

장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험에 관한 개념도 연구

최형심

서울대학교 보건환경연구소 연구원

A Concept Mapping Study of Good Service Experience among the Elderly Residents of Long-term Care Facilities

Choi, Hyoungshim Ph.D., RN

Researcher, Institute of Health · Environment, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to explore the reported good service experiences from the perspective of elderly residents of long-term care facilities. **Methods:** Of those residents who are 65 years old or older, 14 residents whose length of stay were one month or longer and scores of the K-Mini Mental State Examination were 15 or higher were interviewed. The interview data formed the basis for the empirical statements about the reported nature of patients' experiences as residents of long-term care facilities. These data were used in concept mapping. **Results:** Through multidimensional scaling analysis and hierarchical cluster analysis, 62 core statements, two dimensions, and six clusters of good service experiences were derived. The two dimensions were classified as 'care centered-participation centered services' and as 'physical-emotional services.' Six cluster themes emerged as good service experiences: 'safety of care and treatment', 'responsible and supportive staff', 'comfort of living environment', 'mental well-being', and 'respect and communication'. **Conclusion:** The result of the study provides information about what experiences are important to older adults with cognitive impairment. The concept map can be used to develop a patient experience index for the elderly residents of long-term care facilities.

Key Words: Concept mapping, Long-term care, Nursing home, Aged, Experience

서론

1. 연구의 필요성

‘환자의 서비스 경험(experience)’이란 서비스를 제공받는 과정에서 실제로 무슨 일이 일어났는지’에 대한 객관적인 사실

과 관련된 보고(reporting)와 그에 대한 환자의 주관적인 평가(evaluation)이며, ‘좋은 서비스 경험’이란 환자를 적극적으로 케어에 참여시키고 최대한 선호를 반영하는 것을 말한다[1-3]. 1990년대부터 선진국에서는 의료이용에 있어서 환자 만족도가 아닌 “환자 서비스 경험”을 측정, 의료의 질 지표로 사용하는 움직임이 시작되었는데 그 이유는 환자 서비스 경험은 실제로 일

주요어: 개념도, 장기요양, 너싱홈, 노인, 경험

Corresponding author: Choi, Hyoungshim

Institute of Health · Environment, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08826, Korea.
Tel: +82-2-880-2750, Fax: +82-2-887-2750, E-mail: hyoungshim@daum.net

- 이 논문은 2016년도 연세대학교 간호대학 김모임 간호학연구소의 일부 연구비 지원에 의하여 이루어진 것임.
- This work was partially supported by Yonsei University College of Nursing Mo-Im Kim Nursing Research Institute.
- 이 논문은 최형심의 박사학위논문을 일부 발췌한 것임.
- This work was partially extracted from Hyoungshim Choi's doctoral thesis.

Received: Oct 15, 2016 / Revised: Nov 29, 2016 / Accepted: Dec 19, 2016

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.

어난 객관적 내용에 대한 보고를 기반으로 하기 때문이다[4].

환자 경험(experience), 환자 관점(perspective), 환자 보고(report), 환자 인식(perception)과 환자 만족(satisfaction)은 종종 상호교환적으로 사용되는데 이는 혼동과 오해를 일으킬 수 있다. 환자 경험에 대한 정의는 매우 다양해서 한 마디로 정의하기는 어려우나, 최근 The Beryl Institute [5]는 “한 조직의 문화에 의해 형성되는 것으로, 일련의 진료과정을 통틀어 환자의 심리와 감정에 영향을 끼치는 모든 상호작용”으로 정의하였으며, 이는 전반적인 평가가 아니라 환자에게 입원기간, 외래진료 또는 특정기간에 특정 서비스를 경험했는지 물어보는 것이라고 하였다.

Wolf 등[6]은 2000년부터 2014년까지 기존의 문헌에 존재하는 환자 경험에 대한 고찰을 통해 환자 경험의 주요개념과 구성요소를 확인하고 궁극적으로 다양한 건강돌봄체계를 아우를 수 있는 환자 경험의 정의를 제시하고자 하였다. 그들에 따르면 환자 경험이란 환자를 적극적으로 관여시키는 것이며, 환자가 적극적으로 참여하는 헬스케어는 모든 사람들에게 더 나은 것이고, 그것이 환자 경험에 대한 최상의 정의라고 하였다. World Health Organization (WHO)는 환자 경험 측정을 ‘반응성(Responsiveness)’의 측정으로 제안하였는데, 이는 환자 경험은 환자 만족 이상의 것으로 ‘반응성’은 ‘환자 경험의 관점에서의 건강 체계에 대한 만족도’로 간주되며, 이는 환자의 자율성, 선택, 의사소통, 기밀성, 존엄성, 즉각적인 주의집중과 기본적인 편의시설을 포함한다[7].

환자 경험의 하부 영역(domain)은 매우 다양해서 현재까지 하나의 정의로 합의되지 못하였다. 하지만 그 구성요인은 환자 경험의 정의에 의해서 달라지는데 공통적으로 나타나는 개념들은 상호작용의 합, 조직 문화에 의해서 결정된다는 것, 환자(와 가족)의 관점, 케어의 연속성, 통합적인 특성(질, 안전, 서비스를 포함), 환자(와 가족)의 적극적 참여, 환자중심성 등이다[6]. 그리고 각 정의에 따른 하부 영역들은 자율성, 선택, 의사소통, 확실성, 존엄성, 기본적인 생활시설의 질, 청결, 정보, 편리성과 진료시간 엄수, 의사의 전문성, 치료에 대한 의사결정참여, 증상의 완화경험, 환자중심성, 직원-환자 관계, 자가돌봄에 대한 지원, 케어에 대한 전반적인 평가, 신뢰성, 통합성, 자부심과 열정, 환자참여, 서비스에 대한 반응성, 즉각적인 반응성, 맞춤형 서비스 등을 포함한다[8].

장기요양시설마다 환자중심의 관점을 반영하기 위하여 노인의 경험 측정지표, 만족도조사, 삶의 질 조사 등을 다양하게 활용하고 있으며, 미국과 캐나다의 경우 노인의 경험측정이 장기요양시설에 있어서 의무규정이 되어가고 있다. 그 이유는 노

인의 서비스 경험조사는 시설 서비스 이용 시 일어난 일에 대해 노인이 평가하는 만족도 조사와는 달리 시설 서비스 이용 과정에서 실제 일어난 일을 노인이 보고하는 것으로 구체적인 서비스 평가를 통해 시설에서 제공하는 서비스의 문제점을 정확하게 지적하여 질 향상 활동에 도움을 주기 때문이다[4]. 한편, 장기요양시설노인의 서비스 경험을 성과지표로 측정할 때에는 케어의 질뿐만 아니라 삶의 질에 대한 내용도 함께 측정하는 경우가 많다. 왜냐하면 장기요양시설은 삶의 질이 케어의 질과 혼합되어 있는데, 장기요양시설 거주자는 그들이 케어를 받는 곳에서 살고 있기 때문이다. 입소시설노인의 서비스 경험이나 삶의 질 측정에 있어서 가족이나 직원과 같은 대리응답자와 노인의 응답간 차이가 있기 때문에 입소시설노인의 목소리, 특히 삶의 질에 있어서 노인의 목소리가 “절대기준(gold standard)”으로 받아들여지고 있다[9].

자가 응답에 대한 선호는 리포트 할 수 있는 능력을 전제로 한다. 따라서 장기요양시설노인의 서비스 경험, 삶의 질, 만족도 등에 대한 자가보고식 응답을 얻을 때 인지기능이 저하된 노인이 많을 경우 그 응답의 타당도와 신뢰도는 위협받게 된다[10]. 그러나 중등도의 치매와 인지저하가 있는 노인의 경우, 비록 그들이 치매에 대한 인식과 통찰력이 부족하다 할지라도 아직 그들의 삶의 질에 대해 이야기할 수 있는 것으로 보고되었다[11]. 알츠하이머병 환자의 삶의 질 측정도구의 경우 Mini Mental State Examination (MMSE) 점수 11점 이상의 경우[12], 그리고 캐나다에서 개발된 장기요양시설 거주자의 자가 보고식 삶의 질 측정도구의 경우에도 Cognitive Performance Score (CPS) 점수 0-3점 또는 MMSE 점수 15점 이상으로[13,14] 노인의 인지기능이 저하되었다 해도 조사문항에 대해 충분히 응답할 수 있는 것으로 보고되었다. 또 미국의 장기요양시설 거주노인의 경험 측정도구의 경우 CPS 점수 3점 이상인 노인도 1/3 이상 이 설문에 대답할 수 있는 것으로 나타나는 등 인지적으로 손상된 장기요양시설 거주자들도 그들의 선호도뿐만 아니라 그들이 받는 케어에 대한 만족도나 경험을 충분히 표현할 수 있다는 것이 연구결과로 나타났다[11].

지금까지 장기요양시설노인의 서비스 경험을 측정하는 지표의 개발은 미국과 캐나다, 네덜란드 등에서 주로 이루어져왔다. 이들 지표는 선행연구 및 기존 도구의 고찰, 전문가집단과의 전화 인터뷰, 노인과 가족에 대한 포커스 그룹 인터뷰 등을 통해 주요 구성요인 및 예비 문항들을 만들고 노인을 대상으로 인지검사 및 사전 조사를 통해 문항과 척도를 결정하고 있다. 특히 장기요양시설 경험측정치표의 경우 인지기능이 저하된

노인의 경우 응답이 어렵기 때문에 노인용 지표가 개발된 이후에는 가족용 지표도 함께 개발되는 경우가 많으며, 네덜란드의 경우 장기요양시설노인용 지표, 치매 등을 지닌 정신병동 노인을 위한 가족용 지표, 홈케어를 이용하는 노인을 위한 지표 등 다양한 지표가 개발되어 있고, 서비스 경험 측정방법도 장기요양시설노인의 경우 면대면 인터뷰, 정신병동 노인가족에게는 우편조사 등 다양한 방법으로 이루어지고 있다[11,15,16].

장기요양시설노인의 서비스 경험과 관련된 국내 연구는 서비스 경험에 대한 질적 연구수준에 머물러 있으며[17-19], 실증 연구로는 장기요양서비스 질 향상 및 만족도 관련 연구가 대부분이다. 그 예로 장기요양서비스의 질 향상을 위하여 수급자와 좋은 돌봄 관계를 형성하고 수급자의 욕구를 중심에 둔 개별화된 서비스를 제공하는 것이 중요하다고 강조한 연구[20], 장기요양시설노인과 가족에게 서비스만족도를 측정하여 요양보호사 관련 영향요인이 시설노인의 서비스 만족도에 가장 중요한 영향요인임을 보고한 연구[21] 및 서울 지역 장기요양시설 6곳의 노인 300명을 대상으로 일상생활서비스, 의료서비스, 시설환경서비스 등 3개 영역에 대한 장기요양서비스 만족도를 측정하여 생활 및 의료이용서비스 만족도가 높은 노인일수록 주관적 안녕감이 높다는 것을 확인한 연구[22] 등을 들 수 있다. 그러나 장기요양시설 서비스에 대한 노인의 관점을 직접적으로 반영하고 서비스의 성과 및 질 향상을 위한 지표로 활용할 수 있는 서비스 경험 측정지표를 활용한 연구는 전무한 실정이다. 따라서 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정을 위해서 국외 도구를 번역해서 사용하는 것이 하나의 방법일 수 있다. 하지만 국외에서 개발한 도구를 번역하여 사용할 경우 국내의 실무현장의 특성과 잘 맞지 않을 뿐만 아니라, 문화적, 개념적 동등성이 확보되지 않는 문제점이 있다[23].

개념도 연구방법은 구조화된 개념화 과정의 한 방법으로 연구참여자들이 직접 아이디어를 도출하고 이를 의미 있게 분류함으로써 특정한 현상에 대한 이해당사자 자신의 개념적 구조를 시각적으로 표현할 수 있는 장점이 있다[24]. 또 개념도 방법은 질적 연구와 양적 연구방법을 혼합한 방법으로써 참여자의 입장에서 질적이고 주관적인 경험을 주제로 삼으면서, 자료의 분석에 양적인 방법을 도입함으로써 개별 특수적인 접근 뿐만 아니라 보편적인 접근을 가능하게 하는 연구이며, 프로그램 효과 평가나 척도 개발에서 유용하게 사용될 수 있다[25]. 따라서 본 연구에서는 우리나라 장기요양시설의 서비스 질 향상 및 간호중재개발을 위한 기초자료로 활용될 수 있도록 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정지표 개발을 위한 구성요인 규명을 위하여 이들을 대상으로 개념도(concept mapping) 방법을 적

용하였다. 이를 위한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

- 연구문제 1. 장기요양시설노인이 지각하는 좋은 서비스 경험의 내용은 무엇인가?
- 연구문제 2. 장기요양시설노인은 좋은 서비스 경험을 어떠한 차원과 군집으로 인식하는가?
- 연구문제 3. 장기요양시설노인이 좋은 서비스 경험 군집에 대해 부여하는 중요도는 어떠한가?

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 요인을 확인하기 위한 개념도(concept mapping) 연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서 기초 진술문 생성과 진술문의 유사성 분류 및 중요성 평정 과정의 연구대상은 동일하였다. 선정기준은 시설 입소한 달 이상 지난 65세 이상 노인으로 K-MMSE 점수 15점 이상이며, 한글을 읽고 국어로 의사소통이 가능한 노인이었다. 연구대상자는 서울의 68인 입소시설에서 5명, 서울의 66인 입소시설에서 5명, 및 경기 지역의 50인 입소시설에서 4명 등 자발적으로 연구참여에 동의한 노인 총 14명을 선정하였다.

3. 연구절차 및 자료분석

Kane과 Trochim [24]이 제시한 개념도 연구절차는 크게 개념도를 위한 준비, 아이디어 산출, 진술문들의 구조화, 개념도 분석, 개념도 해석, 개념도 활용의 6단계로 구성된다. 본 연구에서는 연구목적에 따라 4단계까지 연구를 진행하였다.

1) 개념도 준비 단계

초점질문을 도출하고 자료수집을 위한 연구참여자를 선정하는 단계이다. 본 연구에서는 연구 주제를 포괄할 수 있는 초점화된 하나의 질문을 선정하기 위하여 장기요양시설노인의 서비스 경험에 대한 각종 문헌을 검토하여 바람직하다고 판단되는 질문을 작성한 후 질문의 적절성과 응답 용이성에 대해 질적 연구의 경험이 있는 간호교육 전공 박사 한명과 노인간호학을 전공하면서 질적 연구경험이 있는 간호학 박사수료생 한명 등 동료 전문가 2인의 자문을 거쳐 보완하였다. 최종 선정된 초

점 질문은 “어르신에게 있어서 요양시설에서의 좋은 서비스 경험이란 어떤 것입니까?”였다. 서울 경기 지역 소재 세 개의 요양시설에서 각각 4명, 5명, 5명의 노인들을 진술문을 생성하기 위한 초점집단 대상으로 선정하였다.

2) 아이디어 산출하는 단계

개념도 연구내용의 중심이 되는 단계이다. 총 14명의 노인이 3 그룹으로 나뉘어져 연구자와 함께 아이디어 산출을 위한 브레인스토밍에 함께 참여하였다. 먼저 연구자가 연구목적과 개념도 연구를 하게 된 이유에 대하여 설명하였다. 초점질문은 “어르신에게 있어서 요양시설에서의 좋은 서비스 경험이란 어떤 것입니까?”임을 고지하고 이에 대해서 생각할 수 있는 시간을 부여하였다. 개념도 연구방법의 경우 촉진자가 여러 가지 질문을 할 경우 바이어스가 될 수 있기 때문에 초점질문을 하나만 하고 브레인스토밍 방식으로 자유롭게 의견이 도출될 수 있도록 하였다. 연구자는 시설 당 4~5명의 초점집단에 대하여 40분~1시간 정도 브레인스토밍 방식으로 초점질문에 대한 자료 수집을 수행하였으며, 대화내용은 녹취 후 간호학 박사과정 학생 2명이 녹취록을 작성하였고 연구자가 최종 확인하였다. 초점집단에 대한 브레인스토밍이 진행되는 동안 연구자는 연구 참여자들이 자신의 아이디어를 자유롭게 발언할 수 있도록 지지하였으며, 특정 연구참여자의 진술문에 대해 다른 참여자들이 충분히 이해하지 못했다면 낯선 용어나 비표준어를 명료화하기 위한 질문을 수행하고 부연설명을 하여 연구참여자들 모두 그 진술문을 이해할 수 있도록 지원하였다. 아이디어를 최종적으로 산출하기 위해서 3개의 요양시설에서 각각 브레인스토밍을 실시한 후 작성한 녹취록을 바탕으로 연구목적에 부합하는 의미 있는 진술문들을 추출하였고, 추출된 진술문들을 간호대학 박사과정 연구자 두 명이 각자 정리한 후 다시 모여 진술문들을 모으고, 충분한 토의과정을 거쳐 주요 핵심문장들을 정리하였다. 이렇게 획득한 아이디어들을 통합, 편집하는 과정을 거쳐서 총 62개의 진술문이 수집되었으며 개념도 연구경험이 풍부한 심리학과 교수 1명과 심리학과 박사과정 학생 1명에게 검토를 받았고, 그 내용은 Table 2와 같다.

3) 아이디어 진술문의 구조화 단계

지금까지의 과정을 통해서 산출된 아이디어 진술문들을 연구참여자들이 이해가 되는 방식으로 분류하고 평정하게 하는 과정이다. 연구자는 이전 아이디어 생성 단계에서 수집된 아이디어들을 각각 한 개의 진술문이 적힌 62개의 진술문카드(9×5.4 cm) 형태로 제작하여 연구참여자들이 아이디어를 분류

할 수 있도록 하였다. 브레인스토밍에 참여하였던 대상자를 일대일로 방문하여 카드 분류작업과 평정작업을 수행하도록 하였으며, 분류 및 평정작업은 약 40분~1시간이 소요되었다. 카드분류 과정은 비구조화된 방식으로 연구참여 대상자들이 유사하다고 생각하는 카드끼리 자유롭게 분류하게 하였다. 단, 하나의 진술문을 하나의 파일로 분류할 수 없고, 62개의 진술문 모두를 하나의 묶음으로 분류할 수 없으며, 남은 카드가 없도록 하는 조건을 부여하였다. 개념을 구조화하는 두 번째 단계는 각 진술문을 주어진 차원에 따라 평정하는 것인데 62개의 진술문을 보여주고 한 문장씩 읽어가면서 5점 리커트 척도를 사용하여 각 진술문에 대하여 연구참여자가 중요하게 생각하는 정도에 대해서 ‘매우 중요하다’, ‘중요하다’, ‘보통이다’, ‘중요하지 않다’, ‘전혀 중요하지 않다’ 중 한 가지로 평가하도록 하였다.

4) 개념도 분석 단계

개념의 구조화 단계에서 참여자들이 생산한 정보를 분석하고 지도를 그리는 과정이다. SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 다차원척도법(Multidimensional Scaling, MDS)과 위계적 군집분석(Hierarchical Cluster Analysis, HCA)을 실시한 후 검사결과를 통합하여 수작업으로 작성하였다. 분석단계에서 활용되는 원 자료는 브레인스토밍한 진술문들을 각 참여자가 분류하고 평정한 결과가 된다.

연구자는 자료수집 이후에 개념적 영역의 지도를 만들기 위한 핵심 분석과정에서 세 단계의 작업을 수행하였다. 첫 단계로 14명의 연구참여자들이 유사성에 따라 분류한 결과를 가지고 62*62의 개인 유사성 행렬표(similarity matrix)를 만든다. 동일한 그룹으로 묶인 진술문들은 0, 다른 그룹으로 묶인 진술문들은 1로 코딩하여 진술문 구조화 작업을 수행한 연구참여자의 수만큼 62*62 유사성 행렬을 만든 후, 14명의 파일을 합산한 집단 유사성 행렬(Group Similarity Matrix, GSM)을 제작하였다.

두 번째 단계로 두 개의 차원 지도 위에 각 진술문들이 별개의 점으로 위치하도록 하기 위해서 GSM을 근거로 다차원척도법(Multi Dimension Scale, MDS)을 실시하였다. 그 결과 x, y 좌표 위에 각각의 진술문들이 점으로 나타났다.

세 번째 단계로 다차원척도법 분석 결과 산출된 좌표 값을 위계적 군집분석(HCA)을 실시하였다. 위계적 군집분석은 지도 위에 있는 점들(진술문들)을 내적으로 일관된 그룹으로 분할하기 위하여 실시한다[26]. 개념도 분석을 위한 위계적 군집분석을 할 경우, Ward의 연결방법이 거리를 기반으로 하는 자

료를 의미 있게 만들기 때문에 본 연구에서도 Ward 연결방법을 사용하였다[24].

5. 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 소속된 Y대학교 간호대학의 기관생명윤리위원회의 승인(간대 IRB 2015-0034)을 받은 후 진행하였다. 연구참여자들에게 자료수집 전, 연구목적과 내용, 연구로 인하여 발생하는 위험과 이득, 자발적 참여와 언제든지 중지할 수 있음과 참여 중지 시 불이익이 없으며, 수집된 자료는 학술적 목적으로만 사용되며 대상자의 익명성이 보장된다는 점 등을 설명한 후 서면 동의한 대상자만 설문에 참여하게 하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 특성을 살펴보면 남자 1명과 여자 13명이었고, 질환명은 치매, 뇌졸중, 당뇨, 하지마비, 골절, 소아마비 등이었다. 참여자들의 평균 연령은 82.1세로, 노인요양시설 평균 입소기간은 40.1개월이었으며, 평균 K-MMSE 점수는 23.6점으로 16~19점이 3명, 20~23점이 5명, 24점 이상이 6명이었다 (Table 1).

2. 장기요양시설노인의 서비스 경험에 관한 인식 차원

연구참여자 14인이 62개 진술문에 대해 분류한 결과를 집단 유사성 행렬의 형태로 만들어 다차원척도법으로 분석을 실시한 결과 합치도(stress)는 .229였다. 다차원척도분석에서 차원의 수는 합치도를 고려하여 결정한다. 합치도란 그 값이 적을수록 합치도가 높은 것을 의미하며, 실제와 추정된 거리 간 오차를 의미한다[24]. 합치도를 이용하여 적절한 차원의 수를 결정하기 위해서 차원의 수 증가에 따라 줄어드는 스트레스(stress) 값을 점으로 표시하여 플롯(plot)을 그리고, 스트레스 플롯이 처음으로 크게 꺾이는 지점의 차원수를 선택하는 것이 좋다 [27]. 따라서 본 연구에서의 스트레스 플롯을 그려보았을 때 차원의 수가 2일 때 처음 크게 꺾이는 점이 나타나는 것을 알 수 있었으므로 차원의 수를 2개로 결정하였다. 또한 개념도 연구방법에 대한 광범위한 메타분석을 실시한 결과 평균 합치도 지수는 .285, 약 95%의 연구가 최대 .205~.365 구간인 것으로 나타났다[24]. 본 연구의 다차원 분석결과는 2차원까지 추출하였을 때의 합치도가 .229이므로 다차원척도 분석에 적합한 스트레스 값의 평균범위인 .205~.365를 충족시키는 결과라고 볼 수 있다. 2차원 개념도 제작에 적합한 합치도란 자료가 가지고 있는 원래 유사성과 다차원 척도법을 적용한 결과 지각도(유클리디언 거리모형)의 대상들 사이의 거리 비교를 통해 지각도가 원래 대상 간 유사성을 얼마나 잘 반영하는지를 나타내는 척도

Table 1. Characteristics of the Elderly Residents of Long-term Care Facilities

(N=14)

Group	No.	Gender	Disease	Age (year)	Length of stay (months)	Rating [†]	K-MMSE
1	1	F	Fracture	72	35	4	30
	2	F	Dementia	81	59	2	16
	3	F	CVA	89	129	4	22
	4	F	Poliomyelitis	93	129	4	25
2	5	F	Dementia	83	19	2	19
	6	F	CVA	77	7	3	28
	7	F	Hypertension	84	38	2	29
	8	F	CVA	87	17	3	25
	9	F	DM	82	53	2	30
3	10	F	DM	89	17	3	23
	11	F	Dementia	81	8	4	23
	12	M	Paraplegia	76	37	4	23
	13	F	Dementia	73	11	4	18
	14	F	Dementia	81	2	3	20
M±SD				82.1±5.95	40.1±39.92	3.1±0.83	23.6±4.32

[†]The Need Assessment Committee rates applicants according to the time period required for long-term care by referring to the examination results, which specify the applicant's mental and physical condition, along with medical opinion. People with ratings between 1 (score ≥ 95~5 (45 ≤ score < 51), and higher score implies higher severity[27]; CVA=cerebrovascular accident; DM=diabetes mellitus; K-MMSE=Korean Mini Mental State Examination.

이다. 또한 본 연구에서 회귀분석의 결정계수와 유사한 다차원 척도법의 모형적합도 지수인 RSQ는 .6 이상인 .889로 모형의 설명력이 좋은 편이라고 할 수 있다.

차원의 수를 2개로 설정한 후, 62개의 진술문들을 x, y 지도 위의 점으로 표시했을 때 2차원 상에서 가까이 위치한 진술문은 연구참여자들이 비슷하게 인식하고 있으며, 멀리 위치한 진술문은 서로 다르게 인식하고 있음을 의미한다(Figure 1). 1차원(x축)의 양극단에 있는 진술문을 살펴보면 다음과 같이 분석할 수 있다. 먼저 x축의 (+)방향에 있는 진술문으로는 ‘가족이 원할 때는 언제든지 나를 면회할 수 있다’, ‘가족, 친구와 언제든지 통화할 수 있다’, ‘원하는 프로그램(그림, 노래 등)에 자유롭게 참여할 수 있다’, ‘방은 생활하기에 충분히 넓다’, ‘내 방에서는 마음대로 환기를 시킬 수 있다’ 등과 같이 능동적이며 대상자의 참여가 중심이 되는 내용이 중심이 되고 있다. 반면 x축의 (-)방향에 있는 진술문들은 ‘시설 안에서 편하게 종교 활동을 할 수 있다’, ‘내 물건을 안전하게 보관할 수 있다’, ‘영화관람, 종이 접기 등 유익한 프로그램이 제공 된다’, ‘샤워 시간이 충분히 여유가 있다’, ‘정기적으로 의사선생님이 진찰해준다’ 등과 같이 수동적이며 돌봄 중심 서비스 위주로 분포되어 있다. 따라서 1차원(x축)의 (+)방향은 참여 중심 서비스 차원, (-)방향은 돌봄 중심 서비스 차원으로 명명할 수 있다(Figure 2).

2차원(y축)의 양극단에 있는 진술문을 살펴보면 다음과 같이 분석할 수 있다. 먼저 y축의 (+)방향에 있는 진술문으로는 ‘빨래, 청소 등을 도와준다’, ‘시간에 맞추어 간식과 음식을 준

다’, ‘규칙적으로 목욕 시켜준다’, ‘물리치료를 충분히 받을 수 있다’, ‘햇빛을 마음껏 볼 수 있다’ 등과 같이 실질적이고 물리적 서비스가 주로 분포되어 있다. 반면 y축의 (-)방향에 있는 진술문들은 ‘생일잔치를 해 준다’, ‘내 물건을 안전하게 보관할 수 있다’, ‘사생활이 보장 된다’, ‘돌봐주던 선생님들이 시설을 그만둘 때는 미리 알려주어 작별인사를 할 수 있다’, ‘불만 사항이 있을 때 부담 없이 이야기 할 수 있다’ 등과 같이 정성적이며 정서적인 서비스 위주로 분포되어 있다. 따라서 2차원(y축)의 (+)방향은 물리적 서비스 차원, (-)방향은 정서적 서비스 차원으로 명명할 수 있다(Figure 2).

3. 장기요양시설노인의 서비스 경험에 관한 군집

본 연구에서는 장기요양시설노인의 서비스 경험에 대한 연구참여자의 인식구조를 시각적으로 확인하기 위하여 62개의 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험에 대한 다차원척도 분석의 결과 생성된 2차원 상의 x, y 좌표 값을 사용하여 Ward 연결법으로 군집분석을 실시하였다. 군집의 수를 결정하기 위해 위계적 군집분석의 결과로 도출된 덴드로그램을 살펴본 결과, 군집의 수는 2개에서 6개까지 고려해 볼 수 있는 것으로 나타났다. 이 위계적 군집분석의 결과를 기초로 군집의 수를 결정하기 위해 다음의 기준을 사용하였다. 첫째, 연구참여자들이 분류한 군집의 수(M=9.07±2.31) 이상이 되지 않게 한다. 둘째, 군집 내의 진술문과 군집 간의 진술문 사이에 분명하게 차이가 나야

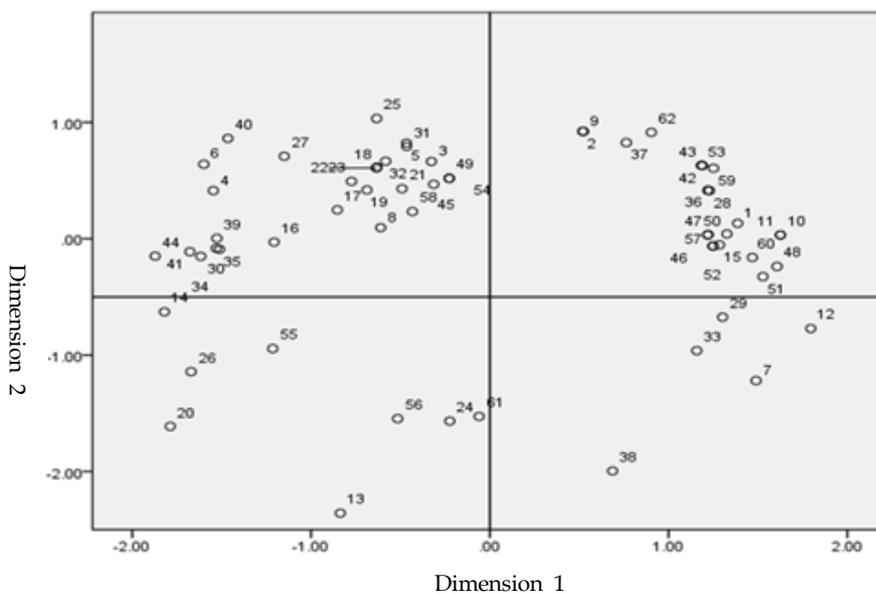


Figure 1. The result of multidimensional scale (1*2 dimension).

한다. 셋째, 텐드로그램을 참조하여 3개에서 6개 군집을 상호 비교한 뒤 논리적 유사성을 검토하였다. 그 결과 본 연구에서 장기요양시설노인의 서비스 경험을 해석하기에 적합한 군집의 수를 6개로 결정하였으며, 돌봄 및 처치의 안전성, 책임감 있고 지지적인 직원, 편안한 생활환경, 정신적 안녕, 존중과 의사소통, 참여와 선호반영 등 6개의 군집이 도출되었다(Figure 2).

군집을 명명하는데 있어서 좌표 상에 진술문들 사이의 상대적 거리와 군집 내 진술문들의 유사성을 고려하여 이름을 명명하였다. 이에 따른 군집별 명칭과 그에 속한 진술문들은 중요도 평정 평균이 높은 순으로 Table 2에 제시하였고, 장기요양시설노인의 서비스 경험 개념도는 Figure 2와 같다. 개념도 상에 분류된 군집 분석의 결과를 살펴보면 군집 1은 ‘돌봄 및 처치의 안전성’으로 명명되었으며 주로 목욕, 식사 등 신체적 돌봄이나 의료적인 처치가 얼마나 즉각적이고 전문적으로 이루어지는지와 관련된 11개 진술문이 포함되었다. 군집 2는 ‘책임감 있고 지지적인 직원’과 관련된 것으로 직원들이 노인의 이야기를 얼마나 잘 경청하고, 거기에 대해 친절하고 지지적인 태도를 보이는지와 관련된 16개 진술문으로 구성되었다. 군집 3은 ‘편안한 생활환경’과 관련하여 햇빛, 베란다 등 물리적인 환경과 식사, 빨래, 청소 등 생활환경에 대한 10개 진술문이 포함되었다.

군집 4는 ‘정신적 안녕감’과 관련하여 소유물에 대한 안전, 종교 활동, 프로그램 등과 관련된 4개의 진술문으로 구성되었다. 군집 5는 ‘존중과 의사소통’으로 불만 사항과 요구 사항에 대해 자유롭게 의사소통 할 수 있는지, 사생활이 존중되는지 등과 관련된 5개 진술문이 포함된다. 군집 6은 ‘참여와 선호반영’으로 시설에서 생활할 때 노인의 자율성과 선호가 반영되는지와 관련된 16개 문항이 포함되었다.

4. 장기요양시설노인의 서비스 경험에 관한 중요도

연구참여자들은 62개의 진술문에 대해 각각 장기요양시설노인의 서비스 경험의 요인으로서 얼마나 중요하지를 5점 Likert 척도(1점: 전혀 중요하지 않음, 2점: 중요하지 않음, 3점: 보통, 4점: 중요함, 5점: 매우 중요함)로 평정하였다.

위계적 군집분석에 의해 도출된 6개의 군집별로 연구참여자들이 평정한 결과를 Table 2에 나타난 바와 같이 평정 평균 값이 높은 순으로 6개의 군집을 살펴보면, 돌봄 및 의료 처치의 안전성(M=4.72), 반응을 잘하는 직원(M=4.65), 편안한 생활환경(M=4.55), 정신적 안녕감(M=4.45), 존중과 의사소통(M=4.37), 참여와 선호반영(M=4.21)이다. 군집별 평균 평정

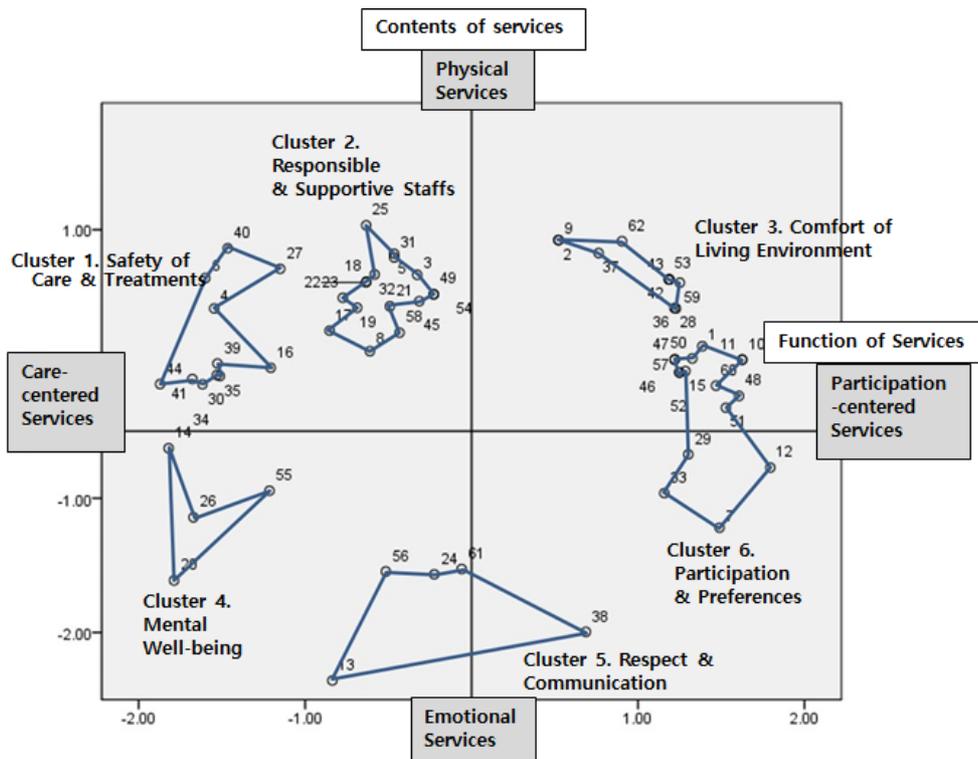


Figure 2. Concept mapping of good patient experience among the elderly residents of long-term care facilities.

Table 2. Core Statements and Clusters for Good Service Experience of the Elderly Residents of Long-term Care Facilities

Item		Sentence	Importance (Range 1~5)
Cluster 1. Safety of care and treatment (11 statements, Mean: 4.72)	6	When I am sick, nurses either take me to the hospital or treat me right away.	4.93
	34	Staffs bathe me with their utmost sincerity and care.	4.93
	39	I can trust the director and nurses because they are experts.	4.93
	40	I can get necessary physical therapy.	4.86
	44	Doctors examine me on a regular basis.	4.86
	4	Staff give me warm meals three times a day.	4.79
	16	Staff come whenever I call them.	4.79
	35	Director gives new employee training thoroughly.	4.79
	27	Director gives information about us line by line to a new employee.	4.50
	30	Ones who take care of me do not change frequently.	4.36
	41	My shower time is sufficient.	4.21
Cluster 2. Responsible and supportive staff (16 statements, Mean: 4.65)	17	Staff like me.	4.93
	58	Staff do not discriminate.	4.93
	5	Staff are kind to me.	4.86
	19	Staff respond to my request immediately.	4.86
	25	Staff bathe me regularly.	4.86
	32	When staff help me with bathing or going to the bathroom, they tell me 'I'm doing what I have to do' or 'It's okay' even if they're tired.	4.86
	49	Staff respect me as a person.	4.86
	3	Staff console me.	4.71
	18	Staff thank me and compliment on me.	4.71
	31	Staff are generous.	4.71
	54	Staff always answer me when I call them.	4.64
	23	Staff always treat me the same.	4.57
	22	Staff often say 'Thanks' or 'Greetings'	4.43
	45	Staff care about me even if I am not assigned to them.	4.29
	21	Staff greet me in the morning by saying "Good morning?" first.	4.14
	8	Staff ask me if there are any problems.	4.00
Cluster 3. Comfort of living environment (10 statements, Mean: 4.55)	53	The facility is located in a clean-air environment.	4.93
	62	I can freely see the sunlight.	4.79
	59	I can take a conversation every day because there is a friend who thinks similarly and understands each other.	4.71
	9	Staff give me food and snacks on time.	4.57
	28	There is an elder who gets along well with me.	4.57
	2	Staff help me with doing the laundry or cleaning my room.	4.50
	42	There is space where I can freely take a walk.	4.50
	43	There is a balcony in my room.	4.50
	36	I hang around with a friend because he/she has similar hobbies.	4.43
	37	Meals are satisfactory.	4.00
Cluster 4. Mental well-being (4 statements, Mean: 4.45)	20	I can keep my belongings safe.	4.93
	14	I can freely participate in religious activities in the facility.	4.29
	26	I am offered beneficial programs such as movie-watching or origami.	4.29
	55	I can watch any TV programs I want.	4.29
Cluster 5. Respect & communication (5 statements, Mean: 4.37)	61	I can talk freely about my complaints.	4.64
	38	My privacy is secured.	4.57
	56	I am notified of the ones who took care of me leaving the facility so that I can say farewell.	4.50
	24	Staff cook what I want to eat.	4.14
	13	Staff celebrate my birthday.	4.00
Cluster 6. Participation & preference (16 statements, Mean: 4.21)	10	My family can visit me whenever they want.	4.79
	11	I can always call my friends and family.	4.57
	33	My friends can visit me whenever I call them to do so.	4.5
	51	I can air out my room whenever I wish.	4.5
	60	I can adjust the room temperature when I want to.	4.5
	15	I can wear whatever I want.	4.36
	52	I can go out whenever I want if I contact my family.	4.36
	1	I have a person to depend on.	4.29
	48	My room is large enough for everyday life.	4.29
	7	I can regularly go shopping or eat out with the help of volunteers.	4.14
	46	I can eat whenever I want.	4.14
	12	I can participate in programs of my choice (drawing, singing, etc.)	4.07
	57	I can eat my meal at a later time when I'm not in the mood.	4.07
	29	I can share food my family brought to me.	4.00
	47	I can wake up at any time in morning.	3.43
	50	I can eat food after dinner.	3.43
Total			4.49

치는 4.49로 모든 군집이 보통 이상의 중요도를 나타내고 있으며 그 중에서도 장기요양시설노인의 서비스 경험에서 가장 중요하게 생각하는 요인 군집은 ‘돌봄 및 의료처치’로 나타났다. 또한 장기요양시설노인의 서비스 경험을 평정한 62개 진술문들의 평균은 최소 3.43점에서 최대 4.93점으로 모든 진술문에 대해 연구참여자들은 보통 이상의 중요도로 평가하였다. 연구참여자들이 가장 중요하다고 평가한 진술문들은 ‘아프면 바로 병원에 데려다 주거나 치료해 준다’, ‘선생님들이 나를 좋아해 준다’ 등이다.

논 의

본 연구는 개념도 방법을 사용하여 장기요양시설노인들이 지각하는 좋은 서비스 경험의 내용들을 확인하고 이들의 개념적 구조를 파악함으로써 우리나라 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정 지표 개발을 위한 구성요인 규명하고자 하였다. 그 결과 총 62개의 진술문, 2개 차원, 6개의 군집으로 이루어진 개념도를 얻을 수 있었으며 그 구체적 결과는 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 장기요양시설노인이 지각하는 좋은 서비스 경험 요인은 ‘돌봄 중심-참여중심 서비스 요인’ 및 ‘물리적-정서적 서비스 요인’의 2개 차원을 통해 인식됨을 확인할 수 있었다. ‘돌봄 중심-참여중심 서비스 요인’의 경우 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 기능을 나타내는 차원으로 서비스의 기능은 수동적이며 직원들이 수행하는 돌봄을 중심으로 하는 돌봄 중심 기능과 능동적이며 대상자의 참여를 중심으로 하는 참여중심 기능으로 나뉘는 것을 알 수 있다. ‘물리적-정서적 서비스 요인’의 경우 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 내용을 나타내는 차원으로 서비스의 내용은 눈에 보이는 실제적이고 신체적인 서비스가 중심을 이루는 물리적 서비스와 노인의 감정과 정신과 관련된 무형의 정서적 서비스로 나뉘어 인식됨을 알 수 있었다. 차원과 군집의 관계를 통해 본 연구 개념도의 특징을 살펴보면, 첫째 본 연구에서 장기요양시설노인이 지각하는 좋은 서비스 경험 요인의 군집들은 비교적 ‘돌봄 중심 서비스’ 차원에 많이 분포함을 알 수 있다. 이는 장기요양시설노인들은 시설 서비스의 기능을 노인 스스로의 참여를 유도하는 것으로 인식하기보다는 기관과 직원이 주도적으로 돌봄 서비스를 제공하는 것으로 인식하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 이는 노인장기요양서비스의 질 측정 시 이용자 만족도 및 삶의 질 등 성과중심의 평가가 이루어져야 하며, 대리인 평가보다는 이용노인 중심의 평가수행이 필요하다 는 Lee [28]의 연구결과를 반영한다.

둘째, 본 연구의 개념도 상에서 많은 진술문들이 ‘물리적 서비스-돌봄 중심 서비스’ 및 ‘물리적 서비스-참여중심 서비스’ 사분면에 나타나는 것을 볼 때 우리나라 장기요양시설노인이 지각하는 좋은 서비스 경험은 아직 물리적 서비스가 주를 이루고 있는 것을 알 수 있다. 또 물리적 서비스가 돌봄중심 서비스 기능 뿐 아니라 참여중심 서비스 기능이 함께 영향을 미치는 것으로 확인되었는데 이는 환자 중심성, 환자의 참여 및 선호 반영을 핵심개념으로 하고 있는 것과 일치한다[6].

셋째, 군집 2개는 정서적 서비스 측에 치우쳐 있는 것을 볼 때 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험에서 정서적 서비스의 영향 또한 노인들이 인식하고 있는 것으로 확인되었다.

본 연구에서 장기요양시설노인이 지각하는 좋은 서비스 경험 요인들의 군집은 총 6개로 나타났다. 각 군집들의 구체적인 내용은 ‘돌봄 및 처치의 안전성’, ‘책임감 있고 지지적인 직원’, ‘편안한 생활환경’, ‘정신적 안녕’, ‘존중과 의사소통’, ‘참여와 선호반영’이다. 기존의 우리나라 장기요양시설 서비스에 대한 평가가 돌봄 처치의 안정성 및 편안한 생활환경 등 기관 위주의 구조적인 측면에 치우쳐져 있다면[25] 본 연구에서는 존중과 의사소통, 참여와 선호반영 등 노인의 참여가 중요한 요소임을 확인할 수 있었다. 이는 선진국의 장기요양시설노인의 서비스 경험의 지표들의 주요 요소와도 유사하다[8].

상기 연구결과를 바탕으로 살펴본 본 연구의 의의 및 장기요양시설 서비스 현장에 주는 함의는 다음과 같다. 첫째, 인지기능이 손상되거나 치매가 있는 노인의 경우도 그들의 선호뿐만 아니라 그들이 받는 서비스에 대한 만족도나 경험을 충분히 표현할 수 있다는 것을 확인하였다[11,13,14]. 본 연구에서는 장기요양시설노인의 지각된 서비스 경험측정 지표 개발을 위한 하부구성요인 규명을 위하여 개념도 연구방법을 활용하였다. 개념도 연구방법은 연구대상자 스스로 중심 개념에 대한 진술문을 도출하고, 중요도를 평정하고, 유사한 진술끼리 분류함으로써 연구대상의 관점을 최대한 반영할 수 있다는 장점이 있다 [24]. 그러나 자료수집 과정에서 연구자의 개입이 최소화되기 때문에 연구대상자의 응답할 수 있는 능력이 무엇보다도 중요하다. 본 연구에서는 개념도 연구방법 적용 시 K-MMSE점수 16~30점 사이의 노인을 대상으로 하였으며, 개념도 연구방법을 통해 도출된 62개의 진술문에 대해 중요도를 평정하는 과정에서 인지기능에 중등도(K-MMSE 16~19점)의 손상이 있는 3명의 대상자의 경우에도 62개 진술문의 중요도를 평정하였으며, 반복해서 질문했을 때 일관된 결과를 보였다. 이는 중등도의 인지손상이 있는 노인도 서비스 경험에 대한 설문에 응답할 수 있으며 신뢰도와 타당도에 있어서 인지손상이 없는 대상자

와 차이가 없으므로 근거없이 설문에서 제외시켜서는 안되는 선행연구와 일치하는 결과였다[10,29].

둘째, 우리나라 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 내용과 목록을 제공하였다. 본 연구결과에 따른 ‘돌봄 및 처치의 안전성’, ‘책임감 있고 지지적인 직원’, ‘편안한 생활환경’, ‘정신적 안녕감’, ‘존중과 의사소통’, ‘참여와 선호반영’의 6가지 영역과 미국, 네덜란드, 캐나다 등 선진국의 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정 지표의 영역들을 비교할 때 국가마다 세부 목록이 다른 영역으로 분류되기도 하였으나 중요한 내용들은 서로 공통적으로 포함됨을 알 수 있다[10,15,16]. 그러나 네덜란드의 돌봄/인생 계획(care/life plan) 영역은 본 개념도 연구에서는 도출되지 않았는데 이는 현재 장기요양시설에서 서비스 계획이나 여생에 대한 계획을 세울 때 노인의 참여가 적극적으로 이루어지지 않아서 노인들이 좋은 서비스 경험의 영역으로 인식하지 못하고 있기 때문으로 사료된다[16]. 따라서 본 개념도 연구를 바탕으로 우리나라 장기요양시설노인의 서비스 경험 지표 개발 시 이러한 영역들은 추가로 고려되어야 할 필요가 있다.

셋째, 노인의 관점에서 장기요양시설 질 향상의 개선 지점을 제시할 수 있는 기초자료를 제공하였다. 향후 본 개념도 연구에서 나타난 군집들을 기반으로 우리나라 장기요양시설노인의 서비스 경험지표를 개발하고 그 지표를 활용하여 서비스 경험을 측정하게 된다면 노인의 관점에서 서비스 개선이 필요한 지점을 정확하게 도출하여 질 향상에 직접적으로 기여할 수 있을 것이며, 장기요양시설 서비스 질 향상을 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공할 수 있을 것이다.

넷째, 간호학 연구에 있어서 흔히 사용되지 않는 개념도 연구방법을 적용함으로써 향후 간호학에서 많이 이루어지고 있는 척도개발 연구 및 프로그램 효과평가 연구의 새로운 방법론을 제시하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 서울, 경기 지역의 장기요양시설 평가등급 A 또는 B를 받은 3개의 우수 장기요양시설에 거주하는 14명의 노인을 통하여 결과를 도출했는데 요양원의 특성에 따라 원하는 서비스의 중요도가 달라질 수 있으므로 전체 장기요양시설의 결과로 일반화하기에는 제한이 있다. 둘째, 인지기능 저하, 의사소통의 장애 등 장기요양시설노인의 특성 상 노인의 관점만으로 서비스에 대한 전반적인 평가를 하는 것은 제한이 있다. 셋째, 연구대상자 중 남성노인이 한 명뿐이었으므로 전체 남성노인을 대표하기에는 제한이 있다.

결론 및 제언

본 연구는 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 요인과 개념적 구조를 파악하기 위하여 개념도 연구방법으로 수행되었다. 장기요양시설노인의 좋은 서비스 경험의 요인은 서비스 내용(물리적-정서적 서비스) 및 기능(돌봄-참여중심 서비스)의 2개 차원으로 도출되었으며, ‘돌봄 및 처치의 안전성’, ‘책임감 있고 지지적인 직원’, ‘편안한 생활환경’, ‘정신적 안녕감’, ‘존중과 의사소통’ 및 ‘참여 및 선호반영’의 6개 군집으로 분류되었다. 본 연구결과, 인지기능이 저하된 장기요양시설에 거주하는 노인도 자신의 의견을 표현할 수 있다는 것을 확인하였고, 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정지표 개발을 위한 목록과 내용을 제시하였다. 이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 본 연구를 기초로 장기요양시설 평가등급별, 지역별 차이를 고려한 장기요양시설노인의 서비스 경험 측정을 위한 척도개발 연구를 제안한다.

둘째, 인지기능이 저하된 노인 등을 위한 포괄적인 서비스 경험 평가를 위해서 장기요양시설노인의 가족의 서비스 경험에 대한 개념도 연구 및 척도개발 연구를 제안한다.

REFERENCES

- Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2014;7(3):235-41.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- Frampton SB. Healthcare and the patient experience: harmonizing care and environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2012;5(2):3-6.
<http://dx.doi.org/10.1177/193758671200500201>
- Staniszewska S, Boardman F, Gunn L, Roberts J, Clay D, Seers K, et al. The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *The International Journal for Quality in Health Care*. 2014;26(2):151-7.
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu003>
- Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. Measure of patient's experience in hospital: purpose, methods and uses. London: King's Fund; 2009. p. 7-9.
- The Beryl Institute. Defining Patient Experience [Internet]. Southlake, TX: The Beryl Institute; 2010 [cited 2016 April 16]. Available from <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>
- Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1(1):7-19.

7. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CJ. How does satisfaction with the healthcare system relate to patient experience?. *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271-8.
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
8. Price RA, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review.* 2014;71(5):522-54.
<http://dx.doi.org/10.1177/1077558714541480>
9. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences.* 2003;58(3):240-8.
<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/58.3.M240>
10. Sangl J, Buchanan J, Cosenza C, Bernard S, Keller S, Mitchell N, et al. The Development of a CAHPS[®] for Nursing Home Residents (NHCAHPS). *Journal of Aging & Social Policy.* 2007;19(2):63-82. http://dx.doi.org/10.1300/J031v19n02_04
11. Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, de Vet HC, Ribbe MW. Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research.* 2007;16(6):1029-37.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9203-7>
12. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive pairment. *Psychosomatic Medicine.* 2002;64(3):510-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200205000-00016>
13. Kehyayan V, Hirdes JP, Tyas SL, Stolee P. Residents' self-reported quality of life in long-term care facilities in Canada. *Canadian Journal on Aging.* 2015;34(2):149-64.
14. Stephens CE, Sackett N, Govindarajan P, Lee SJ. Emergency department visits and hospitalizations by tube-fed nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment: a national study. *BMC Geriatrics.* 2014;14:35.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-35>
15. Norton PG, Van Maris B, Soberman L, Murray M. Satisfaction of residents and families in long-term care: I. construction and application of an instrument. *Quality Management in Healthcare.* 1996;4(3):38-46.
<http://dx.doi.org/10.1097/00019514-199604030-00006>
16. Triemstra M, Winters S, Kool RB, Wieggers TA. Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the consumer quality index long-term care. *BMC Health Services Research.* 2010;10(95):1-11.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-95>
17. Shin KA. Defamilization of elderly care and experience of the aged. *Korean Journal of Sociology.* 2011;45(4):64-9.
18. Goh JK, Hwang IO, Oh HY. The experiences of the newly admitted elderly residents in nursing home. *Journal of Korea Gerontological Society.* 2002;29(2):477-88.
19. Lee GE. The experience of institutionalization by the elderly. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing.* 2002; 13(4):668-78.
20. Song KB, Jang ED. Cultural competence and measurement in social work practice. *Studies in Humanities and Social Science.* 2010;29:40-69.
21. Seok JE. A study on the concept and improvement plan of long-term care service quality -the voice of service field for 'good care'-. *Korean Journal of Social Welfare.* 2014;66(1):221-49.
22. Kim YH, An JS. Stress, life satisfaction and service satisfaction of elderly and elderly family using long-term care service. *Journal of Welfare for the Aged.* 2012;57:161-89.
23. Im HS, Hwang HS. Analysis fo causes affecting the subjective well-being of the degree of satisfaction of the service of long-term care facilities. *Journal of Welfare for the Aged.* 2011;54: 237-61.
24. Kane M, Trochim WMK. *Concept mapping for planning and evaluation.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2007. p. 27-110.
25. Min KH, Choi YJ. Overview of concept mapping in counseling psychology research. *Korea Journal of Counseling.* 2007;8(4): 1291-307.
26. Choi YJ, Kim KH. Concept mapping the highly educated and married women's experience on crisis of career interruption for comparing career women with housewives with experienced career interruption. *Korea Journal of Counseling.* 2007; 8(3):1031-45.
27. Park KB. *Multidimensional scaling.* Seoul: Kyoyookbook; 2000. p. 7-56.
28. Lee MJ. A study on measurement issues of the quality of long-term care services for older adults. *Social Welfare Policy.* 2011; 38(1):141-66. <http://dx.doi.org/10.15855/swp.2011.38.1.141>
29. Van Maris B, Soberman L, Murray M, Norton PG. Satisfaction of residents and families in long-term care: II. lessons learned. *Quality Management in Healthcare.* 1996;4(3):47-53.
<http://dx.doi.org/10.1097/00019514-199604030-00007>
30. Natioanl Health Insurance Service. Long term care insurance [Internet]. Wonju; National Health Insurance Service; 2011 [cited 2015 April 10]. Available from: <http://www.longtermcare.co.kr>