

요양시설 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

김은하¹ · 김영경²

부산가톨릭대학교 간호대학 조교수¹, 교수²

Factors related to the Health related Quality of Life among Institutionalized Elders

Kim, Eun-Ha¹ · Kim, Yeong-Kyeong²

¹Assistant Professor, ²Professor, College of Nursing, Catholic University of Pusan

Purpose: This purpose of this study was to identify the factors related to the health related quality of life among institutionalized elders. **Methods:** The subjects were 247 elders institutionalized among one of the four nursing homes in Busan. Data were collected through interview with four standardized questionnaires from August to October, 2008. Questionnaires were related to health related quality of life (SmithKline Beecham's Quality of Life scale, SBQoL), quality of sleep(Pittsburgh Sleep Quality index, PSQI), activity of daily living (Katz ADL Index), and depression (Geriatric Depression Scale Short Form Korea, GDSSF-K). Data were analyzed for descriptive analysis, t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression by using SPSS/WIN 17.0 program. **Results:** The mean HRQoL in the subjects was 6.62 ± 0.91 . Percentage of the respondents reporting sleep disorders were 72.5% and 27.1% reported being vulnerable to depression. The significant predictors of the HRQoL were sleep quality, activity of daily living (ADL), level of education, and depression. The factors accounted for 28.8% of variance in the health related quality of life of institutionalized elders. **Conclusion:** Sleep quality, activity of daily living, and depression need to be considered as the important control factors for improving the health related quality of life in the institutionalized elders.

Key Words: Institutionalized elders, Sleep quality, Activity of daily living, Depression, Health related quality of life

서론

1. 연구의 필요성

우리나라의 노인인구는 1990년 이후 꾸준히 증가해 2008년 고령자 통계에 의하면 7월 1일 현재 총인구 중 65세 이상 노인인구의 비율은 10.3%로 2000년 고령화 사회에 진입한 이후 심화되어, 2018년에는 14%, 2026년에는 초고령 사회인 20%에 도달할 것으로 전망하고 있다(Korea National Statistical Office, 2008). 2008년 7월부터 노인장기요양보험 제도가 개시되어 요양보호를 필요로 하는 노인과 가족은

간병비가 지급되는 요양시설 입소를 선호하게 되었으며, 2009년 5월에는 2,016개 시설에 76,216명이 입소하였는데 이는 노인인구의 1.5%에 해당하는 것으로 2003년 0.4%에서 5배나 증가한 수치이다(Lee, 2009). 이러한 노인보건복지환경 변화에 따라 증가 추세에 있는 시설노인은 치매, 중풍과 같은 노인성질환으로 인해 일상생활수행능력의 현저한 혹은 부분적인 장애를 가지고 있어 인지, 행동장애 및 정신건강문제가 일반노인에 비해 1가지 이상 더 많은 편이다(Kim, 2009). 영국에 거주하는 노인을 대상으로 우울을 측정할 결과 재가노인의 9.3%인데 비해 시설노인은 27.1%의 노인이 우울증상을 보인 것으로 나타났으며(Mcdougall,

주요어: 시설노인, 수면의 질, 우울, 일상생활수행능력, 건강관련 삶의 질

Address reprint requests to: Kim, Yeong-Kyeong, College of Nursing, Catholic University of Pusan, 4-1 Bugok 3-dong, Geumjung-gu, Busan 609-323, Korea. Tel: 82-51-510-0723, Fax: 82-51-510-0747, E-mail: ykkim@cup.ac.kr

- 본 연구는 2008년도 부산가톨릭대학교 교내 연구비 지원에 의함.

- This paper was supported by RESEARCH FUND offered from Catholic University of Pusan.

투고일 2010년 3월 17일 / 수정일 2010년 5월 4일 / 게재확정일 2010년 5월 12일

Mattews, Kvaal, Dewey, & Brayne, 2007), 국내에서도 시설노인 4명 중 1명이 우울을 경험하고 있고, 이는 다시 일상생활수행능력의 저하에도 영향을 미치는 것으로 보고되었는데, 시설에 입소하는 것은 친숙한 생활의 근거지로부터의 이탈로 사회적 관계 및 정서적 애착의 단절을 경험하게 되어 입소 후에 불안, 불면, 의기소침, 우울을 느끼는 비율이 높은 것으로 나타났다(Sung, 2005). 특히 시설노인은 수면잠재기가 길어지고 수면기간이 짧아지고 수면방해가 높아 수면의 질이 낮았고 수면의 질이 낮을수록 우울이 심하고 일상생활수행능력이 저하되었다(Kim, 2007). 수면양상의 변화를 경험하는 시설노인의 상당수가 주간 기능장애를 겪게 되어 일상생활수행능력이 더욱 저하될 뿐만 아니라 삶의 질도 낮아지는 것으로 보고되었다(Kim, Yun, & Sok, 2008).

삶의 질은 1980년대부터 건강관리의 주요목표로 대두되면서 질병과 관련시켜 보고되기 시작하여 사회과학분야에서 많은 연구가 시도되었는데, 최근에는 의료보건영역에서 질병과 관련된 건강관련 삶의 질(health related quality of life, QOL)을 측정하는 연구가 증가하고 있다(Kim & Lee, 2009). 이는 개인의 건강에 직접적으로 연관되어 느껴지는 삶의 질로서 주관적이고 다차원적인 개념이며 개인 및 인구 집단의 건강수준을 나타내는 지표로 노인의 일상적 기능과 안녕상태 평가에 유용하다(as cited in Shin, Byeon, Kang, & Oak, 2008). 또한 건강관련 삶의 질을 측정하는 것은 대상 집단의 건강수준을 확인하여 대상 집단의 실질적인 정보를 제공하고 구체적이며 만족할만한 간호중재를 모색하는데 기초자료를 제공할 수 있다(Son, 2009).

현재 사용되는 건강관련 삶의 질 측정도구는 대상자의 질병 여부에 따라 일반형(generic type)과 질병특이형(disease-specific type)으로 구분할 수 있는데, 일반형은 건강상태를 측정하는 것으로 잘 알려진 도구(SF-36, EQ-5D)를 기초로 한 것인데, 질병이 있는 대상자에게 일반형 도구를 적용하여 건강관련 삶의 질을 측정함으로써 민감성이 떨어지고 내적타당도에 대한 문제점이 지적되었다(Spiker & Reveiki, 1996). 이를 보완하고자 Stoker, Dunbar와 Beaumont (1992)에 의해 개발된 스미스 클라인 비참의 삶의 질(SBQoL) 척도는 질병의 유무와 관련 없이 사용가능하며 문항수가 적어 대상자들에게 적용하기가 용이하고 자가 평정척도로서 피검자가 쉽게 응답할 수 있어서 임상 개입이 최소한으로 요구되며 개인성이 잘 반영되고 변화에 민감한 장점이 있는 것으로 보고되었다. 또한 일반인뿐만 아니라 장애인에게도 사용가능성이 확인되었고 노인의 주관적인 개인성이 잘 반영된 도구인 한국판 스미

스클라인 비참의 삶의 질 척도를 사용하여 노인의 건강관련 삶의 질을 측정하고자 한다(Yoon, Kook, & Lee, 1998).

시설노인은 치매, 중풍과 같은 만성질환 뿐 아니라 일상생활수행능력의 장애를 함께 가지는 경우가 많아 다른 집단에 비해 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 노인의 건강관련 삶의 질에 관한 연구들이 있어왔지만 질병을 앓고 지역 사회에 거주하는 재가노인을 대상으로 한 연구가 주를 이루었고(Hwang & Kim, 2008; Joo, 2008; Kim & Lee, 2009; Shin et al., 2008), 시설노인에 대한 연구는 미흡하였다. 선행연구에서는 거주유형(Seo, 1999), 가구유형, 결혼상태, 교육수준, 기분상태(Joo, 2008), 경제수준, 성별, 우울과 인지능력(Hwang & Kim, 2008), 일상생활수행능력(Shin et al., 2008), 수면의 질과 신체 기능 상태(Kim & Lee, 2009)가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고되었다.

이에 본 연구에서는 그동안 등한시되어왔던 시설노인을 대상으로 개인의 주관성이 잘 반영된 한국판 스미스클라인 비참의 삶의 질 척도를 사용하여 건강관련 삶의 질을 분석함으로써 우리나라 시설노인의 건강수준을 파악하고 관련요인을 분석하여 우리나라 시설노인의 건강관련 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발을 위한 근거자료를 제공함을 목적으로 한다.

2. 연구목적

본 연구는 요양시설 노인의 건강관련 삶의 질과 관련요인들을 파악하고 영향요인을 분석하여 건강관련 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발에 필요한 근거자료를 제공하고자 한다. 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 건강관련 삶의 질 정도를 알아보고, 일반적 특성에 따른 차이를 알아본다.
- 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

3. 용어정의

1) 건강관련 삶의 질

건강관련 삶의 질은 질병, 사고, 치료 및 그 부작용과 관련하여 개인이 지각하는 주관적인 안녕 상태(Hollyandsworth, 1988)로서 본 연구에서는 Stoker 등(1992)이 개발하고 Yoon 등(1988)이 한국판으로 표준화한 The Korean version Smith-Kline Beecham Quality of Life Scale (KvSBQoL)을 사용하여 측정할 점수이다. 척도는 유능감, 정신적 안녕, 안정성,

신체적 안녕, 활력 등의 5개 하위 영역이 있다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 노인요양시설에 거주하는 노인을 확률 표집하는데 한계가 있어 일 지역에 있는 요양시설을 임의 표집 하였으므로 연구의 결과를 해석하는데 제한이 있다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 요양시설에 거주하는 노인의 건강관련 삶의 질 정도를 파악하고 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하는 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 B광역시에 있는 요양시설에 거주하는 노인인 하였다. B광역시에 있는 요양시설의 선정은 무작위집락추출(Cluster sampling)로 하여 선택된 4개의 요양시설에 거주하는 65세 이상의 남녀노인 247명이었다. 대상자 표본의 수는 유의수준 $\alpha = .05$, 중간효과 크기 .30, 검정력 power=.80을 기준으로 상관분석에 표본수인 82명 (Cohen, 1988) 보다 많아 검정력은 양호할 것으로 판단하였다. 자료수집에 대한 기관의 승낙을 받기 위해 요양시설의 관리자에게 연구의 목적을 설명하고 연구진행에 대한 허락을 받았으며, 관련 내용을 공문으로 발송하였다. 자료수집은 대상자에게 본 연구의 목적을 설명한 후 연구의 목적을 이해하고 연구의 참여를 동의한 사람을 대상으로 연구보조원 2인이 대상자와 일대일면담 형식으로 질문지의 질문을 연구보조원이 읽고 대상자가 응답한 것을 연구보조원이 기록하는 방식으로 질문지를 작성하도록 하였다. 연구자는 연구의 목적과 자료수집 시 유의사항에 대하여 연구보조원에게 사전교육하였다.

3. 연구도구

1) 건강관련 삶의 질

대상자의 건강관련 삶의 질을 측정하기 위해 Stoker 등 (1992)이 개발한 SmithKline Beecham's Quality of Life

scale (SBQOL)를 Yoon 등(1998)이 한국판으로 표준화한 Korean Version of the SmithKline Beecham Quality of Life scale (KvSBQOL)을 사용하였다. 이 도구는 유능감(7 문항), 정신적 안녕(4문항), 안정성(6문항), 신체적 안녕(4 문항), 활력(2문항) 등 5개의 영역을 포함한 총 23문항으로 구성되어 있다(Stoker et al., 1992). 가능한 총점의 범위는 23~230점으로 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 개발당시의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다.

2) 수면의 질

수면의 질 측정은 Buysse Reynolds, Monk, Berman과 Kupfer (1989)가 개발한 Pittsburgh Sleep Quality index (PSQI)를 Youn (2005)이 번역한 도구를 사용하였다. 이는 지난 월 동안 주관적인 수면장애 정도를 측정하는 것으로 주관적인 수면의 질에 관한 1문항, 수면잠복기에 관한 2문항, 수면기간에 관한 1문항, 수면의 효율성에 관한 2문항, 수면 방해에 관한 9문항, 수면제 사용에 관한 1문항, 낮 동안의 기능장애 정도에 관한 2문항으로 7개 영역 18개 문항으로 구성된다. 이 도구는 4점 척도로서 '전혀 어려움이 없다' 1점에서 '아주 어렵다' 3점으로 최소 1점에서 최고 21점으로 점수가 높을수록 수면의 질 정도가 낮음을 나타낸다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었다.

3) 일상생활수행능력

일상생활수행능력을 측정하기 위하여 Katz 등(1963)이 개발한 Katz Index (1963)를 사용하였다. 이 도구는 총 6문항으로 구성된 3점 척도로서, 기능상태 평가를 참고하여 매일 매일 생활을 영위하는데 필요한 기본적인 생활관리 능력으로 목욕하기, 옷 갈아입기, 화장실 이용, 이동하기, 배뇨조절, 식사하기의 6개 항목에 대한 측정 점수를 의미한다. 이 도구는 3점 척도로서 '수행 불가능' 3점, '약간의 도움이 필요' 2점, '도움이 필요 없음' 1점으로 구분하여 최저 6점에서 최고 18점으로 점수가 높을수록 일상생활능력의 의존도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Kim (2007)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .97$, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었다.

4) 우울

대상자의 우울 정도를 측정하기 위해 Sheikh와 Yesavage (1986)가 개발한 'Short form Geriatric Depression Scale'을

Kee (1996)가 번안하여 한국노인의 실정에 알맞게 표준화한 Geriatric Depression Scale Short Form Korea (GDSSF-K)를 사용하였다. 이는 15개의 문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 2분형 척도로 '예' 1점에서 '아니오' 0점으로 측정되며 일부 긍정적인 진술은 역 코딩하여 총점은 0~5점이며 6점을 기준으로 6점 이상은 우울의 정도가 심함을 나타낸다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha = .71$ 이었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2009년 7월부터 9월까지이었으며 설문조사에 앞서 먼저 본 연구자가 B광역시에 위치한 4개의 요양시설을 방문하여 기관장에게 본 연구의 목적과 절차에 대해 설명하였다. 연구자와 본 연구를 위해 설문조사 교육을 받은 연구보조원들이 요양시설을 직접 방문하여 다시 각 대상자에게 본 연구의 목적과 참여과정 및 참여하는

동안에도 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였다. 본 연구의 설문지는 익명으로 처리될 것이며 본 연구의 목적이외에는 결코 사용되지 않을 것임을 정확히 제시하였다. 모든 설명을 들은 후에 본 연구에 참여하기를 동의하고 연구참여 동의서에 서명을 한 대상자에 한하여 설문지를 배부하였고 연구보조원과 일대일 면접을 통해 설문지를 작성하도록 하였다. 총 250부의 설문지가 배부되었으나 일부 답변에 응답하지 않은 자료 3부를 제외한 총 247부가 최종 분석에 사용되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산통계처리 하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 알아보기 위해 실수와 백분율을 구하였고 수면의 질, 일상생활수행능력, 우울 및 건강관련 삶의 질 정도를 알아보기 위해 기술통계를 사용하였다.

Table 1. Health-related Quality of Life according to General Characteristics

(N=247)

Characteristics	Categories	n (%)	Health-related quality of life			
			M±SD	F or t	p	Scheffe
Gender	Male	73 (29.6)	6.63±0.75	-0.04	.207	
	Female	174 (70.4)	6.62±0.84			
Age (yrs)	< 70	92 (37.2)	6.58±0.80	0.63	.391	
	70~79	127 (51.4)	6.61±0.81			
	≥ 80	28 (11.4)	6.82±0.87			
Religion	Christian	85 (34.4)	6.84±0.92	3.12	.016	
	Catholic	46 (17.0)	6.50±0.70			
	Buddhism	52 (22.7)	6.42±0.77			
	Others	4 (1.6)	6.62±0.73			
	None	60 (24.3)	6.10±0.25			
Education	No school ^a	92 (37.2)	6.76±0.87	1.96	.020	c<a, b
	Elementary school ^b	104 (42.1)	6.63±0.82			
	≥ Middle school ^c	51 (20.6)	6.36±0.62			
Marital status	Married	48 (18.6)	6.51±0.72	0.60	.551	
	Bereavement	195 (78.9)	6.65±0.83			
	Others	6 (2.4)	6.59±0.95			
Job	Yes	99 (40.1)	6.72±0.84	1.60	.109	
	No	148 (59.9)	6.55±0.79			
Monthly income (10,000 won)	< 10 ^a	208 (84.2)	6.65±0.79	2.80	.062	c>a, b
	≥ 10~ < 50 ^b	35 (14.2)	6.54±0.91			
	≥ 50 ^c	4 (1.6)	5.72±0.69			
Number of children	None	19 (7.7)	6.69±1.09	0.76	.467	
	1~2	88 (35.6)	6.54±0.82			
	≥ 3	140 (56.7)	6.67±0.77			
Chronic disease	Yes	191 (78.1)	6.63±0.83	-0.37	.709	
	No	54 (21.9)	6.59±0.78			

- 대상자의 일반적 특성과 건강관련 삶의 질에 따른 변수들 간의 차이를 알아보기 위해 independent t-test와 one-way ANOVA를 실시하였고, 사후 검정은 Scheffe's test로 확인하였다.
- 건강관련 삶의 질과 관련변수간의 상관관계를 파악하기 위해 Pearson's correlation coefficients를 실시하였고, 건강관련 삶에 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 삶의 질 차이

본 연구대상자의 일반적 특성 및 건강관련 삶의 질의 차이를 살펴보면 다음과 같다(Table 1). 평균연령은 76.61세로 70대가 51.4%로 가장 많았다. 70.4%가 여자였고 29.6%

가 남자였다. 최종학력은 초등학교 졸업이 42.1%를 차지하였고, 78.9%가 사별한 상태로 나타났다. 종교는 34.4%가 기독교신자로 나타났고 종교를 가지지 않은 경우도 24.3%를 차지하였다. 64%가 직업을 가지고 있지 않았으며, 한 달 용돈은 10만원 미만이 84.2%로 가장 많았다. 대상자의 78.1%가 만성질환을 가지고 있었으며 대상자 한명 당 평균 2.02개의 질병을 가지고 있는 것으로 나타났다. 질병의 종류는 치매가 39.7%로 가장 많았고 고혈압이 27.1%, 관절염이 25.1%, 당뇨는 17.8%로 나타났다. 자녀는 56.7%의 대상자가 3명 이상의 자녀를 가지고 있었는데 7.7%의 대상자는 자녀가 없는 것으로 나타났다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 정도는 교육 정도($F=1.96, p=.020$), 월 용돈($F=2.80, p=.026$)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 중학교 이상 졸업 대상자가 다른 집단에 비해 건강관련 삶의 질이 낮았으며 월 용돈이 50만원 이상으로 응답한 대상자가 건강관련 삶의 질이 높았다. 일반적 특성에

Table 2-1. Dimensions of Health related Quality of Life according to General Characteristics

Characteristics	Categories	Competence		Psychological wellbeing		Stability	
		M±SD	F or t (p)	M±SD	F or t (p)	M±SD	F or t (p)
Gender	Male	6.98±0.94	0.07 (.79)	6.45±1.25	0.20 (.64)	6.92±0.87	5.09 (.02)
	Female	6.96±0.91		6.43±1.28		6.77±1.06	
Age (yrs)	<70	7.06±0.96	1.36 (.25)	6.44±1.26	0.39 (.67)	6.65±1.02	2.67 (.07)
	70~79	6.87±0.87		6.39±1.26		6.86±0.99	
	≥80	7.06±0.93		6.63±1.35		7.12±1.02	
Religion	Christian ^a	7.09±1.00	0.99 (.41)	6.64±1.35	2.01 (.09)	7.11±1.04	4.03 (.00) b,c,d,e<a [†]
	Catholic ^b	6.85±0.82		6.38±1.29		6.56±0.95	
	Buddhism ^c	0.84±0.80		6.07±1.13		6.60±0.96	
	Others ^d	6.57±0.79		5.93±0.55		6.00±0.57	
	None ^e	7.00±0.95		6.56±1.23		6.82±0.94	
Education	No school ^a	7.03±0.94	0.87 (.41)	6.67±1.32	2.61 (.07)	6.99±1.07	2.85 (.02) c<a,b [†]
	Elementary school ^b	6.98±0.91		6.31±1.27		6.77±1.00	
	≥Middle school ^c	6.82±0.88		6.26±1.11		6.58±0.85	
Marital status	Married	6.70±0.85	2.78 (.06)	6.36±1.31	0.17 (.67)	6.88±0.92	0.21 (.64)
	Bereavement	7.03±0.91		6.45±1.26		6.69±1.55	
	Others	6.71±1.12		6.66±1.53		6.80±1.01	
Job	Yes	6.88±0.86	2.19 (.14)	6.62±1.20	0.93 (.33)	7.03±1.01	0.16 (.68)
	No	7.02±0.95		6.32±1.30		6.67±0.98	
Monthly income (10,000 won)	<10 ^a	6.98±0.89	1.38 (.25)	6.46±1.27	1.79 (.16)	6.87±0.97	3.32 (.03) a,b>c [†]
	≥10~<50 ^b	6.96±1.07		6.45±1.29		6.61±1.19	
	≥50 ^c	6.21±0.82		5.25±0.61		5.75±0.56	
Number of children	None	7.28±1.05	2.29 (.10)	6.47±1.60	0.16 (.84)	6.80±1.34	1.69 (.18)
	1~2	6.83±0.85		6.37±1.27		6.66±0.97	
	≥3	7.01±0.93		6.47±1.22		6.91±0.97	
Chronic disease	Yes	6.99±0.92	0.12 (.72)	6.45±1.31	3.93 (.04)	6.85±1.02	1.09 (.27)
	No	6.87±0.88		6.38±1.10		6.68±0.95	

[†]Scheffe's test.

따른 건강관련 삶의 질의 영역별 차이를 살펴본 결과는 다음과 같다(Tables 2-1, 2-2). 성별은 제 3영역인 안정성($t=5.09, p=.02$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 여성이 남성에 비해 안정성이 더 높은 것으로 나타났다. 종교는 제 3영역인 안정성($F=4.03, p=.00$)에서 차이를 나타내어 기독교 신자가 다른 집단에 비해 안정성이 높은 것으로 나타났으며 교육정도는 제 3영역인 안정성($F=2.85, p=.02$)과 제 4영역인 신체적 안녕($F=3.80, p=.02$) 및 제 5영역인 활력($F=3.39, p=.03$)에서 차이를 보여 중학교 이상의 대상자가 다른 집단에 비해 안정성, 신체적 안녕과 활력이 낮았다. 월 용돈은 제 3영역인 안정성($F=3.32, p=.03$)과 제 5영역인 활력($F=3.68, p=.02$)에서 차이를 보였는데 월 용돈이 50만원 이상으로 응답한 대상자가 다른 집단에 비해 안정성과 활력이 낮은 것으로 나타났다. 질병유무는 제 2영역인 정신적 안녕($t=3.93, p=.04$)에서 유의한 차이를 보였는데 질병이 있는 대상자가 질병이 없는 대상자에 비해 정신적 안

녕이 더 높은 것으로 나타났다.

2. 대상자의 건강관련 삶의 질과 수면의 질, 일상생활수행 능력 및 우울정도

연구대상자의 건강관련 삶의 질과 관련변수인 수면의 질, 일상생활수행능력 및 우울정도를 파악한 결과는 다음과 같다(Table 3). 건강관련 삶의 질은 평균 6.62점(1~10점)으로 중간정도로 나타났는데 영역별로 활력은 평균 7.10점으로 가장 높았고 유능감이 6.96점이었고 안정성이 평균 6.81점, 정신적 안정은 평균 6.44점 순이었으며 신체적 안정이 5.69점으로 가장 낮았다. 대상자의 수면의 질은 평균 7.95점으로 Buysse 등(1989)이 제시한 5점보다 높았고 수면의 질 저하를 경험하는 대상자는 72.5%로 나타났다. 영역별로는 수면잠재기가 1.81점(0~3점)으로 가장 높았고 습관적 수면효율성 1.59점(0~3점), 주관적 수면의 질 1.38점(0~3),

Table 2-2. Dimensions of Health related Quality of Life according to General Characteristics

Characteristics	Categories	Physical wellbeing		Vitality	
		M±SD	F or t (p)	M±SD	F or t (p)
Gender	Male	5.48±1.44	0.62 (.43)	7.14±1.28	0.76 (.38)
	Female	5.77±1.46		7.08±1.37	
Age (yrs)	< 70	5.51±1.49	0.78 (.45)	6.99±1.30	2.31 (.10)
	70~79	5.79±1.45		7.07±1.39	
	≥ 80	5.73±1.39		7.60±1.18	
Religion	Christian	5.93±1.55	0.96 (.42)	7.40±1.36	2.76 (.02)
	Catholic	5.61±1.39		7.11±1.41	
	Buddhism	5.58±1.35		6.75±1.25	
	Others	5.68±1.02		6.00±0.91	
	None	5.49±1.50		7.08±1.29	
Education	No school ^a	5.80±1.51	3.80 (.02) c<a, b [†]	7.25±1.32	3.39 (.03) c<a, b [†]
	Elementary school ^b	5.84±1.41		7.18±1.43	
	≥Middle school ^c	5.19±1.39		6.67±1.13	
Marital status	Married	5.52±1.38	0.71 (.39)	6.97±0.92	0.44 (.50)
	Bereavement	5.73±1.50		7.12±1.41	
	Others	5.75±0.79		7.41±1.80	
Job	Yes	5.79±1.37	2.75 (.09)	7.35±1.22	3.13 (.07)
	No	5.62±1.52		6.93±1.40	
Monthly income (10,000 won)	< 10 ^a	5.70±1.44	0.14 (.86)	7.18±1.32	3.68 (.02) a, b>c [†]
	≥ 10~ < 50 ^b	5.67±1.57		6.75±1.42	
	≥ 50 ^c	5.31±1.71		5.75±0.86	
Number of children	None	5.36±1.62	0.50 (.60)	7.36±1.63	0.40 (.66)
	1~2	5.73±1.50		7.10±1.43	
	≥ 3	5.71±1.41		7.07±1.25	
Chronic disease	Yes	5.66±1.49	0.37 (.53)	7.04±1.32	0.41 (.51)
	No	5.79±1.37		7.32±1.40	

[†] Scheffe's test.

수면기간이 1.21점(0~3), 수면방해는 1.10점(0~3) 순이었고 수면제 사용이 0.48점, 주간기능장애가 0.46점으로 가장 낮았다. 일상생활수행능력은 항목평균 1.72점(1~3점)으로 일상생활 수행에 의존도가 높은 것으로 나타났다. 항목별로는 목욕하기가 평균 2.08점이었고 대상자의 19.4%만이 독립적으로 수행가능하다고 응답하여 의존도가 가장 높았다. 옷 입기 항목은 평균 1.78점이었고 38.6%의 대상자가 스스로 옷 입기가 가능하다고 응답하였으며 화장실가기는 평균 1.72점이었고 42.9%의 대상자가 독립적으로 수행가능하다고 응답하였다. 이동하기는 평균 1.71점이었고 45.3%의 대상자가 독립적 수행이 가능하다고 응답하였으며, 대소변 가리기는

평균 1.59점이었고 대상자의 53.0%가 스스로 대소변가리기가 가능한 것으로 나타났으며 마지막으로 식사하기 항목은 평균 1.50점이었고 61.1%의 대상자가 스스로 식사할 수 있다고 응답하여 의존도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 우울은 평균 7.78점이었으며 Kee (1996)가 제시한 6점보다 높아 우울증이 의심되는 대상자는 27.1%를 차지하였다.

Table 3. The Level of Variables (N=247)

Variables	n (%) or M±SD	Range
Health-related quality of life	6.62±0.91	1~10
Competence	6.96±0.91	1~10
Psychological wellbeing	6.44±1.27	1~10
Stability	6.81±1.01	1~10
Physical wellbeing	5.69±1.46	1~10
Vitality	7.10±1.34	1~10
Sleep quality	7.95±3.59	1~21
Subjective sleep quality	1.38±0.73	0~3
Sleep latency	1.81±0.71	0~3
Sleep duration	1.12±1.11	0~3
Habitual sleep efficiency	1.59±1.29	0~3
Sleep disturbance	1.10±0.48	0~3
Use of sleeping medication	0.48±0.95	0~3
Daytime dysfunction	0.46±0.75	0~3
Activity of daily living	1.72±0.60	6~18
Bath	2.08±0.67	1~3
Dressing	1.78±0.68	1~3
Toilet	1.72±0.70	1~3
Transfer	1.71±0.73	1~3
Urination	1.59±0.69	1~3
Eating	1.50±0.68	1~3
Depression	7.78±1.93	
≤6	180 (72.9)	
>6	67 (27.1)	

3. 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기에 앞서 변수 간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다(Table 4). 수면의 질, 일상생활수행능력, 우울 및 건강관련 삶의 질 간의 관계를 살펴본 결과, 대상자의 건강관련 삶의 질은 수면의 질($r=.388, p<.001$), 일상생활수행능력($r=.410, p<.001$)과 통계적으로 유의한 정상관계가 있었고, 우울($r=-.241, p<.001$)과는 역상관계가 있는 것으로 나타났는데 이는 통계적으로 유의하였다(Table 4). 대상자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 일반적 특성 중 차이를 보였던 교육정도와 월 용돈과 상관관계 분석에서 상관관계가 확인된 수면의 질, 일상생활수행능력 과 우울을 단계적 회귀분석을 실시한 결과 일상생활수행능력, 수면의 질, 우울정도가 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났으며($F=32.82, p<.001$), 이들 변수들은 건강관련 삶의 질 정도를 28.8% 설명하였다(Table 5).

논 의

본 연구는 요양시설에 거주하는 노인의 건강관련 삶의 질 정도를 알아보고 관련 요인을 분석하여 우리나라 시설노인의 건강관련 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발을 위한 근거자료를 제공하고자 시도되었다.

대상자의 건강관련 삶의 질 정도는 6.62점(1~10점)으로 중간 정도인 것으로 나타났는데 이는 지역사회 노인을 대상

Table 4. Correlation among Activity of Daily Living, Quality of Sleep, Depression and Health related Quality of Life

Variable	ADL	Quality of sleep	Depression	HRQoL
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
ADL	1.000	.174 (.006)	-.393 (<.001)	.410 (<.001)
Quality of sleep		1.000	.050 (.439)	.388 (<.001)
Depression			1.000	-.241 (<.001)
HRQoL				1.000

ADL=activity of daily living; HRQoL=health related quality of life.

Table 5. Factors affecting Health related Quality of Life

Independent variables	HRQoL				
	B	β	R ²	F	P
Quality of sleep	3.020	.364	.175	53.37	< .001
ADL	1.649	.320	.268	46.05	< .001
Education	-3.138	-.124	.279	32.79	< .001
Depression	-1.131	-.116	.288	25.86	< .001

ADL=activity of daily living; HRQoL=health related quality of life.

으로 한 연구(Lee, 2009)에서 건강관련 삶의 질은 중간보다 높은 편이라고 한 것과는 유사하다. 동일한 도구를 사용하여 재가노인의 건강관련 삶의 질 정도를 측정된 Kim과 Lee (2009)의 연구에서 평균 5.56점(1~10점)이라고 보고한 결과보다는 높은 수치이다. 그러나 시설노인과 재가노인의 건강관련 삶의 질을 비교한 연구(Seo, 1999)에서 시설노인이 재가노인에 비해 건강관련 삶의 질이 낮다는 보고와는 다른 결과이다. 일반적 특성 중 교육정도($F=1.96, p=.020$)와 월 용돈($F=2.80, p=.026$)에 따라 건강관련 삶의 질 정도에서 유의한 차이를 보였는데 중졸 이상 대상자가 다른 노인집단에 비해, 월 용돈이 50만원 이상으로 응답한 대상자가 다른 집단에 비해 건강관련 삶의 질 정도가 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 교육정도가 높을수록 소득수준이 높을수록 건강관련 삶의 질정도가 높다고 한 선행연구(Lee, 2009)와 차이를 보이거나 재가노인과 시설노인의 건강관련 삶의 질을 비교한 Seo(1999)의 연구에서 시설노인은 여성 노인, 저학력자, 신체기능이 낮은 대상자의 건강관련 삶의 질이 높게 나타났으나 재가노인은 고령자, 만성질환자, 고학력자, 소득수준이 높은 대상자가 건강관련 삶의 질이 높았다고 보고하여 본 연구와 유사한 부분이 있다. 건강관련 삶의 질 중에서 살아 움직이는 힘, 에너지, 활동을 의미하는 하위영역인 활력이 가장 높았는데 이는 Kim과 Lee (2009)의 연구에서 스스로 수행을 성공적으로 해낼 수 있다는 자신감을 의미하는 유능감이 가장 높았던 것에 비추어 시설노인과 재가노인의 건강관련 삶의 질 정도는 차이를 보였다. 이상의 결과와 시설노인이 재가노인에 비해 신체기능 저하가 심각하고 교육정도와 경제수준이 낮은 대상자가 많음을 감안할 때 특정과제수행보다 일반적인 신체활동을 활용한 간호중재전략이 시설노인의 건강관련 삶의 질 향상에 유용할 것으로 사료된다. 건강관련 삶의 질의 하위영역별로 일반적 특성에 따라 차이를 보였는데, 정신적 안녕(psychological well-being)은 질병유무에 따라 차이를 보여 질

병이 있다고 응답한 대상자가 없다고 응답한 대상자에 비해 정신적 안녕감이 높았다. 이는 시설노인의 삶의 질을 한국과 일본노인을 대상으로 비교한 연구(Kim, 2008)에서 한국노인은 일본노인에 비해 건강상태가 좋을수록 정신적 안녕감이 높았다고 보고하여 차이를 보인다. 안정성(stability)은 성별, 종교유무, 월 용돈, 교육정도에 따라 차이를 보였는데 Han (2002)은 우리나라 시설노인은 개인의 인구학적 특성 이외에 건강상태와 가족관계가 좋을수록 정서적인 안정성이 높았다고 보고하여 본 연구와는 차이를 보인다. 이러한 결과는 본 연구대상자가 입소 전에 국민건강관리공단에서 신체기능 상태에 대해 1, 2등급의 판정을 받았기 때문에 대상자의 78.1%가 1개 이상의 질병을 앓고 있고 진단받은 질병이 없이도 일상생활 수행에 보조를 받아야 할 만큼의 기능장애를 경험하고 있기 때문에 선행연구와는 다른 결과를 보인 것으로 사료된다. 즉 시설노인은 질병의 유무를 포함하는 신체적 기능상태가 유사하기 때문에 경제적 특성, 교육정도, 종교유무, 성별과 같은 인구학적 특성이 정신적 안녕과 안정성 유지에 영향을 미치는 것으로 생각된다. 신체적 안녕(physical well-being)은 교육정도에 따라 차이를 보였고, 활력(vitality)은 월 용돈과 교육정도에 따라 활력 정도의 차이를 보였다. 이들 영역은 건강관련 삶의 질 중 신체적인 활동과 관련을 가지는 것으로 교육정도와 경제적 특성에 따라 차이를 나타내었는데 이는 서울지역 남성노인을 대상으로 한 현상학적 연구(Kim, Lee, & Seo, 2008)에서 재취업의 성공으로 삶의 활력을 되찾고 사회적 존재감을 회복하여 삶의 질이 향상됨을 인식하게 된다고 하여 본 연구결과와 일부분 일치한다. 즉 은퇴 후에 재취업의 성공은 규칙적인 신체적 사회적 활동을 할 수 있게 됨으로써 신체적 안녕감과 활력을 지각함은 물론이고 낮아진 자존감을 회복하고 삶의 질이 향상되었다고 인식하는 것으로 나타났다(Kim et al., 2008). 이로서 시설노인의 건강관련 삶의 질은 건강유무보다 교육정도와 경제 상태 혹은 종교유무와 같은 인구학

적 특성에 따라 달라짐을 알 수 있고 최근 요양시설에서 다양한 프로그램이 행해지고 있으나 노인의 건강관련 삶의 질을 향상시키기 위해서는 개인의 교육정도와 경제 상태를 고려한 규칙적인 신체활동을 지속할 수 있는 간호중재 프로그램을 개발하는 것이 시급하다.

건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 관련변수간의 관계는 수면의 질($r=.388, p<.001$), 일상생활수행능력($r=.410, p=.000$)은 건강관련 삶의 질과 통계적으로 유의한 정상관계가 있었고, 우울($r=-.241, p<.001$)과는 역상관계가 있는 것으로 나타났다. 관련변수와 일반적 특성 중 차이를 보였던 변수에 대해 회귀분석을 시행한 결과 수면의 질이 전체변량의 17.5%를 설명해주었고($F=53.37, p=.00$), 일상생활수행능력 10% ($F=46.05, p=.00$), 교육정도 1.1% ($F=32.79, p=.00$), 우울정도는 0.9% ($F=25.86, p=.00$)로 미미한 수준을 나타냈다. 가장 강력한 설명변인은 수면의 질로 확인되었는데 이는 재가노인을 대상으로 한 Kim과 Lee (2009)의 연구에서 가장 강력한 설명 변인이 우울정도라고 보고한 것과는 차이를 보인다. 노인의 요양시설 입소는 노인들이 평소의 익숙한 환경으로부터 이탈되는 상태로 환경의 변화가 없는 재가노인에 비해 시설 입소 노인은 일상생활습관을 변화시켜야 함으로써 기본적인 환경대처 및 적응능력을 감소시키게 된다(Kim et al, 2008). 입원과 같은 환경변화를 경험한 노인은 재가노인에 비해 야간수면 양의 감소 등의 수면양상의 변화를 경험(Kim, 2007)하여 본 연구결과 수면의 질적 저하를 경험하는 대상자가 72.5%로 나타났다. 미국의 경우 노인 3명당 1명이 불면증을 호소하고 소득과 교육수준이 낮을수록 더 흔한 것으로 보고되고 있으며(Morgan, 2003), 우리나라 역시 노인의 수면장애가 증가하고 있는 실정이지만 노인의 수면장애는 노화에 수반되는 필연적인 현상으로 간과되어왔다(Yu, 2007). Kim 등(2008)은 입원이라는 환경변화가 수면장애의 요인으로 작용하지만 수면만족도는 재가노인과 동일하였고 수면증진행위정도 역시 동일하였다고 보고한 Kim 등(2008)의 연구에 비추어 시설노인을 위한 수면증진을 위한 환경을 조성해 줄 필요가 있다. 시설노인의 수면양상에 대한 지속적인 관찰과 충분한 수면을 취할 수 있도록 관심과 적극적인 지지가 필요하며, 수면의 질적 저하에 영향을 미치는 요인을 제거하고 수면증진을 위한 건강행위를 할 수 있도록 도울 수 있는 구체적인 간호중재 개발이 요구된다.

결론 및 제언

본 연구는 요양시설 거주 노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 정도를 알아보기 위해 실시되었으며 주요 결과는 다음과 같다.

대상자의 건강관련 삶의 질은 6.62점(1~10점)으로 중간정도이며 영역별로 살아있음을 인식할 수 있는 에너지인 활력이 가장 높았다. 대상자의 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질은 교육정도($F=1.96, p=.020$)와 월 용돈($F=2.80, p=.026$)에 따라 유의한 차이를 보였다. 대상자의 건강관련 삶의 질과 수면의 질($r=.388, p<.001$), 일상생활수행능력($r=.410, p<.001$)과 통계적으로 유의한 정상관계가 있었고, 우울($r=-.241, p<.001$)과는 역상관계가 있었다. 회귀분석 결과에서도 수면의 질, 일상생활수행능력, 교육정도와 우울정도가 영향을 미치는 것으로 확인되었으며 설명력은 28.8%로 나타났다. 이상의 연구결과를 통해 볼 때, 본 연구는 지금까지 간과되어왔던 요양시설 거주 노인의 건강관련 삶의 질의 정도와 수면의 질, 일상생활수행능력 및 우울정도에 대한 조사를 통해 현재 급증하고 있는 요양시설에 거주하고 있는 노인의 건강증진을 위한 방안을 모색하는데 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 또한 본 연구에서 건강관련 삶의 질 측정을 위해 기존의 SF-16, EQ-5와는 달리 인지능력이 저하되어 가는 노인에게 적합한 SmithKline Beecham의 건강관련 삶의 질 도구를 활용하였다는 점에서도 의의를 가진다. 추후에는 본 연구결과를 근거로 요양시설 노인의 수면의 질을 높이고 일상생활수행능력을 향상시킴으로써 활력을 증진시키고 우울정도를 감소할 수 있는 효과적인 중재 프로그램을 개발하여 중재 이후에 그 효과를 확인한다면 요양시설 노인의 건강관련 삶의 질을 향상시킬 수 있을 것으로 여겨진다.

REFERENCES

- Buysee, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. M., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: New instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193-213.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*(2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Han, S. H. (2002). *The effect of the family function on the psychological health of the elderly people in the different types of institution*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Chuncheon.

- Hollandsworth, J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A five year update. *Social Science & Medicine*, 26, 425-434.
- Hwang, M. G., & Kim, E. J. (2008). The relationship between depression, cognitive function, and health-related quality of life of the elderly: Focusing on the mediating effect of suicide ideation. *Journal of welfare for the aged*, 41, 385-404.
- Joo, J. M. (2008). *Mood states and health related quality of life in older adults*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness of the aged, the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Kim, E. H., & Lee, J. W. (2009). Factors influencing health-related quality of life in elderly who visited a senior center: with activity of daily living, quality of sleep and depression. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 29(2), 425-440.
- Kim, J. M. (2009). *Pressure ulcers, dependencies in activities of daily living and depression among elders in nursing home*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, M. H., Lee, H. J., & Seo, M. K. (2008). The phenomenological study on the job seeking experience of Korean elderly male retirees who succeeded in reemployment. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 28(1), 123-142.
- Kim, K. B., Yun, J. S., & Sok, S. (2008). Comparative study on the sleep patterns, satisfaction, and sleep enhancement behaviors between hospitalized and non-hospitalized elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(5), 685-693.
- Kim, N. H. (2007). *Relationship between quality of sleep, activity of daily living and depression among the older adults in institution*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, S. S. (2008). *The comparison study on psychological welfare between Korean and Japan of the elderly living on charged welfare facilities*. Unpublished doctoral dissertation, Sungshin Women's University, Seoul.
- Korea National Statistical Office(2007). *Statistics of population in the future*. Seoul: National Statistical Office.
- Lee, D. H. (2009). *Factor analysis an influence for health-related quality of life for the elderly in Korea*. Unpublished doctoral dissertation, Daegu University, Daegu.
- Lee, E. K. (2009). Current situation and policy implication for the elderly long-term care insurance. *Health-Welfare Policy Forum*, 10, 23-31.
- Mcdougall, F. A., Matthews, F. E., Kvaal, K., Dewey, M. E., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales, *Age and Ageing*, 36, 562-568.
- Morgan, K. (2003). Sleep, aging and later life insomnia. In R. C. Tails, & H. M. Fillit(Eds.), *Brockhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (pp. 110-24). London: Churchill Livingstone.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. In: Brink, T. L., ed. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: The Harworth Press, 165-173.
- Shin, K. R., Byeon, Y. S., Kang, Y. H., & Oak, J. W. (2008). A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life(HRQoL) in the community dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(3), 437-444.
- Soe, Y. G. (1999). *The health-related quality of life of the institutional elderly compared with the community living elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Chonnam National University, Kwangju.
- Son, S. Y. (2009). Factors related to the health related quality of life in elderly women. *Korean Journal of Women health Nursing*, 15(2), 99-107.
- Spiker, B., & Revicki, D. A. (1996). *Taxonomy of quality of life*. In: Spiker, B. editor, *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 25-31.
- Stoker, M. J., Dunbar, G. C., & Beaumont, G. (1992). The Smith-Kline Beecham 'quality of life' scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder. *Quality of Life Research*, 1, 385-395.
- Sung, K. W. (2005). Comparison of health conservation for elders in assisted living facilities and nursing homes. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(7), 1379-1389.
- Yoon, J. S., Kook, S. H., & Lee, M. S. (1998). A preliminary study on Korean version of the SmithKline Beecham quality of life. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 37(2), 280-294.
- Youn, J. H. (2005). *A study on IBS, stress perceived by college women and their dietary habit and sleeping quality*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Yu, M. K. (2007). *A study on the sleep in the community dwelling elderly*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.