장애가 있는 군에서 높게 나타났다. 우울과의 상관관계에서는 우울은 연령과 음의 상관관계로 나타났고, 치아상태, 수면의 질 평가 등이 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 노인요양시설 노인들의 우울에 영향을 미치는 요인으로 시력상태, 치아상태, 수면상태 등이 관련성이 높게 나타났다.

결론적으로, 노인요양시설 노인들의 우울과의 관련성은 개인의 인지하는 건강상태와 관련이 높으며, 건강관리와 간호중재도 개인별 건강상태에 세심한 관심과 시력상태, 치아상태가 낮은 노인관리가 중요하다고 하겠다.

References

[1] E. K. Lee, “Current situation and policy implication for the elderly long-term care insurance,” Health-Welfare Policy Forum, Vol. 10, pp. 23-31, 2009.

[2] J. Y. Kim, "The cognitive function, activities of daily Living, anxiety, depression for the elderly people with dementia at residential care facilities," Ewha Womans University Research Institute of Nursing Science, Vol. 20, No. 2, pp. 50-61, 2008.

[3] M. Amore, P. Tagariello, C. Laterza, E. M. Savovia, “Beyond nosography of depression in elderly,” Archieve of Gerontology and Grriatrics, Vol. 44, No. 1, pp. 13-22, 2007.
DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.003

[4] H. J. Yoo, “The Korean Geriatrics Society, Seoul: Medical Publishers,” Geriatrics medicine (3rd ed), 2005.

[5] I. J. Lee, “The level and correlates of depression in home care elders: focused on comparison with community dwelling elders who do not use home care,” Health and Social Welfare Review, Vol. 32, No. 4, pp. 31-65, 2012.
DOI: http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2012.32.4.31

[6] M. L. Bruce, G. J. Mcavay, P. J. Raue, E. L. Brown, B. S. Meyers, D. J. Keohane, et al, “Major depression in elderly home care patients,” American Journal of Psychiatry, Vol. 159, No. 8, pp. 1367-1374, 2002.
DOI: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1367

[7] P. A. Bath, D. Deeg, “Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section,” European Journal of Ageing, Vol. 2, No. 1, pp. 24-30, 2005.
DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s10433-005-0022-9

[8] T. R. Peng, M. Navale-Wallser, P. H. Feldman, "Social support, home health service use and outcomes among four racial ethnic groups," Gerontologist, Vol. 43, No. 4, pp. 503-513, 2003.
DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geront/43.4.503

[9] D. B. Kim, H. J. Lee, H. J. Jeon, S. J. Chae, M. J. Che, "Comparison of Instrumental Activities of Daily Living and Cognitive Functions Among the Elderly Attending Senior Community Centers According to the Presence of Depressive Symptoms," Journal of Korean Neuropsychiatric Association, Vol. 47, No. 2, pp. 183-189, 2013.

[10] 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.

[11] P. Young, "The CFIDS Chro picle, Charlotte, NC: The CFIDS Association of America Chronicle," The biology of sleep: Part 2, 2008.

[12] G. J. Park, J. H. Lee, K. E. Bae, Y. H, Kang, H. S. Song, "Self-esteem and depression of elders in welfare facilities," Journal of Korean Gerontological Nursing, Vol. 9, No. 1, pp. 51-59, 2007.

[13] J. L. Hidalgo, C. B. Gras, Y. D. Garcia, J. T. Lapeira, J. M. del Campo del Campo, M. A. Verdejo, "Functional Status in the elderly with insomnia," Quality of Life Research, Vol. 16, No. 2, pp. 279-286, 2007.
DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9125-9

[14] S. Ancoli-Israel, "Sleep and its disorders in aging populations," Sleep Medicine, Vol. 10, pp. S7-S11, 2009.
DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.004

[15] A. K. Chang, Y. H. Park, "Sense of control, social support, depression, and adjustment of nursing home residents," Journal of Korean Academy of Nursing, Vol. 22, No. 5, pp. 519-528, 2010.

[16] E. H. Kim, Y. K. Kim, "Factors related to the Health related Quality of Life among Institutionalized Elders," Journal of Korean Academy of Nursing, Vol. 22, No. 3, pp. 281-290, 2010.
DOI: http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.3.281

[17] J. Cohen. Statistical power analysis for the behavioral sciences(2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998.

[18] 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.

[19] J. W. Won, K. Y. Yang, Y. G. Rho, S. Y. Kim, E. J. Lee, J. L. Yoon, K. H. Cho, H. C. Shin, B. R. Cho, J. R. Oh, D. K. Yoon, H. S. Lee, Y. S. Lee, "The development of korean activities of daily living(K-ADL) and korean instrumental activities of daily living(K-IADL) scale," Journal of the Korean Geriatrics Society, Vol. 6, No. 2, pp. 107-120, 2002.

[20] M. P. Lawton, E. M. Brody, "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living," Gerontologist, Vol. 9, No. 3, pp. 179-186, 1969.
DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

[21] H. J. Lee, K. H. Jo, "A pathmodel for death nxiety to suicidal ideation of the elderly," The Korean Gerontological Society, Vol. 26, No. 4, pp. 717-731, 2006.

[22] P. M. Jensen, R. L. Saunders, T. Thierer, B. Friedman, "Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Persons with Disabilities," Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 56, No. 4, pp. 711-717, 2008.
DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01631.x

[23] J. Ormel, F. V. Rijsdijk, M. Sulivan, E. van Sonderen, G. I. Korean, J. M., "Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in Late life," The Journals of gerentology. Series B: Psychological sciences and social sciences, Vol. 57, No. 4, pp. 338-347, 2002.

[24] D. B. Kim, H. J. Lee, D. B. Kim, H. J. Lee, H. J. Jeon, S. J. Chae, M. J. Cho, "Comparison of instrumental activities of daily living and cognitive functions among the elderly attending senior community centers according to the presence of depressive symptoms," Journal of Korean Neuropsychiatric Association, Vol. 47, No. 2, pp. 183-189, 2008.

[25] D. L. Sherrill, K. Kotchou, S. H. Chan, "Association of physical activity and human sleep disorders," Archives of Internal Medicine, Vol. 158, No. 17, pp. 1984-8, 1998.
DOI: http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.17.1894

[26] M. Woodward, "Sleep in older people," Reviews in Clinical Gerontology, Vol. 20, No. 2, pp. 130-149, 2012.
DOI: http://dx.doi.org/10.1017/S0959259811000232

[27] W. R. Pigeon, M. Hegel, J. Unutzer, M. Y. Fan, M. J. Sateja, J. M. Lyness, C. Phillips, M. L. Perlis, "Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT Cohort," Sleep, Vol. 31, No. 4, pp. 481-488, 2008.

[28] V. Bernabel, V. Morini, F. Moretti, A. Marchiori, B.

Ferrari, E. Dalmonte, et al, “Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly,” Aging & Mental Health, Vol. 15, No. 4, pp. 467-474, 2011.
DOI: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.562483

[29] J. Schneider, B. Gopinath, M. J. Karpa, C. M. McMahon, E. Rochtchtchina, S. R. Leeder, P. Mitchell, “Hearing loss impacts on the use of community and informal supports,” Age and Ageing, Vol. 39, No. 4, pp. 458-464, 2010.

[30] H. K. Jung, J. D. Lee, “A study on the dental prosthesis status and needs of elderly in Korea (From the 2010 Korean National Examination Health and Nutrition survey),” The Korean Academy Of Dental Technology, Vol. 34, No. 3, pp. 315-324, 2012.

김 명 숙(Myeong-Suk Kim) **[정회원]**

- 2011년 8월 : 대전대학교 대학원 사회복지학과 석사
- 2015년 2월 ~ 대전대학교 사회복지학과 박사과정 수료
- 2015년 3월 ~ 현재 : 대전대학교 사회복지학과 강사

<관심분야>
노인복지, 사회복지, 간호

김 종 임(Jong-IM Kim) **[정회원]**

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

<관심분야>
노인간호, 지역사회간호, 보건간호