



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2016년 2월
박사학위 논문

시설입소노인의 생활만족 영향요인에 관한 연구

-노인요양시설 운영형태별 비교를 중심으로-

조선대학교 대학원

사회복지학과

주 정 주

시설입소노인의 생활만족 영향요인에 관한 연구

-노인요양시설 운영형태별 비교를 중심으로-

A Study on the Impacting Factors upon Life
Satisfaction of Seniors Living in Facility
: Focusing on the Comparative Study between Operating Types
of Nursing Facilities for Seniors

2016년 2월 25일

조선대학교 대학원

사회복지학과

주 정 주

시설입소노인의 생활만족 영향요인에 관한 연구

-노인요양시설 운영형태별 비교를 중심으로-

지도교수 김 용 섭

이 논문을 사회복지학 박사학위신청 논문으로 제출함

2015년 10월

조선대학교 대학원

사회복지학과

주 정 주

주정주의 박사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 박희서 (인)

위원 호남대학교 교수 오세윤 (인)

위원 호원대학교 교수 배점모 (인)

위원 조선대학교 교수 김진숙 (인)

위원 조선대학교 교수 김용섭 (인)

2015년 12월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT

제 1장 서 론	1
제 1절 연구목적	1
제 2절 연구범위 및 방법	4
1. 연구범위	4
2. 연구방법	5
제 2장 이론적 배경	7
제 1절 노인장기요양보험제도	7
1. 장기요양보험제도의 이해	9
2. 노인요양시설의 개념	10
3. 노인요양시설의 형태	11
4. 외국의 동향	15
제 2절 입소노인 생활만족도의 개념	21
1. 생활만족도의 개념	21
2. 생활만족도의 주요차원	25
3. 생활만족도의 주요이론	28
제 3절 입소노인 생활만족도의 영향요인	32
1. 시설요인	35
2. 일상생활능력	37

3. 자기 효능감	39
4. 서비스품질	44
5. 사회적 지지	52
제 4절 선행연구	60
제 3장 연구설계	63
제 1절 연구모형	63
제 2절 연구가설	65
제 3절 변수의 조작화 및 측정	69
1. 변수의 조작적 정의 및 측정	69
2. 설문지 구성	72
제 4장 실증분석	78
제 1절 표본의 추출 및 특성	78
1. 표본의 추출	78
2. 표본의 특성	79
제 2절 측정도구의 검증	83
1. 타당도 분석	83
2. 신뢰도 분석	86
제 3절 기술통계	88
1. 노인요양시설 운영형태별 차이분석	88
2. 연령별 차이분석	91
3. 학력별 차이분석	95

4. 입소기간별 차이분석	98
5. 장기요양 등급별 차이분석	103
6. 프로그램 참여도에 따른 차이분석	107
7. 노인요양시설 지역별 차이분석	114
8. 변수간의 상관관계 분석	121
제 4절 연구모형 및 가설의 검증	123
1. 연구모형 분석	123
2. 연구가설 검증	128
3. 구조방정식 모형의 효과분해	145
제 5절 분석결과의 논의	150
제 5장 결론	154
제 1절 연구결과의 요약	154
제 2절 연구의 시사점	158
1. 실천적 측면	158
2. 제도적 측면	160
제 3절 향후 연구방향	163
[참고문헌]	165
[부록] 설문지	192

표 목 차

〈표 3-1〉 연구가설	66
〈표 3-2〉 측정설문지의 구성	74
〈표 4-1〉 표본의 일반적 특성	82
〈표 4-2〉 KMO와 Bartlett의 검증	84
〈표 4-3〉 측정항목의 요인 적재값 행렬	85
〈표 4-4〉 신뢰도 분석	87
〈표 4-5〉 노인요양시설 운영형태별 연구변인의 차이 분석	90
〈표 4-6〉 복도형 노인요양시설 연령별 연구변인의 차이 분석	93
〈표 4-7〉 유니트케어 노인요양시설 연령별 연구변인의 차이 분석	94
〈표 4-8〉 복도형 노인요양시설 학력별 연구변인의 차이 분석	96
〈표 4-9〉 유니트케어 노인요양시설 학력별 연구변인의 차이 분석	98
〈표 4-10〉 복도형 노인요양시설 입소기간별 연구변인의 차이 분석 ..	100
〈표 4-11〉 유니트케어 노인요양시설 입소기간별 연구변인의 차이 분석	102
〈표 4-12〉 복도형 노인요양시설 장기요양등급별 연구변인의 차이 분석	104
〈표 4-13〉 유니트케어 노인요양시설 장기요양등급별 연구변인의 차이 분석	106
〈표 4-14〉 복도형 노인요양시설 프로그램참여도에 따른 연구변인의 차 이 분석	110
〈표 4-15〉 유니트케어 노인요양시설 프로그램참여도에 따른 연구변인의 차이 분석	114
〈표 4-16〉 복도형 노인요양시설 지역별 연구변인의 차이 분석	117
〈표 4-17〉 유니트케어 노인요양시설 지역별 연구변인의 차이 분석 ..	120
〈표 4-18〉 변수간의 상관관계 분석	122

〈표 4-19〉 구조모형의 모형적합도	128
〈표 4-20〉 서비스 품질과 자기 효능감간의 관계	131
〈표 4-21〉 서비스 품질과 일상생활능력간의 관계	135
〈표 4-22〉 사회적 지지와 자기 효능감간의 관계	136
〈표 4-23〉 사회적 지지와 일상생활능력간의 관계	137
〈표 4-24〉 자기 효능감과 생활만족도간의 관계	138
〈표 4-25〉 일상생활능력과 생활만족도간의 관계	139
〈표 4-26〉 서비스 품질과 생활만족도간의 관계	142
〈표 4-27〉 사회적 지지와 생활만족도간의 관계	143
〈표 4-28〉 가설검증 결과요약	144
〈표 4-29〉 복도형 노인요양시설 직접·간접효과 및 총효과 분석 결과(표준화 계수)	146
〈표 4-30〉 유니트케어 노인요양시설 직접·간접효과 및 총효과 분석 결과(표준화 계수)	147

그림 목 차

<그림 3-1> 연구모형	64
<그림 4-1> 복도형 노인요양시설의 구조모형 경로계수 결과 값	148
<그림 4-2> 유니트케어 노인요양시설의 구조모형 경로계수 결과 값 ..	149

ABSTRACT

A Study on the Impacting Factors upon Life Satisfaction of Seniors Living in Facility : Focusing on the Comparative Study between Operating Types of Nursing Facilities for Seniors

by Joo, Jeong Joo

Advisor: Kim, Yong Seob, Ph. D.

Department of Social Welfare,

Graduate School of Chosun University

This study aims to identify whether food, clothing and housing are properly presented to nursing home residents for their humane and happy life, what effects there are on the satisfaction of residents, and whether unit-care of nursing centers have an affect on the satisfaction of residents.

As the number of elderly people who have physical, cognitive and mental disorders have increased because our society has become an ageing society, this study identified the effects on the satisfaction of residents in their life to present practical and institutional measures through which the residents can secure quality life and increase their satisfaction in their lives.

The quality of life of residents in nursing centers is very important. Their satisfaction in life can be defined as the level individuals feel satisfied in their lives, but their quality of life should be carefully considered as their right to make decisions or influence a center's environment is weak(Jeong, Mi-Ryom, 2008).

According to demographics, the population of people over 65 years

of age was 5,460,000 in 2012, which made up 11% of the total population of this country. It is expected to be 8,080,000 or 15.7% in 2020 and 18,000,000 or 37.4% by 2050(Office of Statistics, 2012). It is predicted that the elderly who have disorders because of ageing will increase rapidly.

In consideration of the continuous increase in the elderly due to the higher quality of living, the increase in the need for welfare services and expanded concepts of disability according to medical, social and economic development, the problems this population will present can not be solved at home and have been considered as important political challenges to be solved through national and social interest and effort (Kim, Su-Bong and others, 2011).

To solve these problems, the government introduced the long-term insurance system for the elderly and enforced it on July 1, 2008. Service users numbered 265,371 in 2008, the beginning period of the long-term insurance system, but 424,572 of 737,000 applicants were defined as Grade 1 to 5 in 2014. Although the service users increased greatly, whether they were satisfied with the service provided and its quality should be considered.

It is embarrassing to provide only the necessities in a complementary aspect for service users as they have low physical and cognitive function. A living environment which can satisfy the needs of each resident and diverse support including emotional support should be provided.

This study is to analyse factors of satisfaction in the lives of residents of nursing centers, and compare influential factors on their living satisfaction in hall-type facilities or unit care type facilities and the results will contribute to the presentation of higher quality services for residents.

For these purposes, this study conducted a questionnaire interview based on bibliographical and other forms of data. For the

bibliographical research, theses, articles from journals, periodicals, national and international books, and political data were referred to, and data from the Office of Statistics, the Ministry of Health and Welfare, and the National Health Insurance Service were cited. To objectively derive factors of living satisfaction of residents, service users were interviewed with the use of the questionnaire.

Key ward: nursing home, unit-care, living satisfaction, quality of life.

제 1 장 서 론

제 1 절 연구목적

본 연구는 인구고령화로 신체적·인지적·정신적 장애를 호소하는 노인들이 증가함에 따라 노인요양시설에 입소하여 생활하는 노인들의 생활만족에 영향을 미치는 요인을 규명하여 시설입소노인의 생활만족도를 향상시킬 수 있도록 실천적, 제도적인 방안을 제시하였다.

노인요양시설에서 입소노인에게 의·식·주 등을 해결해주면 입소한 노인들에게 인간적인 삶과 행복한 생활이 충분하게 제공되었다고 보는 것인지, 시설입소노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인은 어떤 것들이 있는지, 그리고 요양시설의 유니트화가 시설입소노인의 생활만족에 영향요인과 시설형태간 비교분석하였다.

급속한 고령화현상은 우리사회의 중요한 과제중의 하나로 장기요양이 필요한 노인의 삶의 질 향상을 위하여 어떻게 대응을 해야 할 것인지 심각하게 고민을 해보아야 한다. 신체적·인지적인 장애를 이유로 노인요양시설에서 생활하고 있는 노인들이 즐겁고 행복한 삶을 영위할 수 있도록 지원해주기 위해서는 시설입소노인들의 삶의 질을 평가하고 장기요양서비스 이용자들의 생활만족도에 미치는 영향 요인들을 밝혀내는 연구가 필요하다.

우리나라의 노인인구는 다른 나라와 비교하여 급격하게 증가하고 있는 추세여서 노인들의 영향력은 지속적으로 커질 것으로 예측되어 이들에 대한 이해가 필요한 시점이다. 인구조사 결과에 의하면 2014년 65세 이상 노인인구는 639만 명으로 총인구의 12.7%를 차지하고 있으며, 2018년에 14.5%로 고령사회로의 진입을 앞두고 있으며, 2030년에는 초고령사회 진입이 예견되고 있다(통계청, 2014).

이처럼 급속하게 진행되는 고령화 현상은 다양한 사회문제를 야기 할 것

으로 예측하고 있다. 그 중에서도 고령사회에서 당면한 과제 중 최대과제는 고령노인이 크게 증가하면서 장기요양보호를 필요로 하는 노인이 지속적으로 늘어나고 있다는 것(김윤진, 2008)이며, 전통적으로 우리문화에 뿌리 깊이 내려온 가족의 해체는 신체적·인지적 장애가 있는 노인의 부양 부담은 우리사회의 심각한 사회문제로 대두되었으며, 이들에 대한 정책적인 지원과 사회적 부담이 가중되어 이들에 대한 돌봄 정책이 공공의 영역에서 실시되고 있다.

우리나라에서도 노인장기요양보호가 쟁점으로 부각되면서 국가적 차원에서 거시적인 정책으로 법제화되어 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험제도를 시행하였다. 장기요양보험제도는 노인성질환 등을 이유로 장기간(6개월 이상) 일상생활의 장애가 있는 노인을 대상으로 수발서비스를 제공하고, 일상생활 수행능력을 지원하여, 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 제도이다.

노인요양시설에서 입소노인에게 제공되는 의식주 등 기본적인 서비스는 시설입소노인뿐만 아니라 사람이 살아가는데 필요한 가장 기본적인 하위 욕구의 삶의 질을 만족시켜주는 요소이며, 시설입소노인이 즐겁고 행복한 생활을 하기 위해서는 가족이나 친지, 친구 등과 같은 시설 내 다른 입소자 및 시설직원과의 관계, 일상생활에서 자기결정권, 즐거운 마음으로 살아가는 적극적인 마음자세, 그리고 시설입소노인의 욕구에 대한 적극적인 케어가 필요하다. 시설입소노인이라고 사람이 살아가는데 필요한 가장 기본적인 욕구만 해결해주는 것만으로는 서비스이용자들의 삶을 보장하고 인간적인 생활을 영위한다고 할 수 없다.

노인요양시설 입소자의 생활만족은 좋은 음식이나 좋은 주거공간과 같은 물질적인 만족요인뿐만 아니라 가족이나 인근지역 주민들과도 상호 교류하는 지역사회와 연계한 학생 및 지역민의 봉사프로그램 등을 통하여 시설을 자유롭게 방문하여 상호간에 관계를 밀접하게 함으로서 시설에 입소한 서비스이용자들의 심리적·사회적 욕구를 충족시켜줌으로서 자기 효능감을 높여주고 삶의 질을 높일 수 있다.

노인장기요양보험에서 제공하는 입소서비스의 목표가 수용개념에서 이용자중심의 패러다임으로 바뀌어 가고 있다. 이는 입소자들이 가정에서 생활하는 개념으로 입소노인의 잔존능력을 유지하고 자유로운 삶을 영위할 수 있도록 생활환경이나 정서적 지원 등 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 변화하고 있는 시점에 유니트케어에서는 입소노인의 신체적·생리적 욕구뿐만 아니라 사회적·심리적 욕구까지 범위를 확대하여 보다 적극적인 케어로 변화하고 있다(김국환, 2014).

그동안의 연구들에서는 노인요양시설에서 고려해야 할 서비스 요인과 함께 이용자만족도에 관련한 연구도 이루어져 왔으나, 연구의 대부분이 서비스 제공자관점의 논문이 대부분이며, 이용자만족도와 관련된 연구에서는 주로 케어가 목적인 노인요양시설에서 의료적인 치료와 보호를 강조한 전문가 관점에서 노인요양시설 이용자의 신체적·심리적인 특징과 나이, 성별, 교육수준 등과 인구통계학적 변수에 따른 만족도의 연구가 대부분이다.

본 연구는 의료형구조인 복도형 시설의 입소자와 노인의 특성을 고려하여 입소자의 개개인의 개별성을 중시하는 가정형구조인 그룹형(유니트케어)에 입소한 노인의 생활만족 영향요인 간 비교를 통하여 노인요양시설 입소자의 생활만족도를 향상시키고자 함이며, 사회적 지지와 자기 효능감이 생활만족도에 영향을 미치는지와 시설운영형태에 따른 생활만족도의 차이를 검증하는데 목적이 있다. 이것은 우리나라 노인요양시설에서 유니트케어화가 본격적으로 논의되기 시작하는 시점에서 큰 의미가 있다.

제 2절 연구범위 및 방법

1. 연구범위

본 연구에서는 노인요양시설에 입소한 노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 노인요양시설 중 의료형구조인 복도형 시설에 입소한 노인과, 가정형구조인 유니트케어에 입소한 노인들의 생활만족 영향요인을 비교 연구함으로써, 입소자의 생활만족도를 향상하는데 목적이 있다.

연구목적을 달성하기 위하여 노인요양시설 입소자 중 응답이 가능한 노인을 대상으로 선정하였으며, 독립변인으로는 사회적 지지와 서비스 품질로 설정하였다. 서비스품질에는 노인요양시설에서 제공하는 시설서비스, 프로그램서비스, 의료서비스, 영양서비스, 여가활동서비스, 안전관리서비스로 정하였고, 매개변인으로는 자기 효능감과 일상생활능력을 설정하였다. 또한 시설형태에 따른 만족도의 비교를 위하여 복도형시설과 유니트케어의 시설운영형태를 조절변수로 설정하고, 종속변수로는 생활만족도를 설정하여 변수간의 정도를 파악하고, 각 변수간 관계를 규명하고자 한다.

본 연구대상자의 표집은 2015년 현재 노인요양시설에 입소한 남·녀 노인을 모집단으로 설정하였다.

연구의 범위는 노인요양시설의 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따른 생활만족도 차이분석과 생활만족도 영향요인간의 차이 분석을 위해 강원도, 광주광역시, 경기도, 경상북도, 전라남도, 전라북도에 위치하고 있는 노인요양시설을 연구대상으로 선정하였다. 각 지역별로 수집된 설문지는 총 500부 중 복도형 노인요양시설이 182부, 유니트케어 노인요양시설이 181부가 회수되어 총 363부의 설문지가 회수되었으며, 이 중 불성실한 응답 3부를 제외한 총 360개 표본이 실제 분석대상으로 선정하였다.

본 연구 참여자의 일반적인 특성은 복도형 노인요양시설은 남성이 28명

으로 15.6%, 여성은 152명으로 84.4%로 나타났고, 유니트케어 노인요양시설은 남성이 38명으로 21.1%, 여성은 142명으로 78.9%로 나타나고 있다.

2. 연구방법

시설입소노인의 생활만족 요인조사에서 본 연구에서는 노인장기요양보험 시행 이후 노인요양시설 입소자의 생활만족에 영향을 미치는 요인을 연구하고자 하며, 입소시설 중 의료형구조인 복도형 시설과, 가정형구조인 그룹형(유니트케어)에 입소한 노인들의 생활만족 요인을 비교 연구로서 문헌조사와 통계조사를 병행하였다.

첫째, 문헌조사는 국내·외 박사학위논문 및 학술논문과 노인장기요양과 관련부처의 간행물, 홈페이지 상의 정보 등을 위주로 조사하였다. 그중에서도 보건복지부, 국민건강보험공단, 통계청 등에서 발간된 자료를 참고로 하였다. 또한, 각종 법령 및 규칙, 규정 등을 살펴보았다.

둘째, 본 연구의 핵심대상은 노인요양시설의 입소노인이다. 즉, 요양시설 입소노인을 대상으로 본인의 의사표현 능력이 가능한 노인을 중심으로 설문조사를 실시하였으며 중증노인, 치매노인 등은 설문조사에서 제외하였고, 본 조사의 신뢰도와 타당도를 높이기 위해 사회복지전공자나 사회복지 종사자 등 전문성을 갖춘 사람을 면접원으로 선발하여 시설에 입소한 노인을 대상으로 설문조사하였다. 면접 전에 면접원들에게 연구조사의 목적을 충분히 인지하도록 설명하였으며, 이를 근거로 시설입소노인들에게 설문 응답을 의뢰하였다. 설문지 작성은 가급적 입소노인이 직접 기입하는 원칙으로 하되 불가능한 경우 면접원이 설명하고 응답결과에 대한 의견을 청취하고 설문지에 표기하는 것으로 하였다.

설문지의 분석은 통계프로그램 IBM SPSS version 20을 활용하여 분석하였다. 본 조사를 통한 설문결과는 분석문항들에 대한 요인분석과 신뢰도 분석을 통하여 Cronbach α 값의 산출로 타당도와 신뢰도를 확인하였다. 다른 분석방법으로는 빈도분석을 통한 표본의 특성을 분석하였고, 기

술통계, t-test 및 분산분석을 통하여 변수에 따른 차이를 분석하였고, 상관분석을 통하여 pearson 상관계수의 산출로 변수와 변수간의 상관관계 등을 분석하였다. 그리고 연구모형 및 가설검증을 위한 분석은 변수 간의 인과관계 및 영향력의 크기를 분석하기 위하여 구조방정식모형 분석을 실시하였다.

연구의 분석은 연구모형 및 가설검증 과정에서 분석결과에 대한 신뢰도를 높이고 AMOS를 이용하여 구조방정식모형 분석결과의 해석에 기초로 활용되었다.

이상과 같은 노인요양시설 입소자의 생활만족 요인에 관한 선행연구들을 기본으로 본 연구에서는 노인요양시설에 입소한 서비스이용자들의 생활만족에 미치는 영향요인들로 1차적으로 서비스품질, 사회적 지지를 설정하였고, 매개변수로 자기 효능감과 일상생활수행능력을 설정하였고, 조절변수로서 시설운영형태를 설정하여 이러한 변수들을 중심으로 설문을 구성하여 영향관계를 분석하였다.

제 2장 이론적 배경

제 1절 노인장기요양보험제도

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성질환 등으로 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 및 일상생활지원 등 장기요양급여서비스에 관련된 사항을 규정하여 건강증진 및 생활안정을 도모하고, 부양가족의 부담을 덜어줌으로써 궁극적으로 국민들의 삶의 질을 향상하는데 목적이 있다(권현정 외, 2011). 즉, 장기요양서비스 대상자와 그 가족들의 삶의 질을 향상시키며 부양부담을 경감시켜줌으로서 궁극적으로 국민들의 생활을 안정시키는 제도라고 볼 수 있다.

수발보험제도를 최초로 도입한 독일에서는 ‘Pflege’라는 용어를 사용하고 있으며, 일본에서는 개호(介護)보험제도를 운영하고 있다. 일반적으로 사용되어온 간병이나 수발이 개호, 케어(care), ‘장기요양보호’ 등으로 혼용되어 사용되어 왔으며, 수발이라는 용어는 노화나 만성질환, 장애 등으로 장기요양보호가 필요한 노인에 대하여 일상생활에 필요한 서비스를 제공하는 것을 의미한다(백효영, 2012).

노인장기요양보호에 대한 개념은 각 국가의 정책이나 학자에 따라 서비스 대상 등을 다양한 의미로 정의하고 있다. Edward(2008)는 장기요양보호를 장기간 지속적으로 신체적·정신적·사회적인 기능을 유지·보호하기 위하여 기본적으로 일상생활에 필요한 일상지원을 다른 사람에게 의존하여 돌봄을 받는 것으로 정의하였다.

장기요양보호는 90년대 초반부터 영어의 ‘long term care’를 학계에서 번역하여 사용하기 시작되었으며, 그 이후 요양이나 수발, 간호, 개호, 요양보호 등의 용어로 번역되어 사용하였다(이춘실, 2011). 즉 장기요양보호는 노화 및 만성질환 등을 이유로 장기간동안 요양이나 보호가 필요한 노인에게 국가가 제도적으로 장기요양보호서비스를 보장한다는 의미이다.

노인요양이란 만성질환 등을 이유로 신체적·인지적 기능의 활동능력을 상당부분 상실하여 독립적인 생활이 어려운 노인에게 장기간 동안 제공되는 서비스를 말한다. 즉, ‘노인장기요양보호(long-term care)’는 장기간 보호를 필요로 하는 노화나 만성질환을 가진 노인에게 일상생활서비스를 제공하는 것을 의미한다(곽미정, 2013).

OECD는 6개월 이상 혼자 스스로 일상생활을 못하거나 생활상의 장애를 가진 노인들의 일상생활능력을 지원해주는 건강 및 복지의 수발관련 서비스는 국가별로 편차는 있으나 우리나라는 OECD 개념에 따르고 있다. 따라서 서비스 대상자를 결정함에 있어서 특별한 질환(Disease)이 아닌, 신체적 기능장애(Functional Disability)를 중요한 기준으로 하고 있음을 알 수 있다. 즉 장기요양서비스는 신체적, 정신적, 인지적 질환으로 일상생활 수행에 장애가 있는 사람에게 지원하는 복지서비스를 제공하는 것임을 알 수 있다(김찬우, 2008).

세계보건기구(WHO)는 장기요양보호를 사회 및 보건시스템이 중복된 부분으로 공식적 수발자(사회사업가 및 보건전문가 등)와 비공식적 수발자(가족이나 친지, 이웃 등)들이 보호가 필요한 사람에게 도움을 주는 모든 활동을 포함하며, 장기요양보호서비스에 대한 욕구는 서비스이용자의 신체적·정신적 기능과 생활환경에 따라 영향을 받는다고 정의하고 있다(이정영, 2010).

김한덕(2012)은 노인장기요양보험제도에서 서비스대상자에 대한 목표는 이용대상자의 기능적 활동능력을 최대한 발휘할 수 있도록 하며, 독립성을 유지하며 인간으로서의 존엄성을 유지하고, 삶의 질을 확보하면서 살아갈 수 있도록 함으로써 노인을 돌보고 있는 가족의 부담을 덜어주는 것을 목표로 삼고 있다.

노인장기요양보험제도는 장기요양보호가 필요한 자에게 즉, 신체적·정신적 장애를 가지고 있어 다른 사람의 도움에 의존하는 사람이 신체적·인지적·정신적인 제한이 장기간 지속되는 경우, 대상자들에게 보건 및 의료 등의 사회서비스를 총체적으로 제공하는 것이다(선우덕, 2011).

최성재 외(2003)는 장기요양보호는 신체적·인지적·정신적인 기능 손상으로 일상생활에서 활동하는데 장애가 있는 사람에게 상당기간동안 사회적 보호(social care) 및 건강관리(health care)를 제공하는 것”으로 정의하고 있다.

노인장기요양에 대한 정의는 각 국가마다 다르지만 이 제도의 목적은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 건강증진 및 일상생활 지원을 통한 생활의 안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어줌으로써 궁극적으로 국민의 삶의 질을 향상함에 있다(백효영, 2012).

따라서 노인장기요양보험제도는 노인성질환을 이유로 신체적·인지적 장애가 있어 일상생활을 수행하기 어려운 노인에게 사회적 연대원리에 따라 노인에게 신체활동이나 일상생활지원 등 장기간 서비스를 제공하는 사회보험제도로 볼 수 있다.

1. 장기요양보험제도의 이해

산업화시대 이후로 의료기술의 발달과 더불어 가족구조의 변화, 경제구조의 변화, 인구사회학적인 변화로 고령화가 지속됨에 따라 신체적·인지적·정신적인 장애를 호소하는 노인들이 날로 증가함에 따라 전통적으로 노인을 가정에서 부양하였던 장기요양보호는 한계에 봉착하였다. 이에 따라 국가마다 공적 장기요양보호체계를 도입하거나 확대하고 있다(강순심, 2009).

OECD국가를 중심으로 1990년대 이후 공적 장기요양보호의 체계를 도입하기 시작하였다. 우리나라도 고령화가 진행되면서 65세 이상 노인인구 비율이 급속도로 증가하고 있어 노인인구 비율이 2014년도에는 12.7%이었으나 2018년 14.5%로 고령사회에 도달할 것으로 예측하고 있다(통계청). 이와 같은 노인인구 급증세는 OECD국가들 중에서 고령화가 가장 빠르게 진행되고 있다.

노인장기요양보험법 제1조에서는 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동이나 일상생활 지원 등을 제공하는 장기요양급여에 관한사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는 것”으로 기술하고 있다.

노인장기요양보험 도입목적은 고령이나 노인성질환을 가진 노인의 일상생활을 지원하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하여 가족들의 부양 부담을 경감시켜줌으로서 부양가족의 삶의 질을 향상시켜 궁극적으로 장기요양제도를 통해 국민의 삶의 질을 향상하는데 목적이 있다고 할 수 있다.

2. 노인요양시설의 개념

노인요양시설은 노인복지시설 중 노인의료복지시설에 해당하며 1981년 노인복지법이 제정되면서 제도화되었다. 1997년도에 개정된 노인복지법 제33조에서는 노인의료복지시설을 무료노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설과 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설, 노인전문병원 등 6종류로 구분하였으나, 2007년 개정된 노인복지법에서는 구분을 없애고 노인요양시설로 통합하였다.

노인복지법 제 31조에 의하면 노인요양시설은 노인의료복지시설에 해당하며, 노인요양시설에서 입소노인에게 서비스를 제공해주는 것을 시설서비스라고 한다.

노인요양시설에서는 의료는 물론 복지서비스도 함께 제공되며, 가정과 병원의 중간정도의 형태를 갖춘 시설이라고 할 수 있다. 노인요양시설은 내 집에서와 같이 편안하게 생활할 수 있는 거주환경으로서의 측면, 그리고 건강관리를 위한 간호나 의료서비스를 제공해줄 수 있는 병원과 연계를 통한 의료서비스 측면을 고려하여야 하는 시설이다(권오정, 2004).

노인요양시설에 입소하는 노인은 중풍, 치매 및 노화로 인하여 생물학

적인 기능이 떨어진 사람이다. 즉, 노인의 신체적·인지적·정신적인 건강 상태는 노인요양시설에 입소를 결정하는 주요인이다. 이는 노인들이 신체적·인지적 기능손상으로 일상생활에 제한이 따르게 됨으로 이 노인들에 대한 간병과 일상생활 지원이 필요하게 됨을 의미한다(김한덕, 2012).

그러므로 노인요양시설에서는 노화나 노인성질환 등으로 일상생활이 어려운 노인들의 욕구를 충족해줄 수 있는 생활환경이나 프로그램 등 입소 노인에게 필요한 서비스체계를 갖추고 시설입소 노인들의 생활만족도를 향상시킬 수 있어야 한다.

노인복지법 제34조에서는 노인요양시설은 치매나 중풍 등 노인성 질환을 가진 노인 등을 입소시켜 급식 및 요양과 기타 일상생활에 필요한 서비스를 무료 또는 노인장기요양보험에서 정하는 비용으로 제공하는 시설을 말한다.

즉 노인요양시설은 일상생활이 어려운 노인들의 다양한 욕구해결에 필요한 서비스와 프로그램을 제공하고 삶의 질적 수준을 향상시켜주는 곳으로서, 간호와 물리치료 등의 서비스를 요하는 노인들이 생활하는데 불편함이 없도록 설치한 시설이며, 치매나 중풍 등 중증의 노인을 입소시켜 생활을 지원하고 보호하는 시설이다(이제남, 2010).

노인요양시설은 장기간 요양이 필요한 노인에게 일상생활에 필요한 서비스를 제공하고 입소자의 잔존능력을 유지시키기 위한 프로그램을 지원하고, 입소자의 건강관리를 위하여 의료기관과 협약체계를 갖추고 이들의 문제행동과 장애를 완화시키는데 목적을 두는 시설이다.

3. 노인요양시설의 형태

노인장기요양제도에서 시설급여서비스 이용자에게 신체활동지원과 일상생활지원 서비스를 제공하여 줌으로써 입소노인들의 삶이 보다 건강하고 편안하게 노후를 지낼 수 있도록 하는 것을 목적으로 서비스 형태는 서비스 제공 주체와 장소, 욕구, 이용 등에 따라 구분한다(이윤희, 2010).

노인요양시설에서는 이용자들의 행태적 요구를 수용할 수 있는 환경 및 서비스체계를 갖추고 입소노인의 삶의 질을 향상시켜야 한다. 특히 환경에 대한 의존도가 높은 이용자들은 외부지원체계가 없는 경우 생활하기 어렵게 됨으로 이들의 지원체계는 여러 차원에서 고려되어야 한다(강기선, 1997).

전통적으로 노인들은 그동안 생활해왔던 곳에서 생을 마감할 때까지 생활하고자 한다. 이는 그 동안 함께한 지역공동체 속에서 삶을 영위하는 것이 건강한 생활을 할 수 있다고 보는 것이다(홍석자, 2005). 그러므로 노인요양시설 이용자들을 위한 시설형태나 환경은 서비스이용자들이 신체적·인지적인 기능이 떨어졌다고 하여 이들에게 보완적인 측면에서 주거환경만을 고려해서는 곤란하며 이용자들 개개인의 특성과 선호도에 따라 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 생활환경 및 프로그램서비스가 제공되어야 한다.

궁극적으로 노인요양시설에서는 서비스 이용자들을 수용개념이 아닌 가정에서의 생활개념으로 서비스가 제공되어야 하며, 이용자들의 잔존능력을 유지하고 자유로운 삶을 영위할 수 있도록 생활환경이나 정서적 지원 등 다양한 서비스를 제공하여야 한다.

노인요양시설의 유형은 입지적인 특성, 시설규모에 따른 유형, 주거형태에 따른 유형, 서비스제공형태에 따른 유형으로 구분(이제남, 2011)하고 있으나, 본 연구에서는 주거형태도 서비스에 포함하여 형태에 따른 유형에서 의료형 구조인 복도형과, 가정형 구조인 그룹형 즉, 유니트케어에 대해 연구하였다.

(1) 노인공동생활가정

공동생활가정은 치매나 중풍 등 노인성질환으로 도움을 필요로 하는 노인 중 장기요양등급을 받은 대상자 중 시설급여를 받은 대상자를 입소시켜 급식·요양 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다(노인복지

법 제 34조).

시설규모는 정원 9인 이하이며 시설구조 및 설비는 비상재해에 대비하고 입소자의 건강관리 및 활동에 편리한 구조를 갖추어야 한다(노인복지법 시행규칙 제22조, 별표4).

(2) 노인요양시설(복도형)

노인요양시설은 치매나 중풍 등 노인성질환으로 도움을 필요로 하는 노인 중 장기요양등급을 받은 대상자 중 시설급여를 받은 대상자를 입소시켜 급식·요양 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다(노인복지법 제 34조).

대부분 소규모요양시설(10인 이상 30인 미만)과 30인 이상 일반요양시설로 규모에 따라 분류할 수 있으며, 시설구조 및 설비는 비상재해에 대비하고 입소자의 건강관리 및 활동에 편리한 구조를 갖추어야 한다(노인복지법 시행규칙 제22조, 별표4).

대부분의 복도형 노인요양시설은 복도를 중심으로 생활실이 일자형으로 배치되어 있는 구조로서, 의료시설에서 단기적인 치료를 목적으로 입소자의 생활보다는 수용형태의 구조로 볼 수 있다. 이는 중증으로 입소한 노인은 활동력이 떨어지기 때문에 생활에 큰 불편을 느낄 수 없으나, 인지적 정신적인 장애로 입소한 노인들의 생활에는 제약이 따른다.

(3) 유니트케어(가정형)

‘유니트케어(Unit-care)란’ 단위를 의미하는 유니트(Unit)와 보살피다와 보호하다를 의미하는(care)의 합성어이다. 즉, 유니트케어는 집단적으로 생활하는 대규모 시설을 몇 개의 그룹으로 나누어 거실을 중심으로 가정적인 생활환경에서 소수를 케어하는 것이다. 유니트의 정원은 건물의 특

성이나 시설구조상 시설의 종합적인 상황을 고려하여 정하는 것이 바람직하다(이재모, 2004).

유니트케어는 노인복지현장에서 서비스를 개선하고자하는 노력에 의해 시작되었으며, 50명의 정원의 시설을 4개 그룹으로 나누어 그룹별로 직원을 배치하여 그 직원들은 서비스이용자가 기상 후 잠자리에 들기까지 이용자와 함께 생활할 것을 제안했던 것이 유니트케어의 계기가 되었으며 이후에 제도적으로 정비되었다(장운정, 2009).

노인요양시설에서 케어시스템의 변화는 전통적으로 의료중심적인 노인요양시설들에서 여기저기 문제점이 나타나고 이에 대한 사회적 비난여론이 커지면서 가족과 현장실천가를 중심으로 노인요양시설에 대한 개혁과 변화가 시작되었으며, 이후에 나타난 노인요양시설의 개혁운동이 문화변화운동이다. 문화변화(Culture Change)란 시설입소 노인이 또 다른 입소노인들과 가족, 서비스제공자와 밀접한 관계를 맺는 것이며, 서비스 이용노인의 선택에 의해 일상적인 생활을 하고, 시설 직원의 유도과 달리 서비스 이용노인의 욕구에 기반하여 직원배치와 의사결정 등 지속적인 서비스 질 개선을 위하여 체계를 구축하고 편안하고 안락한 환경을 조성하는 가정집과 같은 노인요양시설을 케어문화라고 설명하고 있다(Miller, 2008).

노인요양시설에서 문화변화의 핵심가치는 실천적 케어모델로 이용자 중심케어(Person-Centered Care) 또는 거주자 중심케어(Resident-Centered Care)이며, 이는 문화변화의 핵심가치인 실천 활동이 곧 이용자중심케어이기 때문이다(Miller et al., 2008).

북미를 비롯한 선진국가들을 중심으로 노인장기요양서비스의 혁신적인 모델로 제시되고 있는 이용자 중심케어(Person-Centered Care)는 기존 의료중심적인 수용개념의 노인요양시설에서 나타난 문제점들에서 비롯되었다고 볼 수 있으며, 노인요양시설에 대한 이용자들의 층이 다양해지면서 입소노인들의 욕구에 대응하기 위함이며, 무엇보다 노인요양시설의 역할과 기존 운영방식을 개선하여 시설입소 노인들의 생활만족도를 향상하기 위함이다(임진섭, 2011).

유니트케어의 특징을 살펴보면 다음과 같다(장윤정, 2009).

첫째, 시설입소 노인들의 생활실을 다인실(4인실)에서 개인실(1인실) 위주로 배정하여 이용자의 사생활을 존중하여 준다.

둘째, 집단적으로 생활하는 복도형 시설에서 거실을 중심으로 생활단위를 소규모(8~15인)화하여 서비스를 각 유니트별로 적정한 프로그램을 제공한다.

셋째, 각 유니트마다 요양보호인력을 고정 배치한다. 집단적으로 생활하는 대규모 요양시설에서는 시설전체를 대상으로 순환근무하고 있으나, 유니트케어에서는 각 유니트별로 요양보호인력을 고정적으로 배치하기 때문에 서비스 이용자와 제공자간 친밀한 관계를 형성할 수 있으며 이용자의 욕구(need)를 보다 면밀하게 파악할 수 있다.

넷째, 시설 내에서 입소노인들이 교체할 수 있는 공동생활 공간(거실)을 설치하여 이용자 간의 교류를 통해 인간관계를 형성할 수 있도록 가정에서 거실과 유사한 형태의 공간을 마련한다.

유니트케어에 대한 학자들의 공통적인 속성을 보면, 서비스 이용노인들의 개인별 특성과 내력을 인정하고 존중해주는 개별성을 강조하고, 서비스 이용노인의 선호와 욕구, 자기결정에 따른 케어를 의미하는 자율성, 자신의 집처럼 편안함을 강조하는 가정집과 유사한 생활환경을 조성하고, 진심으로 존중하는 마음으로 서비스이용자를 대하고 다른 사람과의 관계형성을 강조하는 것 등이 유니트케어가 갖는 특성임을 알 수 있다.

이를 종합하면, 유니트케어란 서비스 이용자들의 질병이나 인지능력에 관계없이 케어활동에서 서비스 이용자가 주체가 되는 케어방식이라고 할 수 있으며, 이용자의 개별성, 선택권 보장, 상호간의 관계형성, 내 집처럼 편안하고 안락한 환경조성 등 서비스의 질과 생활만족도를 함께 보장하는 것이라고 할 수 있다.

4. 외국의 동향

노인장기요양보험은 독일형과 일본형으로 나눌 수 있는데 독일형은 보험자가 의료보험의 질병금고라는 특징이 있는 반면, 일본형은 보험자가 일본의 건강보험과 같이 지방정부의 시정촌(市町村)이라는 특징을 보인다(강순심, 2009).

노인장기요양보호서비스에서 노인요양시설 입소노인의 생활만족요인을 살펴보기 위하여 일찍부터 우리나라의 노인장기요양보험과 유사한 제도를 운영하는 국가들에서 서비스 이용자들의 생활만족요인을 비교해 보고자 대표적으로 독일의 수발보험제도와 일본의 개호보험제도를 그리고 우리나라 노인장기요양보험제도와 비교하여 서비스 질이나 생활만족요인에 대한 외국의 사례를 비교분석 할 필요가 있어 독일과 일본의 장기요양보험에 대한 문헌을 정리하였다.

(1) 독일의 수발보험제도

독일에서도 인구고령화로 장기간 요양이 필요한 노인이 증가함에 따라 노인과 관련된 의료비용 증가와, 장기요양에 필요한 비용을 지원하기 위한 사회부조비용이 증가하면서 수발보험 도입에 대한 필요성이 제기되어 1994년 4월 수발보험을 제정함으로써 5번째 사회보험으로서 1995년 4월에 재가서비스와 1996년 7월부터 생활시설에서 수발서비스를 시행하였다(김육, 2007; 강순심, 2009).

독일은 우리나라와는 달리 1등급자가 경증이며 3등급이 중증으로 구분하고 있어 우리나라 노인장기요양보험과는 차이가 있다. 독일의 수발보험법의 내용을 보면 질병보험 가입의무의 원칙과 별도의 보험료를 재원으로 운영하고 있으며 전국적으로 동일한 보험료율을 적용하고 있다. 또한 우리나라 노인장기요양보험과 동일하게 시설서비스보다는 재가서비스를 우선시하고 있다. 다만 우리나라 노인장기요양보험과 독일 수발보험제도의 차이점은 단기보호와 주·야간보호를 시설서비스로 분류하고 있다는 것이다(박종선, 2010).

독일에서는 수발보험 시행 후 서비스대상자, 수발시설, 수발인력, 등이 확대되면서 서비스 질 보장이 공식적으로 제기되었고, 수발서비스 질 개선 및 보장에 대한 학문적인 연구와, 정책적인 노력을 기울이고 있으며, 제도 시행과정에서 나타난 수발서비스 질 문제 및 스캔들 등이 공개되어 현실화 되었다. 즉 수발서비스 질 보장을 위한 제도적인 규정이 없는 상태에서 서비스공급자에 의한 일방적인 서비스 질 보장대책은 적정한 서비스를 제공하는데 한계점에 도달하게 된다.

이런 의미에서 질 보장에 대한 공식적이고 명확한 법적 규정이 요구된다는 인식하에 수발질보장법을 제정하였다. 이 법을 통하여 독일의 수발보험서비스 질을 보장하기 위하여 구체적인 법적근거를 마련되었다(김한덕, 2012).

독일의 수발보험제도에서도 서비스제공수준, 서비스수급대상자 수, 서비스대상기관 수 등에서 양적인 성장을 하였으며, 수발 질 보장은 수발질보장법이 제정되면서 구체화 되었다. 기본규정은 수발보험법 75조의 수발보호에 대한 범위계약과, 80조의 질 보장을 위한 통일된 원칙과 척도가 해당된다.

우리나라 노인장기요양보험제도는 시행초기부터 양적 성장이 두드러졌으나, 성장과정에서 장기요양서비스의 질 보장이 중요한 쟁점으로 나타났다. 장기요양서비스는 이용자중심케어(Person-Centered Care)를 제공한다는 의미에서 최소한의 서비스의 질을 보장하고 정의하는 것이 중요하다. 장기요양보험에서 서비스 질 보장은 법적 제도가 없는 상황에서 시설장의 마인드에 따라 크게 좌우되고 있다.

(2) 일본의 개호보험제도

일본의 개호보험은 1997년에 의회의결을 통하여 2000년 4월 1일부터 시행하였다(강순심, 2009). 개호보험에서 입소서비스는 특별양호노인홈, 양호노인홈, 신형경비노인홈, 경비노인홈, 유료노인홈으로 구분되며 입소대상

자의 신체적인 조건이나 경제적인 여건에 따라 다양하게 서비스를 제공받을 수 있다(이제남, 2011).

특별양호노인홈은 신체적·인지적인 장애로 일상적인 케어가 필요하거나 가정에서 적절한 케어를 받을 수 없는 노인이 입소하는 생활시설로서 우리나라의 노인요양시설에 해당한다. 시설운영은 입소대상자나 부양의무자의 능력에 상응하는 비용부담과 자세로 충당한다. 시설의 개설이나 관리, 운영에 관련해서는 노인보건법이 적용되고 있다(이인수, 2005).

피보험자는 1호와 2호보험자로 나누는데 1호보험자는 65세이상 노인으로 요개호상태 및 요지원상태가 되면 원인에 관계없이 요개호자 또는 요지원자로 개호대상 자격을 얻게 되며, 2호보험자는 65세 이하 의료보험 가입자로 뇌졸중이나 치매 등 16종의 특정질병으로 인한 요지원이나 요개호 상태에 대해서 급여를 제공한다(강순심, 2009).

특별양호노인홈에서 개호보험으로 제공되는 서비스에는 식사, 배설, 목욕 등의 개호서비스와 일상생활 지원, 신체기능 훈련, 건강관리 및 요양에 필요한 도움을 지원한다. 서비스 구분은 개호서비스, 식사서비스, 목욕서비스, 재활서비스, 활동서비스 등으로 크게 분류되어 있다(이제남, 2011).

일본에서는 5년마다 주기적으로 재분석하여 개호보험제도를 개혁하고 있다. 2005년 1차 개혁안을 마련하여 2006년부터 시행하였고, 2010개혁안은 2012년부터 적용하고 있다. 두 차례의 개호보험제도의 개혁내용 중 서비스 질과 생활만족도에 대한 확보방안을 살펴보면 다음과 같다.

1차 개혁의 서비스 질 생활만족도 향상과 보험급여 부담방식과 제도운영 배경에서는 그 동안의 개호정책 방향이 서비스의 양적확대에 치중하여 상대적으로 미흡한 질적 서비스를 향상하고 노력을 기울여야 한다는 것을 제기하고 있다.

2010년도 2차 개혁에서는 서비스 질 향상을 위한 장기요양 서비스의 전달체계에 대한 효율성 제고가 필요한 대책으로, 서비스 제공과정에서 케어매니저(care manager)의 역할을 중심으로 운영되는 체제로서, 케어매니저를 중심의 케어매니지먼트체계(care management system)에서 파생되

는 비효율성은, 서비스제공과정에서 서비스의 질 및 개호보험 재정의 누수까지 발생할 수 있는 측면이 포함되어 있다. 케어매니저가 중립적이거나 독립적이지 못하면 특정한 기관이나 서비스로 치우칠 가능성이 있기 때문에 케어플랜(care plan) 작성 시 소요되는 비용을 유료화하여 서비스 이용자가 부담하게 하였다.

2006년 1차 개정 이후 서비스의 다양한 공급체계를 확충(서비스 6종추가)하여 지역밀착형 서비스로서, 이는 중등중인 개호자 및 가족을 지원하고 가급적 자택이나 자택과 가까운 곳에서 개호서비스를 제공받도록 하는 것을 목표로 도입된 서비스이다. 신설된 야간대응형 방문개호와, 소규모 다기능 재가개호 등은 우리나라의 노인장기요양보험에서도 검토해 볼 만한 서비스라고 할 수 있으며, 치매노인만을 위한 치매대응형 공동생활개호서비스도 추가하였다.

일본 개호보험에서 관심 있게 보아야 할 것은 특별양호노인홈의 양적 확대와 더불어 유니트케어시스템을 도입하였다는 점이다. 대부분의 입소 시설에서 노인들에게 집단적이고 획일적인 서비스를 제공하는 기존의 케어시스템을 개선하기 위하여 새롭게 등장한 유니트케어시스템은 가정적인 분위기속에서 입소자들의 욕구와 생활패턴에 맞춘 개별적인 서비스를 제공하는 특징이 있으며, 의사소통이 어렵고 주변 환경에 예민하게 반응하는 치매노인 케어에 매우 효과적이라는 긍정적인 면에서 최근 들어 노인 복지현장에서 큰 주목을 받고 있다.

(3) 시사점

독일이나 일본과 마찬가지로 우리나라도 사회보험방식을 채택하고 있으나, 재원조달방식에서는 나라마다 차이가 있다. 독일의 수발보험은 전 국민을 대상으로 하고 있으며, 재원의 100%를 보험료로 조달하고 있으며, 본인부담금은 없다.

일본의 개호보험에서는 40세 이상으로 나이를 제한하고 있으며, 재원의

50%는 보험에서 부담하고 50%는 공적비용으로 부담하고 있으며, 본인부담금은 10%이다.

우리나라 노인장기요양보험에서는 65세 이상 노인이거나 65세 이하여도 노인성질환을 가진자로 일본의 개호보험제도와 유사하게 제한점이 있으나, 재원은 국고지원이 20%이며 80%는 보험으로 재원을 조달하고 있으며, 본인부담금 비율은 20%로 선진국에 비해 높게 나타났다(박종선, 2010).

노인장기요양보험에서 서비스의 질 확보를 위한 외국의 노인장기요양보험제도에서 서비스의 질 보장을 중심으로 비교를 해보면, 기본적으로 노인장기요양보호 서비스의 질적 보장에 관한 구체적인 시스템의 도입이 노인장기요양보험법에도 반드시 요구된다. 제도시행 초기 양적확대에 치중하여 서비스의 질적 보장은 크게 고려되지 못하였다. 이제 노인요양시설도 충분히 충족된 시점에서 장기요양서비스의 질 향상을 위하여 노인장기요양보험법에 적정수준의 급여제공과 장기요양서비스의 질적인 보장을 위한 구체적인 기준안을 제시하여야 한다.

제 2절 입소노인 생활만족도의 개념

1. 생활만족도의 개념

생활만족도는 일상적인 활동에서 행복을 느끼고 개개인이 생활의 의미와 책임을 갖고, 각자의 목적에 대한 성취감과 자기 자신에 대한 긍정적인 자아상을 갖고 있는 것으로 정의하고 있다(Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961).

생활만족도란 개념이 일반화된 시기는 1961년 뉴가르텐(Neugarten), 하비거스트(Havighurst), 토빈(Tobin)등이 개발한 생활만족도지표(LSI: Life Satisfaction Index)를 개발한 이후로부터 일반화된 것으로 보고 있으며(곽병은, 2006), 그 이후 현재까지 생활만족도는 적응(adjustment), 행복감(happiness), 사기(morale), 심리적 복지(psychological well-being), 등의 용어와 혼재되어 사용되어지고 있다(안영철, 2009). 생활만족도의 개념을 가장 먼저 사용한 Neugarten 등에 의하면 생활만족도는 일상생활 활동에서 즐거움을 느끼고, 자기 자신의 생활에 대해서 책임감과 의무감을 갖으며, 스스로에 대한 성취감 및 자신감, 즉 긍정적 자아상을 갖고 살아가는 상태로 정의하고 있다(Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961).

노인이 일상생활에서 만족스럽게 살아가기 위해서는 자신의 욕구(need)를 만족시킬 수 있는 자원을 충분히 소유하고 있어야 하며, 각자 개인이 자기발전을 위한 프로그램 활동 등에 적극적으로 참여하여 매일매일 즐기면서 건강을 유지하여야 한다. 그러나 장애를 가진 노인이 만족할만한 생활을 영위한다는 것은 각자에게 주어진 환경에서 주관적인 판단을 하게되며, 삶의 질과 생활만족도 개선을 위한 대안을 제시하기 위해서는 정확하게 실태를 파악하고 지속적으로 관찰해야 한다(김수봉 외, 2010).

노인복지가 추구하는 목표는 노인들의 삶의 질 향상에 있다. 그럼으로 노인요양시설에서도 시설입소 노인의 생활만족과 삶의 질 향상에 있다. 삶의 질이란 개인 또는 집단생활 환경이 삶의 객관적 여건이나, 개인 또

는 집단이 경험하는 안녕과 복지에 관련한 주관적 느낌을 말한다. 즉, 안녕감, 만족감, 행복감, 실망감, 좌절감 등을 강조하는 개념이다(하은호 외, 2004; 이재남, 2011).

삶의 만족도는 현재 자신의 삶에 얼마나 만족하는가를 자기 스스로 인지하고 주관적으로 평가하는 것으로 정의한다면, 여기에 대한 해석은 개인의 다양성만큼이나 다양할 것이며, 현재 삶의 초점을 어디에 두고 있느냐에 따라 생활만족도는 생활안정과 환경에 대한 적응성, 자아인식, 정신건강, 일상생활의 안녕과 기쁨, 복지 등의 다양한 영역에서 서로 다른 해석이 가능하다고 주장하였다(양옥경, 1994).

김중숙(1987)은 생활만족도는 개인의 정신건강을 결정하는 중요한 요인으로 보았다. 개인은 주변 사람들과 상호작용을 통하여 기대가 형성되며, 이 기대는 주변사람들과의 비교를 통해 자기 자신을 평가하는 근거가 된다고 하였다. 따라서 생활만족도란 개인의 주관적인 기대수준이 합리적으로 충족하였는가에 대한 평가이다.

일상생활에서 생활만족과 삶의 질 관련 연구자들은 초창기에는 사회·경제적 상태, 교육정도, 주거형태와 이웃들에 대한 관련 자료에서 삶의 질을 유추하였으나, 개인의 요구와 욕구가 다양화되어감에 따라 각 개인의 생활만족도에 영향을 끼치는 다양한 변인들을 고려하게 되었다(김수봉 외, 2010).

최근 들어 노인의 생활 속에서 활기찬 노후(active aging)에 대한 관심이 커지면서 노인의 여가활동에 대한 연구도 많아졌으며, 노후 여가활동은 평상시 즐겨왔던 취미활동은 물론 종교활동, 자원봉사활동, 사회·교육, 기타 활동으로 정의하고 있으며, 노인여가활동은 개인적인 욕구 충족과 생활만족도를 향상시켜 정신적·심리적인 안정과 행복을 높게 해준다고 하였다(김애련 외, 1997).

노인들에게 삶의 질은 각자가 일상생활에서 어느 정도 만족스럽게 생활하고 있는지를 이해하는데 필요한 요소를 포함하는 개념으로 안녕(well-being), 만족감(satisfaction), 행복감(happiness), 복지(welfare)와 같

은 의미로 사용되고 있다(김미령, 2006).

또한 신호철(1997)은 삶의 질을 질병 및 건강상태가 일상생활에 미치는 신체적·정신적·사회적 영향에 대한 개인적인 감정을 나타내는 개념으로, 개개인의 일상생활에서 건강상태의 영향은 생활만족도에 영향을 끼친다는 의미에서 삶의 질은 전반적인 개인의 만족도와 자긍심에 영향을 끼치는 다양한 요인들로 구성된 복합적 개념으로 정의하였다.

노인복지가 지향하는 목표는 노인의 삶의 질 향상에 있다. 그러므로 노인장기요양시설의 목적도 서비스대상자의 삶의 질 보장에 있다. 삶의 질이란 개인 또는 집단을 둘러싸고 있는 삶의 객관적인 조건뿐만 아니라 개인 또는 집단에서 경험하는 안녕과 복지에 대한 주관적 느낌을 말한다. 즉 안녕감, 만족감, 행복감, 실망감, 좌절감 등을 동등한 개념으로 강조하였다(김태현 외, 1998; 노유자, 1988; 하은호 외, 2004).

주관적 안녕감(subjective well-being)은 정서적인 차원과 인지적인 차원으로 구분되는데, 인지적 차원의 안녕감은 자신의 삶이 어떠한가를 자신의 기대나 욕구 또는 희망을 다른 준거집단과 비교하여 평가하는 것이고, 정서적 차원의 안녕감은 개인이 일상생활에서 느끼는 정서적 경험을 의미한다. 따라서 일상생활에서 만족도가 높다고 생각하는 사람은 거의 대부분의 영역에서 만족스럽게 생활하는 경우라고 할 수 있다(권중돈 외, 2000).

생활만족도에 관한 다른 연구에서는 실제상황에서 당사자가 직접적으로 경험하는 일상생활 상태를 주관적으로 느끼는 삶의 질을 개개인이 자신의 삶에 대해 어느 정도 만족하고 있는지에 대한 주관적으로 평가하는 삶의 만족도와 동일한 개념이라고 하였으며, 삶의 만족도란 신체적이나 정신적, 사회·경제적 또는 환경적인 생활의 다양한 영역을 포함하는 복합적인 개념이다(백은령, 2003).

김형선(2010)은 노인의 일상생활 삶의 질은 개개인이 지니고 있는 특성이나 신체적·정신적·사회적 영역에서 노인 스스로 지각하는 주관적 안녕이라고 하였으며, 결국 성공적 노화는 일상생활에서 삶의 질을 향상시

키려면 각자가 노화과정에서 스스로 사회에 적응해야 하며, 이 과정에서는 개인적 성격이나 사회적 환경 또는 신체적·정신적 건강상태가 균형을 이루어야 한다고 하였다.

최성재(1986)는 노인의 사회적·문화적 특성을 적절하게 반영한 생활만족도에 대해 노인이 인지하는 과거와 현재 활동에 대한 평가와 미래의 삶과 활동에 대한 전반적인 예측 정도라고 정의하였다.

이제남(2011)은 생활만족도는 각자가 과거에 비해서 현재의 삶에 대하여 어느 정도 행복한지를 의미하지만, 이는 삶의 질은 자신이 느끼는 정도를 주관적 입장을 강조하게 된다. 그렇다면 노인장기요양시설에 입소한 노인들의 생활만족도는 노인요양시설에서 의식주를 해결해 준다고 해서 장애노인들이 행복할거라고 판단하는 것은 한계가 있다. 즉 노인들이 노인요양시설의 입소에 따른 생활만족도는 기본적인 시설의 제공 및 각종 프로그램서비스와 다양한 요인들이 생활만족에 영향을 미치고 있다는 점을 간과해서는 안된다.

여러 연구를 살펴보면 노인들이 입소시설에서 만족스러운 생활을 하기 위해서는 각자 개인의 요구를 충족시킬만한 자원을 소유하여야 하고, 스스로 발전할 수 있는 프로그램에 적극 참여해야 하며, 또한 각자가 운동하고 즐기며 건강을 유지하기 위해 스스로 관리해야 한다. 그럼으로 장애를 가진 노인이 만족스런 생활을 영위한다는 것은 개개인의 여건을 참작하여 주관적인 판단이 필요하며, 생활만족도의 향상을 위해서는 시설입소 노인의 생활실태를 파악하고 지속적인 관심과 노력이 매우 중요하다. 결국 사회복지의 근본적인 목표는 사람이 살아가면서 질 높은 삶을 살아가는데 있다. 그러므로 노인요양시설의 목적도 서비스이용자의 양질의 삶을 보장하는데 있다.

본 연구에서는 노인들이 노인요양시설(복도형과 유니트케어)에 입소 후 생활만족에 영향을 미치는 요인들과 이들 시설에서 느끼는 생활만족도의 차이를 검증하는 연구이다. 그동안 노인장기요양보험은 양적인 팽창에만 치중하다 입소자의 서비스 질을 간과하여 왔다. 이 시점에 입소자의 서비

스 질을 향상하기 위한 입소시설 이용자에 대한 생활만족도에 관련한 논의는 매우 중요하다.

2. 생활만족도의 주요차원(구성차원)

공공부분에서 만족도의 측정은 향후 정책 활용을 위하고, 민간에서는 마케팅 및 고객유치나 경영혁신 도구로 만족도를 조사하여 왔으나(김한덕, 2012), 노인요양시설에서 입소자의 만족도의 연구는 시설입소자의 삶의 질을 향상시키고자 함이다.

세계보건기구의 삶의 질 척도(WHOQOL)를 효율적으로 사용할 수 있도록 간결하게 만든 WHOQOL-BREF는 민성길 등(2000)에 의해 표준화되었다. 한국판 WHOQOL-BREF는 총 26개 항목으로 구성된 평가척도로서 건강감각 1문항, 신체적 영역 7문항, 사회적 관계영역 3문항, 환경적 영역 8문항, 심리적 영역 6문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 다양한 문화권에서 사용되어지고 있으며 환자, 노인, 일반인까지 삶의 측정도구로 널리 사용되고 있다(Den Oudsten, Zijlstra., De Vries, 2012).

Rogers(1990)는 노인요양시설에서 만족도 측정을 크게 세 가지 범주로 나누고 경제성(Economy), 능률성(Efficiency), 효과성(Effectiveness) 입소시설 이용자집단과 관련된 서비스수준(level of service)과 서비스제공자의 대응(take up)을 추가하여 새로운 기준을 제시하였다. 또한 만족요인에 관한 측정은 정치적과정이라고 지적하고 만족요인측정은 지방정부 이해관계자들의 상대적 권력에 기인한다고 하였다.

Havighurst et al.(1985)는 노인들의 특성은 나이, 성별, 교육수준, 경제수준, 가족구조, 결혼여부, 직업유무, 건강상태 등에 영향을 받는다고 하였다. 먼저, 노인의 최근 남녀성별에 따른 생활만족도의 차이는 남자노인의 경우 경제력과 교육정도가 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타남으로서 남녀 간의 유의미한 차이를 지적하였다. 그리고 같은 노인이라 하더라도 나이에 따라 사회적 관계나 건강상태, 결혼여부, 자기결정권 등이 다르게

형성하게 되어 생활만족도의 차이가 발생하는 것으로 보았다. 또한 노인들의 종교활동은 매우 바람직하며 생활만족도를 높여주는 요인이 될 수 있다. 그리고 배우자가 있는 노인들이 배우자가 없는 노인들보다 사회적·심리적 상태나 행복감이 생활만족도가 더 높게 나타나는 것으로 보고 있다. 특히 소득이 없거나 낮은 노인들은 경제적인 박탈이 강조되며, 노인들의 신체기능 감퇴는 환경에 대한 적응을 어렵게 하여 노인들의 건강상태는 생활만족도를 결정하는 중요한 요인이다.

Donabedian A(1980)는 서비스의 질을 서비스제공자와 서비스이용자의 입장으로 나누어서 정의하였다. 서비스제공자 관점에서는 서비스제공자의 지식이나 기술을 제공하는 능력으로 정의하였고, 서비스이용자의 입장에서는 서비스를 제공받는 자에 대한 느낌으로 정의하였다.

Masterson D(1991)은 서비스이용자와 서비스제공자의 공유경험을 강조하였다. 사회복지영역에서 서비스 질은 서비스이용자의 신체적·인지적·정서적인 상태와 서비스를 제공하는 환경이나 기술 등에서 상호작용에 의해 만족도가 차이가 난다고 보았으며, 서비스제공자 관점에서 이용자의 만족을 서비스 질의 중요한 요인으로 보았다. 반면 서비스공급자 관점에서 사정 후 치료계획을 세우고 경과를 기록하여 적시성 있는 서비스를 제공하는 것이 좋은 서비스로 볼 수 있다.

Harrington et al.(2000)은 노인요양시설 종사자의 교육수준과 케어관련 직원에 대한 훈련을 강화시키는 것이 노인요양시설에서 제공하는 서비스를 향상시키는 주요인으로 볼 수 있으며, 또한 케어관련 종사자의 적절한 관리가 서비스 질 향상에 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

노인요양시설에서 시설의 특성별로 비교하면 비영리노인요양시설이 영리를 목적으로 설립된 노인요양시설보다 서비스 질이 더 높은 것으로 나타났다(Harrington et al., 2002), 서비스이용자 수 대비 케어관련 종사자가 많을수록 서비스 질이 더 높게 나타났으며(Konetzka et al., 2004), 서비스이용자 대비 종사자 수가 많을수록 서비스이용자의 인지기능이나 언어기능, 사회성이 향상되는 것으로 보고 있으며, 도시지역보다 비도시지

역에서 서비스 질이 더 높게 나타난 연구도 있다.

Miller & Weissert(2000)는 시설서비스는 나홀로 노인이 배우자가 있는 노인보다 입소시설 이용률이 높은 것으로 나타났다. 이는 노인과 함께 거주하는 사람이 있거나 배우자가 함께 생활할 경우 입소시설 이용이 낮은 것으로 나타났다.

일반적으로 노인요양시설에서 제공되는 서비스가 입소노인이 추구하는 가치라고 정의하기는 어렵다. 그렇다면 입소자의 생활만족이 서비스가 좋으면 이용자가 만족할 거라는 전제하에 서비스 질을 측정하고 그 요인을 중심으로 한 내용을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 서비스적정성은 노인요양시설에서 제공되는 서비스의 양과 질, 서비스 제공기간이 입소노인의 욕구충족과 문제해결 및 제공되는 서비스가 목표달성에 부합해야 한다. 즉, 서비스적정성은 이용자의 욕구에 부합하는 서비스를 제공했는지 여부의 측면과 서비스의 양과 질이 이용자가 요구하는 서비스와 직접적으로 연관되어 있다고 볼 수 있다. 노인요양시설이 서비스 제공과정에서 이러한 원칙을 충족시키기 위해서는 이용자들의 욕구를 잘 파악하여야 하며, 이용자들의 욕구를 충족할 인적, 물적 자원이 제공되어야 한다(김익균, 2003).

둘째, 편리성 및 접근성은 장기요양서비스를 필요로 하는 노인은 누구든지 서비스를 이용할 수 있도록 서비스이용에 관련한 정보를 제공하고 충분한 시설확보를 하여야 한다. 노인요양시설 이용자는 신체적·정신적 장애로 서비스기관과의 접근성에 한계가 있으며, 서비스 과정에 대한 무지와 정보의 한계로 서비스 접근에 장애를 경험하게 된다. 이때 시설서비스를 이용하고자 하는 노인이 서비스 이용 쉽게 할 수 있도록 도와주어야 한다. 이는 노인장기요양기관에서 시설서비스 이용자들에게 어떻게 대하느냐에 따라서 생활만족도에 미치는 영향이 크게 좌우될 것이다.

셋째, 전문성은 입소시설에서 제공하는 서비스를 효율적으로 감당할 수 있는 케어의 기술이나 지식을 갖추고 직무를 성공적으로 수행할 수 있어야 한다(박병일, 2002). 따라서 전문성은 체계적이고 전문화된 교육과 훈

련과정을 통하여 높은 실무수준과 케어수준을 증진시키기 위한 전문가적인 조직체를 말한다.

넷째, 연결성은 입소시설에서 서비스이용자가 요구하는 문제점을 해결하는 동안 계속적으로 서비스 제공과정이 연결되어지는 것을 말한다. 사회복지현장에서 단기간에 해결되는 문제도 있지만, 일정시간을 갖고 해결해야하는 문제점도 많이 있기 때문에 서비스전달 과정에서 단절됨이 없이 연결되어야 한다. 서비스가 지속적으로 연결되어 질려면 제공되는 프로그램간의 협력이 유기적으로 잘 이루어져야 하며(김형식 외, 2007), 이는 노인장기요양서비스 성과를 파악하는 중요한 요소이다.

다섯째, 효과성은 장기요양서비스 제공과정에서 목표의 달성도를 말하며, 서비스 제공결과 후 업무성과를 말한다. 이는 노인장기요양서비스가 적시에 전달되는지를 확인할 수 있으며, 이용자의 욕구에 부합하는 서비스를 제공하는지 등을 확인할 수 있다.

3. 생활만족도의 주요이론

노인의 생활만족도를 연구하기 위해서는 노화에 따른 노인문제를 우선적으로 파악하여야 한다. 생활만족도와 관련된 이론은 다양하지만 여기에서는 Andersen의 서비스 행동모델, Becker의 선택이론, R. Havighurst와 R. Albrecht의 활동이론 등을 살펴본다. 이 이론들은 노인들의 생활만족도에 대하여 직접적인 설명은 없지만 사회구조 변화에 대한 노인들의 사회적 지위와 생활에 대한 분석틀을 제공해 줌으로서 이 이론을 통해 노인들의 생활만족도에 미치는 영향요인을 추론할 수 있다.

노인들의 생활만족도를 E. Cumming과 W. Henry가 처음으로 주장하는 은퇴이론(disengagement theory) 또는 분리이론이라고 하며 사람이 성장함에 따라 분리과정을 겪음으로서 사회가 순환 유지되며 노인들의 만족이 보장된다고 보았다(최성재, 1986).

지금까지의 연구내용을 보면 노인 스스로 생활하지 못하고 도움이 필요

하게 되었을 때 가족과의 분리를 고려하게 된다. 가족과의 분리는 젊은이들에게 새로운 일자리를 제공하고, 노인은 시설에서 생활하다가 사회로부터 분리할 시간적인 여유를 갖는다고 볼 수 있다.

(1) 앤더슨의 행동모델

Andersen, Ronald(1968)의 행동모델(behavioral model)은 개인이 의료 서비스를 받는 과정에서 영향을 미치는 요인들은 무엇인지와 의료서비스 접근성에 대한 형평성 추정을 어떻게 설명하는가, 의료서비스 접근의 형평성 향상을 위한 노인요양시설 생활만족을 위하여 개발한 Andersen의 모형은 개인이 서비스 이용을 결정할 때 영향을 주는 형태요인을 소인적 특성, 가능성자원, 요구요인으로 구분하였다.

소인적 특성은 사회적 구조와 건강에 대한 자신감, 인구학적 요인 등으로 구분한다. 사회적 구조는 사회적인 지위나 능력으로서 인종, 교육, 직업 등이 포함된다. 기존연구에서는 성별은 여자가 남자보다 이용을 많이 하는 것으로 나타났으며, 소득이 높을수록 의료서비스를 많이 이용한다는 견해와 소득이 낮을수록 영양이나 생활환경이 열악하여 질병에 걸릴 수 있는 확률이 높아 의료서비스 이용이 많아진다는 것이다.

일반적으로 인구학적 요인은 나이, 성별, 결혼여부, 질병경험 등 의료서비스가 필요할 가능성을 나타내는 개개인의 생물학적 특성을 의미하고 있으며, 나이가 다르거나 성별이 틀리면 발병하는 질환이 다르고 발병하는 양상도 달라진다. 결과적으로 형태가 다르게 의료서비스를 필요하게 되며, 과거에 질병 경험이 있었던 사람은 향후 진료서비스를 이용할 가능성이 크다.

욕구요인은 자신의 건강이나 질병 또는 장애의 정도에 따라 심각성을 판단한 후 전문가의 도움을 청할 것인지 결정하게 하는 요인으로써 평가된 욕구와 인지된 욕구로 구분된다.

평가된 욕구는 의료서비스 욕구에 대하여 전문가 판단을 근거로 제공하

는 서비스로 신뢰할만하며, 인지된 욕구는 인적 특성과 가능자원이 규정된 상황에서 진료서비스의 도움을 받고자 하는 욕구이며 이는 사회적인 구조나 건강에 대한 자신감 등 소인적 특성과 관련되어진다(안영철, 2008).

Andersen 등에 따르면 사람들은 이런 형태의 요인에 의해 의료이용을 결정하며, 연간 입원횟수, 방문횟수 등 진료서비스를 이용하는데 있어 욕구요인과 인구학적 특성의 설명력이 크지만 사회적인 구조나 건강에 대한 자신감과 가능성 요인의 설명력이 크며, 진료서비스 결정요인들이 미치는 영향력은 진료서비스에 대한 영향력과의 사이에 있게 된다. 그리고 건강에 대한 믿음은 건강에 대한 가치와 태도, 지식을 의미한다(Andersen & Newman, 1973).

자원요인은 개인의 자원과 지역사회자원을 포함하는 개념으로서 진료서비스 이용은 개인의 자원과 지역사회 자원이 모두 갖춰져야 가능하다. 요구요인이 진료서비스 이용의 직접적인 원인이 되며 요구요인은 인지된 요구와 평가된 요구로 구성된다.

Andersen(1968)의 행동모델은 지난 40여 년동안 장기요양보호서비스이용 의사결정요인의 이론적 분석 구조로 폭넓게 활용되어진 모형이며(문창진, 1997) 장기요양서비스 이용분석에도 유용하게 활용되어져 왔으며, 평가된 요구는 개인의 의료서비스 필요성은 진단으로 측정된 요구를 기준한다(Andersen & Newman, 1973).

Andersen 행동모델은 노인용품 및 입소시설에 관련하여 수요공급을 추계하기 위하여 적용하였으며, 이동현(2006)은 Andersen행동모델을 장기요양보호서비스에 대한 서비스이용 의사와 공식적인 서비스이용과 비공식적인 서비스이용이며, 독립변수로는 가능성요인, 필요요인, 소인요인, 태도요인, 가치관요인 등으로 구성하여 분석하였다.

(2) Becker의 선택이론

Gary S, Becker(1965)의 선택이론(Selective theory)에서는 서비스이용자가 서비스를 이용하는데 소요되는 시간비용이 크면 클수록 서비스이용자는 시간비용은 크고 서비스 질은 낮은 것 대신에, 시간비용은 적고 서비스 질이 좋은 것을 선택할 것이라고 하였다.

개인들이 서비스를 선택할 때 대부분 본인의 소득이나 서비스 질과 시간비용에 의해 결정하게 되며, 시간비용은 서비스를 이용하는 소요시간과 단위시간당 소득의 크기로 결정한다. 즉 서비스이용 시간이 증가하면 서비스의 가격이 증가하는 것과 같다.

(3)활동이론

Havighurst, R. J. & Albrecht, R가 주창한 활동이론(activity theory)은 동료들에 의해 상징적 상호작용이론의 관점에서 공식화되었다. 자아에 대한 긍정적 개념을 유지하기 위해 노인들에게는 노후에 상실한 역할들로 대치하여야 한다. 노인들의 생활만족감은 새롭게 접하게 되는 역할을 적극적으로 수행하는데서 기인하기 때문에 노년기를 성공적으로 맞이하기 위해서는 스스로가 자기가 할 수 있는 새로운 역할을 찾아내어 이를 활발하게 수행할 수 있어야 한다.

노인들이 건강을 유지하고 일상생활 중에서 소외감을 최소화하기 위해서는 평소 생활해왔던 것처럼 적극적이고 활동적이어야 하며, 스스로 노화에 대한 인식에서 벗어나야 한다(Hooyman · Kiyak, 1996).

생물학적인 측면에서 건강에 대한 신체적 변화를 제외하고 노인은 중년기와 변함없는 심리적·사회적 욕구를 지니고 있기 때문에 일상생활에서 사회활동 참여정도가 높을수록 노인들 스스로 심리적인 만족감이나 생활만족도가 높게 나타난다는 것이다. 그러나 활동이론에서도 스스로 활동할 수 있는 근원과 노인 개개인의 퍼스낼리티를 간과했다는 측면에서 비판받고 있다.

제 3절 입소노인 생활만족도의 영향요인

노인요양시설에서 입소자들에게 의식주만을 제공해주는 행위는 사람이 살아가는데 필요한 최소한의 욕구를 해결해주는 것으로서, 이는 시설에 입소한 노인들에게 인간적 보호라는 시설의 취지에 벗어날 뿐 아니라 생활만족도를 향상시켜준다고 보기는 어려울 것이다. 이러한 시각에서 본다면 노인요양시설 운영자나 종사자들이 생각하듯이 좋은 시설에서 좋은 음식을 제공해주고, 간호만 잘 해주면 서비스대상자의 욕구를 충족시키고 생활만족도를 향상시키는 데는 한계가 있을 것으로 보인다. 그리고 노인요양시설에 종사자나 운영자가 생각하는 생활만족도와 서비스대상자가 느끼는 생활만족도에는 차이가 있을 수도 있다.

매슬로우(Maslow, A, H)의 욕구계층이론(Hierarchy of Needs)에서는 인간의 욕구를 하위단계인 생리적 욕구(physiological)와 안전의 욕구(Safety), 소속과 애정의 욕구(Love/belonging), 상위단계인 자아존중의 욕구(Esteem)와 자아실현의 욕구(Self-actualization) 등 5단계로 설명하였다. 이 이론에 비추어 하위단계의 욕구가 충족되면 다음단계인 상위단계의 욕구가 나타난다고 하였다.

즉, 인간의 욕구는 하위욕구에서 상위욕구로 점차적으로 발달한다는 것이다. 따라서 인간의 욕구는 하위욕구에서 상위욕구로 단계별로 욕구가 다양하게 있기 때문에 자기가 원하는 욕구의 충족여부에 따라서 생활만족도는 크게 달라진다. 이런 시각에서 보았을 때 노인요양시설에서 서비스이용자에게 의식주만을 제공한다는 것은 인간의 욕구 중 최하위 수준인 생리적 욕구를 충족시켜주는 것이며 다음 단계인 상위욕구를 충족시키지 못함으로써 생활만족도가 낮다고 할 수 있다.

그러나 노인요양시설에서 의식주의 기본적인 제공은 서비스이용자에게 가장 기본적인 생활을 충족시켜주는 것이며, 서비스이용자의 삶의 질을 향상시키고 생활만족도를 높이려면 가족이나 친구 등 같은 입소자들과의

관계, 종사자와의 관계가 매우 중요하다. 또한 일상생활에서 자기결정권, 일정한 역할 등 시설에서 흥미를 느낄 수 있도록 개개인에 맞는 프로그램 지원 등이 필요하다.

Neugarten(1961)은 생활만족도란 일상생활에서의 즐거움을 느끼고, 자기에 대한 의미와 책임감, 목적에 대한 성취감, 긍정적인 자아상을 갖으며, 스스로를 가치 있다고 생각하고, 낙천적인 태도로 현재 생활에 대한 전체적인 만족이라 정의하였다.

세계보건기구(WHO)는 일상생활에서 삶의 질을 개개인이 거주하고 있는 문화나 가치체계에서 목표나 기준, 그리고 희망이나 관심사항들이 관련되어 그들 자신의 위치에서 스스로 판단하고 느끼는 인지라고 정의하였다. 이는 일상생활속의 경험을 통해 주관적으로 느끼는 신체적 건강과 자립, 사회적 관계와 환경의 관계, 심리적 상태 등 복합적으로 영향을 미치는 만족과 행복감으로 정의하였다(WHOQOL Group, 1995).

미국질병관리본부(Center for Disease Control & Prevention)는 일상생활에서 건강과 관련된 생활만족 요인은 개인적인 차원에서 신체적·정신적 건강에 대한 지각과 관련요인들이 포함됨으로, 관련요인으로는 건강상태, 위험요인, 기능상태, 사회적지지, 사회·경제적 상태를 포함 한다고 제시하였다(Kindig, Booske, & Remington, 2010).

학문적으로 규명한 생활만족 영향요인을 살펴보면 Felce & Perry는 장애가 있는 사람들의 삶의 질을 신체적·경제적·정서적·사회적 안녕과 장애인의 발달 및 역할의 5가지 항목을 객관적이고 주관적인 측면 모두를 포괄하여 개념화하였고, 지적장애·신체적장애·정신적장애 및 건강분야에서 논의된 다수의 논문을 분석하여 연구자들이 중복으로 제시하는 삶의 질 영역은 신체적·물질적·사회적·정서적·생산적 안녕으로 구성되었다고 주장하고 있다.

이들에 의하면 신체적 안녕은 건강과 관련되어 있고, 물질적 안녕은 수입과 관련되어 있으며, 사회적 안녕은 사회생활에서 대인관계와 사회적참여, 정서적 안녕은 정서, 정서상태, 부담정도, 사회적 위치, 생산적 안녕은

주요 하위영역으로 발전적 성장을 제시하였다(오혜경 외, 2003).

궁극적으로 생활만족도는 자기 스스로 느끼는 행복감이나 목표의 달성 정도와 관련되어 있으며, 시설입소노인의 생활만족여부는 개개인의 성공적인 삶을 파악하는 중요한 요인이 된다. 즉, 노인은 자기 스스로를 어느 정도 의미 있게 받아들이느냐가 중요하며, 노화과정에서 신체적인 변화, 생리적인 변화, 사회·환경적인 변화, 정신·심리적인 변화를 어떻게 받아들이고 적응하는지가 노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 요소로 볼 수 있다.

노인요양시설은 노인들의 욕구 중 일상생활이 어려운 노인을 대상으로 장기간 요양하는 곳으로서, 요양이 필요한 노인은 일반적으로 가족이 더 이상 해결하기 어려운 치료나 간호보호, 재활훈련, 일상생활지원까지 종합적인 서비스와 이용자들의 신체적 기능 악화를 방지하기 위하여 전문인력을 투입하여 서비스를 제공하는 시설이다. 그러나 문제는 노인요양시설에서 제공하는 서비스가 양질의 서비스가 제공되고 있는지에 대한 판단은 이용자들의 생활만족도로 판단할 수 있다.

만족도란 특정 구매와 관련하여 제품을 선택하거나 사용하고 난후 평가하거나 판단하는 것으로 장기요양에서는 서비스를 이용하고 욕구는 얼마나 충족되었는지를 측정하는 것이다. 즉 시설입소노인들의 생활만족도는 노인요양시설에서 다양한 이용자의 욕구를 충족시키기 위하여 중요하게 여겨지고 있다(장은정, 2002).

실증연구들에 의하면 대부분의 노인들은 지속적인 활동을 통한 심리적·정신적인 만족으로 생활만족도가 높아지고 삶의 보람을 느끼게 되지만, 신체활동이 어렵거나 부자연스러운 일부 계층의 노인들은 노후생활이 지극히 제한적인 활동으로 소극적인 삶을 살아가면서 그 자체를 만족해하고 행복해 한다.

본 연구에서는 노인요양시설 입소노인들의 생활만족도를 살펴보기 위하여 노인요양시설에서 제공되는 기본적인 서비스와 각종 프로그램 등이 주

된 요인으로서, 노인요양시설에서 입소노인들에게 기본적으로 제공되는 서비스 외에 추가적인 요인들을 세밀하게 살펴보아야 할 필요성이 있다.

1. 시설요인

노인이 가정에서 생활하다 노인요양시설로 거주지를 옮기는 것은 노인에게 매우 중요한 환경적 영향을 미치게 되어, 지역사회에서 정착해 생활해오던 관습적 생활 형태와 단절되어, 노인들에게는 물리적인 위치변화뿐만 아니라 일상생활의 균형이 깨지고, 사회적 지지와 사회적 연결망에도 변화를 경험하게 된다(Lee et al., 2002; Brandburg, 2007).

노인요양시설에 입소한 노인의 생활만족도는 노인요양시설에서 제공되어지고 있는 모든 서비스와 시설에 입소 후 얼마나 생활을 잘 하는지에 대한 만족도를 주관적으로 평가하는 것으로 생활만족도는 시설에서 제공되는 서비스 질을 입소노인의 시각으로 측정하는 중요한 요인이다.

안영철(2009)의 연구에서는 지금까지 연구들은 노인들의 생활 근거지가 노인요양시설이라는 한정적인 환경에서 입소노인들이 생활하면서 느끼고 있는 주관적인 생활만족도에 대하여 수행되어 왔으나, 노인요양시설의 이용이 보편화됨에 따라 서비스 전달체계가 공급자 중심에서 이용자 중심 서비스로 변화함에 따라, 노인요양시설에 입소한 노인들의 인권이나 시설에서 제공되는 서비스 질 등에 관한 사회적인 관심과 이용자 욕구에 따른 것으로 본다.

사회복지시설에서도 환경이 중요하게 부각되기 시작한 개념으로는 사회복지 조직도 개방체제로 정의하는 입장이 두드러지면서 시설조직과 시설환경 간 상호작용이 중시되기에 이르렀다. 환경은 개인이나 조직을 역동적인 체계로 만들어 줄뿐 아니라 사회체계에서 변화를 가져올 정도의 중요한 위치에 자리하고 있다. 사람은 환경에 의하여 지배되며 자신의 성격은 그가 거주하면서 생활하고 있는 주위환경의 영향을 받게 되어 있다.

이러한 환경체계는 교육에서 자극요소로 볼 수 있으며 문화적 요인으로도 볼 수 있다(임갑빈, 2000).

전통적 조직구조인 관료적인 조직은 기능분화에 근거한 수직적 구조로 집중화, 표준화, 공식화, 분업 등을 통하여 경제적 효율성을 추구하였으나, 사회복지조직에서는 기계적이고 명령적이기보다는 유기적이어야 하며, 수직적인 조직보다는 수평적인 조직이어야 하며, 효율성추구보다는 형평성을 추구하여야 한다(강영걸, 2003).

사회복지조직에서는 서비스이용자에게 사회복지서비스를 직접적으로 제공하거나 사회복지서비스를 기획하고 계획함으로써 사회문제를 해결하거나 완화시키는 기능을 수행하는 조직으로서, 일반적인 조직들과 유사한 특성을 갖고 있지만, 동시에 사회복지조직의 고유한 특성을 가지고 있다. 첫째, 사회복지조직에서 주요 활동대상은 문제나 욕구를 지니고 있는 사람이라는 것이다. 둘째, 사회복지조직에서 공공의 이익을 위하여 사회적으로 물질 및 비물질로 후원을 받고 서비스이용자에 대한 대부분의 활동이 도덕적으로 정당화되어야 함으로 사회복지활동에서 많은 제약사항이 따른다. 셋째, 사회복지조직에서 조직의 목표가 애매모호하다는 문제점도 지니고 있다. 이는 사회복지조직에서 대상이 사람이므로 조직의 목표에 대한 구체적인 합의를 얻어내기가 어렵기 때문이다(허성한, 2009). 넷째, 사회복지조직을 둘러싸고 있는 도덕적 모호성으로 인한 가치와 이해관계에서 갈등이 생겨날 수 있고 조직과 환경간의 관계에서 어려움이 야기되기도 한다. 다섯째, 사회복지조직은 사회적인 지식과 과학적인 지식의 확실하지 못한 것과 원조관계에 대한 불확실성으로 서비스 결과에 대한 성공률이 높지 못하다는 특성이 있다. 사회복지조직에서 중추적인 활동은 조직에서 직원들과 서비스 이용자인 클라이언트와의 관계성이다. 그러므로 조직에서 현장에서 활동하는 종사자들이 매우 중요하다고 하겠다(김영성, 2007).

노인요양시설 이용자의 자율성이나 자기결정권에 대해서는 환경적인 요인에 관한 연구들에서 서비스이용자의 개별적인 환경과 노인요양시설의 조직이나 환경을 들고 있다. 노인요양시설에서 개인 간 개별적으로 환경

에 대한 통제, 노인요양시설 서비스이용자들이 시설내부에서 어느 정도의 세력을 보유하고 있는지에 대한 인지정도를 말하며, 시설조직 환경은 시설에 입소한 서비스이용자들이 자신들의 권리를 행사할 수 있도록 하는 절차, 입소자회의의 존치여부와 기능, 명료하게 정의된 불만표명과정의 정립, 케어플랜에 대한 서비스이용자들의 참여, 교대시간과 식단 메뉴 공급, 서비스이용자들의 각종위원회 참여, 기관소식지의 발행에 대한 서비스이용자들의 참여, 그리고 서비스이용자들이 자신의 자산을 통제하고 본인 소유의 가구나 생필품을 자기 방에 옮겨놓을 수 있으며, 입소시설을 떠나거나 돌아올 것을 결정할 수 있는 권리나 정책들이 포함된다(박정문, 2001).

따라서 본 연구에서는 시설의 환경적 요인들이 시설입소노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 요인들에 주목하고 시설에서 제공하는 서비스가 이용자의 욕구가 반영되고 있는지 등을 조사하였다.

2. 일상생활능력

노인에게 일상생활능력이란 개인 스스로 살아가는데 필요한 능력을 말한다. 즉 주변 생활환경에 적응하며 살아가는 능력으로, 노인들의 일상생활 수행은 가정에서 독립적으로 삶을 가능하게 함으로써 남은여생을 즐겁게 보낼 수 있도록 하는 것이 목적이기에 그 정도를 평가하고 노인이 자율적으로 생활할 수 있도록 지원하는 것은 성공적인 노화과정에서 매우 중요한 일이다(김정선, 1998).

일상생활수행능력은 일상생활에 필요한 기본적인 활동으로서 1963년 Katz가 처음으로 개발되어 노인들의 신체기능 평가로 많이 사용되고 있으며, 일반적으로 일상생활수행능력(Activities of Daily Living)과 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living)을 말한다.

Baltes(1990)의 척도를 민경진(2006)이 우리나라의 생활습관과 문화에

적합하도록 항목을 수정하거나 보완하여 사용한 일상생활활동을 기본적인 일상생활수행능력에 식사하기, 화장실이용하기, 목욕하기, 옷 갈아입기, 이동하기 등이 포함되지만, 수단적 일상생활수행능력에는 기본적 일상생활수행능력보다 상위수준의 활동으로 몸단장하기, 물건구입하기(시장보기), 대중교통 이용하기, 집안일하기, 약 챙겨먹기, 돈관리하기(은행이용하기), 전화걸기 등을 수단적 일상생활활동 척도로 사용하였다.

박지환(2012)은 기본적 일상생활수행능력을 가정이나 요양원, 양로원 등 한정된 장소에서 자신을 스스로 돌보는 행위로, 식사하기, 목욕하기, 샤워하기, 옷입고 벗기, 대소변 관리, 음식물 섭취하기, 기능적 이동, 개인용품 관리, 성 활동, 개인위생과 몸단장, 화장실위생 등 일상생활에서 사람이 살아가는데 필요한 최소한의 활동으로 식사하기, 대소변 가리기, 화장실 사용, 계단 오르기, 의자와 침대 간 이동, 걷기, 목욕하기, 옷차림 등 일상생활에서 사람이 살아가는데 필요한 최소한의 일상생활활동을 평가하는 것이며, 수단적 일상수행능력(IADL)은 노인이 사회생활을 하는데 요구되는 기술이나 활동할 수 있는 청소 및 세탁하기, 대중교통 이용하기, 음식 준비하기, 돈 관리하기, 전화사용하기 등의 수단적인 일상생활수행능력 정도를 평가하는 것이다.

노인에게 있어 일상생활수행능력은 자기의 신체적인 기능정도와 건강정도가 생활만족도와 관련되어 있으며, 곧 성공적노화의 지표이므로 중요한 문제이며(문성숙, 2008), 치매노인은 일상생활수행능력과 인지능력이 점차적으로 소실되어 평상시 즐겨하였던 일들을 하나하나 수행할 수 없게 되며, 대·소변 가리거나 음식을 삼키는 일까지도 감당하기 어려워지는 등 일상생활수행능력이 점차적으로 어려워지게 되어 가족이나 주변의 도움을 요구하게 된다(김영란, 2014).

대부분의 치매노인의 경우에는 일상수행능력과 인지기능이 점진적으로 저하되어 평상시 수행하였던 일들이 점차적으로 상실되어 수행능력이 떨어지게 된다. 음식물을 섭취 기능, 화장실 이용 기능까지도 점진적으로 상실되어가는 등 일상생활수행능력은 날이 갈수록 떨어져 결국주위의 도움

이 있어야만 생활할 수 있다.

변용찬(1999)의 연구에서는 조사에 응한 노인의 43.5%가 하나 이상의 수단적 일상생활수행능력에 장애를 가지고 있는 것으로 나타났으며, 40%의 노인(5명의 노인 중 2명)들은 주변의 도움이 필요한 상태임을 제시하였다.

노인들은 건강상태가 양호하고 일상생활활동능력이 좋으면 좋을수록 생활만족도가 높은 것으로 나타났으며, 장나라(2004)는 일상생활활동능력이나 수단적 일상생활활동능력이 노인들의 삶의 질과 상관관계가 있는 것으로 나타나 일상생활활동능력이 생활만족도에 중요한 영향을 미치는 요인임을 확인해 주고 있다.

김춘길(2001)은 일상생활활동 정도가 좋을수록 생활만족 정도가 높아짐으로서 성공적인 노화를 이끌고 노인의 기능능력을 유지하거나 증진시킬 수 있음을 보고하였다.

따라서 본 연구에서는 일상생활능력이 시설입소노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 요인들에 주목하고 건강관리, 영양관리, 안전관리, 프로그램 지원, 사회적지지 등이 생활만족도에 영향을 미치는 인과관계를 확인하였다.

3. 자기 효능감

자기 효능감(Self-efficacy)은 사회인지이론(social cognitive theory)을 기초로 발전된 이론으로 Bandura(1977)에 의해 최초로 사용하기 시작하였다. 자기효능감은 자기 스스로 어떤 마음가짐을 갖고 있는가에 따라서 행동이나 활동은 상당히 달라진다. 즉, 특정한 목표를 성취하기 위한 행위를 수행하는 과정에서 본인능력에 대한 신념으로 사회학습이론 측면에서 인간행동변화의 주 결정 요인으로 소개되었다(박충배, 2011).

자기 효능감은 긴장되는 특수한 상황 하에서 개인이 행동을 어느 정도

잘 조직할 수 있으며 이행 가능한지에 대한 개인의 판단이라고 정의 하였다(Bandura, 1977). Wood, Mento & Locke(1987)는 자기 효능감을 전체 적으로 본인의 수행능력에 대한 자신감과 믿음에서 나오는 것으로 특정과 제를 수행하는데 요구되는 본인의 능력에 대한 평가로 정의하였다.

이러한 면에서 자기 효능감은 목표를 이루기 위하여 행동하는 과정이며 실행능력과 조직능력에 대한 자기 스스로의 신념으로 설명하였으며, 효능 감이란 또 다른 목표를 수행하기 위하여 정서적이며 인지적인 행동을 조 직하고 효과적으로 배합해야 하는 능력으로 설명하였다. 그럼으로 효능감 이 높게 나타나는 사람은 실제로 능력차이가 없더라도 효능감이 낮게 나 타나는 사람보다는 수행과정에서 의미 있고 성공적으로 수행할 수 있다는 것을 의미한다(Bandura(1977, 1997).

또한 자기 효능감을 사람의 행동은 행위와 결과의 관계에 관련한 일반 적인 신념에서 결정된다고 한다. 따라서 사람의 행동변화를 위해서는 행 동을 수행하는데 학습과 교정이 필요하며, 행동변화에 관한 절차는 개인 적 효능에 대한 기대를 변화시킨다고 하였다. 분석과정에서 특정한 행동 이 기대한 성과를 가져올 것이라는 신념과 그 결과를 이룰 수 있는 자기 자신의 능력에 대한 신념으로 구별할 수 있으며, 행동변화에 영향을 미치 는 자기 효능감을 설명하기 위해서는 효능기대(efficacy expectation)와 결 과기대(outcome expectation)에 대한 차이점에 대한 이해가 선행되어야 한다고 하였다(Bandura, 1977).

대부분의 연구에서는 자기 효능감을 심리학이론이나 지각의 획득과 반 응의 실행에 관심이 집중되었으나 획득된 지각과 반응수행을 연계시키기 위한 제안이나 개념으로 결과를 얻어내기 위한 행동을 수행할 수 있다고 하였다.

김성환(2008)의 연구에서는 자기 효능감을 학구적 자기 효능감과 매체 에 의한 자기효능감 등 교육과 깊게 관련되어져 있는 것으로 보았다. 학 구적 자기효능감이란 정해진 학습과제를 요구하는 수준에서 수행하려고

하는 학습자의 능력을 말하며, 학습자의 과제선택, 과제 수행에 투입하는 노력의 양과 질, 어려움에 직면할 때 포기하지 않고 시도하는 모습, 학습의 효과적인 수행여부 등이다. 매체에 대한 자기 효능감은 학습과 관련되는 컴퓨터나 인터넷 등 특정매체에 대한 학습자의 스스로 주관적인 평가와 자신감을 말하며 문제해결의 주요인이다.

Bandura(1997)는 자기 효능감 차원으로 수준, 강도, 일반화, 세 가지의 차원으로 구분하고, 각 차원의 행동 성취에 미치는 효능감의 정도가 차이가 있으며, 그 결과도 차이가 있다고 보았다. 레벨은 하위수준에서 높은 수준까지 난이도에 따라 수행과제가 나누어지고 수행자는 본인의 수준이 어느 정도인지에 따라 자기 효능감의 정도가 달라진다는 것을 의미한다. 과제수행 상황이 순조롭게 이루어지면 자기 효능감이 높아져서 성취기대를 높이고, 과제수행 상황이 어려우면 자기 효능감이 낮아져서 성취기대는 수준이하가 된다. 개인은 자기 효능감에 따라 수행과제를 선택할 때 성취의 기대수준을 달리한다.

강도는 자기 효능감을 어느 수준에서 얼마만큼 수행할 수 있는지에 대한 확신의 정도를 말한다. 이는 부여된 과제를 성공적으로 수행할 수 있는지 그 확신의 정도로 어려운 힘든 상황에서 자기 효능감이 어느 정도 지속되는지와 관련된 변인이다.

이 차원은 자신이 경험하였던 대상이나 일어났던 상황들에서 본인의 행동이 어느 수준까지 일반화시킬 수 있는지를 보는 것으로서, 자기 효능감이 어느 수준의 대상이나 상황까지 적용시킬 수 있는지와 관련된 차원으로 볼 수 있다. 개인이 과거에 경험하였던 대상이나 상황에 대한 일반화의 수준이 좁게 형성되기도 하지만 넓게 형성되기도 한다. 이는 한정된 상황에서 얻어지는 자기 효능감은 일정 부분의 테두리 안에서 또 다른 대상이나 상황까지도 영향을 미치며 이와 같은 경우를 자기 효능감의 일반화로 정의한다. 즉 자기 효능감의 일반화는 개인이 경험할 수 있는 성공 경험이나 실패경험이 현재의 상황 이외의 또 다른 상황까지도 영향을 미친다는 것을 의미한다.

자기 효능감의 일반화는 어떤 상황에서 어떤 행동을 시작하고 상황이 종료되는 시점까지 지속적인 노력이 필요하며 본인의 의지가 중요하다. 어떤 상황에서도 어렵고 힘든 일에 부딪혔을 때도 이를 극복해 낼 수 있다는 의지로 정의 할 수가 있다(김은희, 2004).

노인에게 자기 효능감이 어떤 영향을 미치는가에 대한 연구에서는 낮은 자기 효능감을 가진 노인이 높은 자기 효능감을 가진 노인보다 우울 수준이 높게 나타났으며, 자기 효능감과 삶의 질에 관한 연구에서는 자기 효능감과 삶의 질은 상관관계를 있는 것으로 조사되었다(박경민, 1994). 그 외에도 자기 효능감이 낮은 노인보다 높은 노인들의 삶의 질이 높게 나타나고 있어, 자기 효능감은 삶의 질에 유의한 직접적인 효과를 나타내고 있다고 보고하였다(박은숙 외, 1988).

노인들은 전반적으로 자기능력에 대한 자신감이 상당히 떨어져 있다. 이는 일반적으로 자기 효능감이 떨어져 있다고 할 수 있다. 일반적인 자기 효능감이란 전반적으로 삶의 다양한 영역에서 다양한 경험을 통해 새롭게 경험하는 상황에서 이용할 수 있는 자기능력에 대한 신념을 말한다. 그럼으로 노인들은 일반적 자기 효능감은 떨어져 있으며, 전반적으로 삶의 대부분의 영역에서 자기능력을 신뢰하지 못한다.

그러나 노인들은 친구나 배우자 상실, 은퇴 등에 따라 사회적 자기 효능감이 떨어져 있다. 사회적 자기효능감이란 사회적 기술과 관련된 행동을 시작하고 마무리 할 때까지 필요한 에너지와 어려운 힘든 일에 부딪혔을 때 이를 극복할 수 있는 스스로의 의지를 말한다. 강한 자기 효능감을 가진 노인은 사회적 지지관계의 발달을 촉진시키며, 낮은 수준의 자기 효능감을 가지고 있는 노인들은 주변의 사회적지지 제공자로부터 받을 수 있는 사회적 지지를 방해하고 우울 및 스트레스에 대한 취약성을 증가시키는 것으로 나타났다(장덕임, 2012).

Bandura(1986)는 자기효능감과 유사한 개념으로 자존감과 자아개념을 들었다. 자존감은 자신이 지각한 성격이나 특징에 대하여 자기 스스로 평

가하여 자기자신의 속성이나 단면을 무의식적으로 배정한 본인 스스로의 가치에 대한 평가라고 설명하였으며, 자아개념은 각 개인이 본인에게 부여하는 평가 및 자기이미지와 관련되어 있는 대부분의 속성이라고 하였다.

또한 이종학(2014)은 자기 효능감을 약화시키거나 강화시키는 요인으로 성취경험이나 대리경험, 그리고 언어적 설득 및 신체적·정서적상태 등에 의하여 영향을 받는다고 하였다.

자기 효능감을 형성하는 영향요인 4가지 요소를 통하여 자기 효능감이 낮은 사람과 높은 사람으로 구분되어지며 이들은 각자 다른 행동을 나타내게 되는데 Bandura(1993)는 자기 효능감이 높게 나타나는 사람은 도전적이며 구체적으로 목표를 설정하며, 자기 효능감이 낮게 나타나는 사람은 자신이 갖고 있는 역량 이상의 문제에 직면하였을 때 그 상황을 두려워하고 피하게 되므로 문제를 자신이 스스로 통제할 수 있는 과제를 선택한다고 하였다.

자기 효능감에 대한 연구논문을 정리하면 대부분의 노인들은 은퇴 후 사회활동이 상당부분 축소되며, 지적능력이나 신체감각 저하로 대인관계 및 사회활동이 위축되며 일상생활에 어려움을 경험하게 된다. 따라서 일상적으로 자기 자신에 대한 자기 효능감은 떨어지는 것으로 나타났다. 그렇다고 하더라도 사람은 누구나 나이가 들어가면 들어갈수록 신체적 기능이 퇴화되어 간다. 그렇더라도 신체 모든 기능이 소실되는 것이 아니고 기본적으로 필요한 기능들은 유지되기 때문에 심리적·사회적인 면까지 손상되지는 않는다.

따라서 본 연구에서는 자기 효능감이 시설입소노인들의 생활만족에 영향을 미치는 요인들에 주목하고 어려움이 있어도 잘 극복해 낼 수 있다는 확신과 무슨 일이든 잘할 수 있다는 자기 효능감이 생활만족도에 영향을 미치는 인과관계를 확인하였다.

4. 서비스 품질

서비스 품질에 대하여는 학계에서 폭넓게 연구되어지고 있으나, 서비스에 대한 불명확하고 모호한 개념을 폭넓게 담고 있어 실체화되지 못하고 있다. 서비스는 무형성, 비분리성, 소멸성, 변이성 등으로 실체가 불명확한 형태로 이용자에게 다양하게 전달되게 된다. 이때 평가대상인 서비스품질 개념은 이용자의 가치가 주관적으로 반영된 추상적인 형태로 나타난다고 하였다(주유정, 2015).

서비스 품질에 대한 정의는 학문 영역에 따라 다양하여 서로가 다른 관점으로 해석하고 표현되고 있다. 서비스의 특성 중 하나인 무형성으로 인해 실제로 제품을 통한 만족감이나 제품의 홍보보다는 이용자의 구전을 통하여 서비스에 관련된 홍보가 이루어진다. 무형성을 감소시키려면 유형적 단서가 있어야만 하는데, 이러한 무형성은 소비를 담당하는 이용자의 위협에 직·간접적인 영향을 미친다고 하였다(정규업, 2010).

안화영(2011)은 서비스품질에 따른 고객지향성이 자기 효능감과 서비스 성과품질에 미치는 영향에 관한 연구에서는 서비스 품질을 신뢰성, 공감성, 유형성, 응답성, 확신성의 요인으로 구분하였다.

서비스에서 품질은 인지된 서비스품질로써 제공되어진 서비스 평가과정의 산출물이며, 이 결과물은 기대했던 서비스와 인지된 서비스의 차이에서 나타나는 경우로 바라보는 시각이 있다. 예로, 인지된 서비스의 실제수준이 기대수준을 상회하였을 때 서비스품질이 특별하게 좋은 것으로 인식되어 이용자의 만족도가 높아지는 것으로 나타난다. 반면에 실제수준이 이용자가 기대했던 수준에 도달하지 못하였을 경우 서비스품질은 낮은 수준으로 나타나게 되며, 기대수준과 비슷할 때에도 서비스품질은 만족스럽게 인식하였다. 이처럼 서비스품질은 기업에서 제공하는 서비스에 대한 이용자의 기대치와 제공되어진 서비스의 성과물에 대한 비교를 통하여 이용자가 느끼는 기대감과 지각사이에 있는 불일치의 정도라고 볼 수 있다(한복우, 2014).

Lehtinen(1982)의 연구에서는 물리적 품질, 기업품질, 상호작용의 품질 등 3가지 품질로 구분하였다. 물리적 품질은 서비스의 물리적인 측면을 의미하고 있으며, 기업품질은 기업이미지와 연혁 등을 의미하고 있으며, 상호작용적 품질은 이용자와 접촉하는 종사자간의 상호작용에서 나타나는 품질을 의미한다.

장지훈(2011)은 서비스 품질을 객관적 품질과 인식된 품질, 과정품질과 결과품질, 기대와 성과의 비교 등 3가지로 설명하였으며, 서비스이용자들은 여러 환경적인 영향요인에 의하여 서비스를 구매하기 이전부터 서비스에 대한 기대감을 갖는 것으로 나타난다. 이러한 기대감들이 추후 서비스 이용자들이 실제로 제공받는 서비스성과와 비교하여 제공되어진 서비스 품질을 평가하는데 중요한 요소가 된다.

서비스 품질의 측정은 서비스를 제공하고 추후에 나타나는 결과물로서, 성과를 기초로 하여 측정하려고 Cronin & Taylor(1994)에 의해 최초로 시도하고 정립하였다. Cronin & Taylor는 서비스품질이 성과라는 전제하에 공식의 성과척도(Performance only Scale)를 개발하여 사용하였고, 서비스품질측정 방법을 SERVPERF으로 명명하였다.

(1) 의료서비스

의료서비스 품질을 정의하면 광의의 개념으로 건강을 증진시키는 일련의 활동으로 정의할 수 있으며, 진료에 국한된 치료의 수준을 높이려는 협의의 개념까지 다양하게 주장하고 있다. 이는 의료서비스 품질의 구성요소와 개념이 다양하여 학자들의 입장에 따라 서비스품질에 대한 정의가 상이하게 이해되기 때문이다(윤성준 외, 2002).

노인요양시설에서 서비스제공자는 전문성을 겸비하고 차별화된 서비스를 지속적으로 제공함으로써 시설의 명성을 높이고 꾸준하게 고객을 확보할 수 있다. 전주섭(2010)에 의하면 의료서비스 품질은 시설이용자의 만족과 서비스가치에 긍정적인 영향을 미치며, 서비스 가치는 서비스 이용자

의 만족이 서비스 재이용에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다.

오재영 외(2007) 연구에서는 부대시설이나 시설규모의 서비스에 대한 신뢰정도가 시설의 이미지나 이용자의 만족도에 영향을 주는 것으로 나타났다.

Donabedian(1980, 1997)은 대다수 사람들에게 편리하게 이용할 수 있도록 의료서비스를 제공하고 관리하는 것으로이라고 사회적인 입장에서 의료서비스 품질을 정의하였으며, 의료서비스 품질을 의료제공자 입장에서는 의료기술 제공능력으로, 의료서비스 이용자나 보호자입장에서는 이용자의 기대나 욕구에 따라 판단되는 것으로 의료서비스를 제공받은 이용자의 느낌이라고 정의하였다.

전주섭(2010)은 의료서비스를 의료의 본질적인 행위인 진단 및 치료 처방투약 뿐 아니라 의료행위로 인해 부가적으로 생성되는 의료외적 행위들을 개념화 하는 것이며 사람을 수혜대상으로 하는 유형적행위로서 지적 전문업을 의미한다고 설명하였다. 의료서비스 품질에 대해서는 병원에 입원하여 있는 동안 의사를 비롯한 직원들의 태도 불편사항 편의시설 제공 등에 대한 고객의 기대와 성과의 차이를 말한다고 주장하였다. 즉 기대한 서비스와 인지된 서비스 수행의 비교결과이며 서비스제공자로부터 실제로 제공받은 서비스에 대해 고객들이 주관적으로 느끼는 정도라고 하였다.

Milutinovic(2009) 등은 의료서비스 품질을 평가할 때 의료서비스 이용자가 중요한 역할을 담당하며, 이용자의 의견이나 최종 평가인 이용만족도는 의료서비스 품질을 결정하는 중요한 요인이며 결과물이라고 정의하였다.

시설입소노인 대부분이 고령자로 만성질환을 앓고 있다. 의료서비스는 시설입소 노인에게는 등 전문가에 의해 의료서비스가 매우 중요하다. 의사, 간호사, 물리치료사 등에 의하여 규칙적이고 전문적인 건강관리가 중요하다. 건강관리 및 유지를 위해 산책이나 운동프로그램 등 전염병 예방을 위한 위생관리서비스를 제공하여야 한다.

이 같은 이론과 개념정의를 근거로 본 연구에서는 노인요양시설 입소노인이 시설에서 제공하는 의료서비스 품질을 기대와 성과간 차이를 보았다.

(2) 프로그램서비스

노인요양시설에서 제공되는 프로그램서비스는 입소노인 개개인의 특성과 건강상태에 따른 개별적인 서비스 욕구를 파악하여 다양하고 수준 높은 프로그램을 개발하고 제공함으로써 입소노인들의 심리적·정신적 스트레스와 소외감, 고독감을 해소하고 생활할 수 있어야 한다. 그러나 노인요양시설에서 제공되고 있는 프로그램서비스의 수준은 시설입소노인의 개별적인 욕구나 문제를 바탕으로 한 사례관리나 개별적인 프로그램서비스의 제공에 있어서는 상당부분 한계를 보이고 있다(권중돈, 2004).

입소시설에서 제공하는 대부분의 프로그램서비스는 단순히 의식주 등의 보호서비스에 한정하여 제공하고 있을 뿐만 아니라 입소노인의 개별적인 욕구를 충족시켜주기 위한 다양한 프로그램의 개발과 서비스제공이 부진한 실정이다(박연희, 2005). 노인요양시설에서 주로 제공되는 서비스는 일상생활지원서비스와 의료서비스가 대부분으로, 입소노인이나 가족의 개별적인 욕구를 파악하지 않은 상태에서 시설의 프로그램대로 일방적으로 제공되고 있어 시설입소노인들의 다양하고 수준 높은 개개인의 욕구와 기호에 맞는 프로그램이 제공되지 못하고 있다.

노인요양시설에서 제공되는 프로그램은 입소노인들만 참여하는 프로그램으로 진행되는 것보다 가족이나 지역사회 주민들과 함께하는 프로그램을 운영하는 것이 효과적이다. 노인요양시설에 입소하여 생활하는 노인 대부분이 소외감이나 고독감을 느낄 수 있기 때문이다. 손·자녀들이나 친지들과 단락된 생활을 하기 때문에 시설에서 제공되는 프로그램에 녹아들지 못할 경우 노인요양시설에 입소를 부정적으로 받아들일 수도 있으므로 노인요양시설에서 프로그램을 진행할 때 가족들과 함께 할 수 있는 프

로그래를 다양하게 제공함으로써 시설적응도 및 생활만족도가 높아질 것이다.

시설입소노인들이 심리적·정서적으로 안정감을 갖고 편안한 생활을 영위하기 위해서는 가족들과 함께하는 프로그램이 매우 중요하다고 할 수 있다. 외국에서는 손·자녀가 입소노인을 방문하여 함께 공연을 본다거나 연주회를 즐기는 등의 다양한 프로그램을 진행하고 있다. 우리나라에서도 많은 자원봉사자들이 다양한 공연 등의 다채로운 프로그램을 진행하고 있지만 아직까지 프로그램의 종류가 다양하지 못하고 횟수가 너무 적다. 장기간 입소한 노인들은 가족이나 친지들의 발길이 뜸해짐에 따라 노인들은 외로움이나 소외감을 더 느끼게 된다. 그러므로 가족이나 친지들과 함께 즐길 수 있는 다양한 프로그램 개발이 요구된다.

(3) 영양서비스

노인요양시설 입소노인에게 식생활은 삶의 질에 크게 관련되어 있으며, 노인들이 갖고 있는 대부분의 만성퇴행성질환은 평소 식생활습관과 밀접하게 관련되어 있다. 인간이 음식을 섭취하는 것과 병을 치료하는 것은 건강을 지키고 생명을 유지하기 위한 것으로서, 올바른 식습관이 건강유지에 그만큼 중요하다는 것이다.

특히 노인에게는 균형 있는 영양섭취가 중요하다. 즉 과하지도 부족하지도 않은 올바른 식습관이 건강관리에 매우 중요하다. 노인들의 식습관은 편식이나 영양부족이 되기 쉽고, 영양 불균형은 면역력저하, 노화와 질병에 직접적으로 영향을 끼쳐 건강에 악영향을 미칠 수 있기 때문에 (Bruno M 등 1998) 식습관에 대한 올바른 실천과 인식이 필요하다.

2001년 국민건강·영양조사에 의하면, 우리나라 노인의 음식물 섭취량은 일반인과 비교하였을 때 상당히 낮게 나타났다. 특히 난류와 육류의 섭취량이 적은 것으로 나타났다(보건복지부, 2002). 영양분석에서 에너지 평균 섭취량은 1619.8kcal로 1일 권장량의 90.8%로 나타났으며, 단백질 평

균 섭취량은 55.8g으로 1일 권장량의 94.8%로 나타났다(박필숙, 2006).

노인요양시설 입소노인들은 정해진 식단에 의해 균형 있는 음식물을 제공하고 있으나 개인적인 차이로 섭취량이 떨어진 노인들은 영양불균형을 이룰 수 있으므로 이들에 대한 관심과 영양관리 계획이 필요하다.

(4) 여가서비스

노인요양시설에서 여가서비스는 입소노인들의 심리적·정서적 안정뿐만 아니라 삶의 의미와 행복한 생활을 할 수 있는 중요한 프로그램으로 입소노인들이 적극적으로 생활할 수 있도록 지원을 하여야 한다.

노인들은 노동의 의무에서 벗어나 사회에서 요구되었던 사회활동이나 가정에서의 역할이 위축되는 시기이다. 급속한 고령화와 핵가족화는 가정에서도 노인의 역할을 상실하게 만들었다. 많은 시간을 여가시간으로 생활해야 하는 노인의 경우, 여가가 즐거움이나 행복감을 주는 시간이 아니며 오히려 심리적·정서적으로 부담을 느끼거나 고통의 원인이 되고 있다(정남숙, 2014).

일반적으로 여가는 경제활동이나 사회적 의무감으로부터 해방된 휴식시간, 자기 충전시간으로 개인이 자유롭게 사용할 수 시간을 의미한다. Parker(1976)는 여가에 대한 개념을 시간개념으로 구분하고 있는데, 여가는 일상생활의 전체시간에서 노동 이외의 의무시간 등을 뺀 잔여 시간으로 정의하고 있으며, Wylon(1980)은 여가를 근로, 가족, 사회 등 의무를 실현한 후 자기 자신의 뜻대로 할 수 있는 행동일 뿐만 아니라 휴식, 회복, 오락·스포츠, 자기실현, 기술개발, 정신적 재생, 지식충진, 사회활동의 참여를 제공해주는 기회라고 정의하였다.

노인들의 건강증진이나 사회와의 접촉, 가치관 등 노인 스스로 능동적이고 적극적인 생활을 통해 삶을 충족해 가며, 여가활동에도 적극적으로 참여함으로써 노년기에 역할상실로 인한 고독감이나, 소외감에서 벗어나 자신감을 갖게 된다. 그러나 아직까지도 우리나라 노인들의 대부분은 여

가활동에 대한 정보부족과 시설이나 프로그램 등 인프라 부족 등 노인들에게 다양한 여가활동을 할 수 있는 여건이 미흡하다(정남숙, 2014).

노인에게 여가는 휴식이나 자유를 갖는 것보다는 노인의 생활자체가 되어 버린다는 점에서 정해진 역할이 없는 역할을 감당하고 있으며, 무료하게 보내는 시간이 많다. 즉, 노인에게 여가는 자기 스스로 선택하는 행복감이나 즐거움보다는 무료함과 따분함으로 인해 심리적·정서적 부담을 갖게 할 수 있다. 따라서 노인의 여가는 타 연령층과 다르게, 노인들의 무료함이나 무위로 인하여 발생하는 심리적인 부담과 고통을 어떻게 감소시킬 수 있을 것인가에서 시작해야 한다(황성용, 2008).

그 동안의 연구를 종합하면 여가에 대한 개념은 사회적 시대적 환경에 따라 학자들에 의해 다양하게 정의되고 있으나, 대부분의 연구에서 근로 시간과 사회적 부담으로부터 자유롭게 휴식을 취하고 자기만의 삶을 추구하는 행위라고 할 수 있다.

(5) 안전관리서비스

노인요양시설에서 안전관리는 무엇보다도 중요하다. 고령사회에서 신체적·정신적 장애를 호소하는 노인들은 사회적인 보호가 필요하다. 노인요양시설에 입소한 노인들 대부분이 만성질환으로 감각기능 저하와 운동기능 소실로 여러 가지 위험요소를 가지고 생활하고 있다.

노인요양시설에서 제공되는 장기요양서비스는 서비스이용자의 안전이 확보되지 않은 상태에서 서비스 질 향상은 매우 어렵다. 케어도중 사고가 발생하면 그 비용이 생각보다 크기 때문이다. 그럼으로 사고예방을 위한 안전관리에 만전을 기해야 한다. 예를 들어 시설 내에서 욕실 내 미끄러짐이나 낙상, 약물오용, 목욕실이나 세면 시 화상, 시설 내 탈출, 외부 이동시 차량사고 등 다양한 곳에서 위험요인을 내포하고 있으므로, 안전관리는 체계적인 위험관리를 위해서 위험 요인들이 어떤 형태로 발생하는지에 대하여 이해하고 안전관리와 관련된 설비를 갖추어야 하며 위험요소에

대한 대응체계 매뉴얼이 필요하다.

1) 소방안전설비

2011년 개정된 소방법에 따르면 노인요양시설 등 화재에 취약한 대상건 축물에 대한 소방시설기준을 강화하는 등 행정처분기준 정비를 주요 골자로 하는 ‘소방시설 설치유지 및 안전관리에 관한 법률’의 일부 개정안을 2012년 2월 5일부터 시행하였다.

이 법은 화재와 재난·재해, 그 밖의 위급한 상황으로부터 국민의 생명·신체 및 재산을 보호하기 위하여 화재의 예방 및 안전관리에 관한 국가와 지방자치단체의 책무와 소방시설 등의 설치·유지 및 소방대상물의 안전관리에 관하여 필요한 사항을 정함으로써 공공의 안전과 복리 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

노인요양시설은 소방시설 설치유지 및 안전관리에 관한 법률 제11조 및 동 법률 시행령 부칙에 의거하여 건축물의 크기와 면적에 관계없이 자동화재 탐지설비, 간이스프링클러설비, 자동화재 속도설비 등을 설치하여야 한다.

또한 노인요양시설에서는 사회복지사업법에서 규정하는 시설운영자는 손해배상책임의 이행을 위하여 배상책임보험에 가입하여야 한다고 규정하고 있다.

2) 시설물 안전관리

노인요양시설은 입소한 노인들의 생활터전으로 정서적으로 안정감을 줄 수 있어야 하며, 일상생활을 편안하게 영위할 수 있도록 지원하는 시설물이다. 따라서 노인요양시설에서는 노인복지법에서 정하는 인력기준, 시설기준을 완비하여야 하며, 시설의 물리적인 조건이나 환경 등도 규정에 맞아야 한다.

시설설비는 채광이나 환기 등 입소노인의 위생과 재해방지 등을 고려하여야 하며, 복도나 거실, 화장실 등은 휠체어 등이 자유롭게 이용할 수 있도록 공간확보 및 문턱제거, 손잡이, 미끄럼방지 바닥 등 노인의 활동에 편리하고 안전하게 설비를 하여야 한다. 또한 조리실은 세정 및 배수가 편리해야하며, 욕실은 출입이 자유로운 구조로 욕조 설치 시 깊이는 전신이 잠기지 않아야 하며, 온수는 화상사고를 염려하여 40도를 넘지 않도록 하는 것이 좋다. 그리고 치매노인의 배회로 인한 실종을 방지하기 위하여 출입구 잠금장치를 하여야 하며, 계단의 경사는 완만하여야 하며, 난간을 설치하고 바닥은 미끄럽지 않아야 한다.

사회복지사업법(제 34조의 4)에서는 시설장은 시설물에 대한 정기적·수시적으로 안전점검을 실시하여야하며, 그 결과를 시·군·구에 보고하여야 한다. 시·군·구에서는 제출한 서류를 점검한 후 필요시 시설의 개보수를 요구할 수 있으며, 시설에서는 이에 따라야 한다.

따라서 본 연구에서는 서비스품질이 시설입소노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 요인들에 주목하고 노인요양시설에서 제공하는 각종 서비스 품질이 생활만족도에 영향을 미치는 인과관계를 확인하였다.

5. 사회적지지

(1) 사회적 지지의 개념

개인이 타인과의 상호교류를 통하여 얻을 수 있는 것으로 물질적 도움과 정서적지지, 소속감 등을 사회적 지지라고 한다. 사람은 사회적 지지를 받음으로서 사랑과 보호, 존경, 소속감 등이 상호교류가 가능한 관계로 인식할 수 있다고 정의한다(김은경·하규수, 2013).

인간은 자신이 소속된 사회에서 자신을 에워싸고 일어나는 인과관계를 통해서 성장발전 하고자 하는 욕구를 지니게 되며 이것은 경쟁관계를 축

발시킴으로서 이에 대한 스트레스를 수반하게 된다. 사회적 지지 (social support)는 생물학적 요인이나 심리적인 특성과 다르게 스트레스에 대한 충격을 감소하거나 완충할 수 있는 속성을 지닌 사회·환경적인 요인으로 연구자들의 관심과 연구의 대상이 되었다(이경재, 2015)

사람은 다른 사람과의 상호작용과 관계 속에서 충족될 수 있는 사회적 욕구를 가지고 있음으로 사회적 환경 속에서 타인과의 관계를 맺고 상호간에 도움을 교환하면서 살아가는데 이런 과정 속에서 얻어지는 것이 사회적 지지이다(김영임 외, 2008).

박지원(1985)의 연구에서는 사회적 지지를 개인이 사회적 지지망을 통해서 제공받는 지지의 정도와 정서적, 정보적, 물질적 지지를 제공받을 수 있다고 믿는 욕구의 정도를 반영해 주는 자기 스스로 사회적 관계와의 유대감, 신뢰감, 자신감 등에 대한 지각정도를 말한다.

공혜선(2011)은 사회적 지지를 가족이나 친구, 의미 있는 다른 사람과의 상호작용결과로 얻어지는 것으로, 개인의 심리적 적응을 지원하고 좌절을 극복할 수 있도록 해주며, 문제해결능력을 강화하는 측면에서 그 중요성이 강조된다고 하였다.

노인의 요양시설 입소는 가족뿐만이 아니라 친구 지역사회 등과의 관계도 단절되어 사회적 지지가 위축되게 된다. 특히 가족이나 친구는 중요한 사회적 지지이며, 가족이나 친구의 사회적 지지가 없다면 성공적인 노년기를 살지 못한다고 하였다(Bowling & Browne, 1991).

사회적 지지는 사회적 지지망의 구조적인 측면과 기능적인 측면으로 나누어 볼 수 있다. 구조적인 측면에서 사회적 관계가 존재하는지, 존재한다면 빈도나 크기 등 특성은 어떠한지에 대한 것으로 특정한 개인의 사회적 환경에 대한 연결을 의미하고 있다(김미령, 2006; Hogan, Linden, & Najarian, 2002). 이에 비해 기능적인 측면은 수단이나 정서, 정보와 같은 정서적인 측면에 의한 것을 의미하고 있다(Hogan, Linden, & Najarian, 2002).

오가실 등(1994)은 사회적 지지는 사회적 네트워크와 대인관계의 속성을 지니고 있기 때문에 문화적인 차이를 나타낼 수 있으며 우리나라 정서에 맞는 사회적 지지를 살핀 오가실 등의 연구에서는 사회적 지지는 정, 도움, 정, 믿음의 개념을 기본으로 형성되었다고 하였다.

가족이나 친구, 이웃 등에 의해 제공되는 다양한 형태의 도움이나 지원으로서(이동숙·이은옥, 1997), 많은 연구자들은 사회적 지지를 정신건강이나 스트레스에 주요 영향요인으로 보고하였다(김원경, 2001; 김영숙·서경현, 2002).

사회적 지지는 소속된 곳에서 인정받고 사랑받으며 가치 있다고 느끼는 주관적 느낌, 즉 다른 사람이 아닌 자신을 위하여 필요한 것으로 정의할 수 있다(Pender, 1996). 또한 사회적 지지는 자신과 다른 사람과의 특정한 관계로서의 사회적 지지를 주고받는 정도이며, 정서적으로 가까운 정도의 기능의 정도를 포함하고 사회관계망 전체적인 특성을 가지고 생태학적 체계 내에서 효과적으로 이루어지고 있다(Heaney & Israel, 2002)

또한 사회적 지지는 개인의 건강증진에 기여하며, 외적인 인자가 스트레스에 미치게 될 효과를 감소시켜(이은현, 김진선, 2000), 변화의 연속인 사회·환경 속에서 예측하지 못한 환경변화에 대한 영향을 조절함으로써 인간의 평형을 이루게 하며, 스트레스를 덜 위축되게 하여 신체적 정신적 건강을 관리 유지하는 것으로 보고하였다(박미정, 2007; 오명자, 2007).

이처럼 사회적 지지는 지각된 유익성과 자기효능감에 긍정적인 영향을 미치며, 지각된 장애성에는 부정적인 영향을 미쳐 건강증진 행위에 직·간접적으로 영향을 미친다(양희정, 2012).

넓은 의미에서 사회적 지지란 다른 사람들에 의해 제공된 자원으로서 타인에 대한 긍정적인 감정표현과 다른 사람의 행동이나 지각을 인정하고 다른 사람에게 상징적·물질적 도움을 제공받거나 대인관계의 거래를 통해 개인이 지각하고 얻을 수 있는 모든 긍정적인 자원을 의미한다(임주영, 2010).

시설입소노인은 가족이나 친지, 이웃, 봉사자와 서비스를 제공하는 전문가로부터 제공받는 도움인 사회적 지지가 노년기에 발생하는 신체적·심리적·사회적 문제를 완화시키거나 감소하여 입소노인이 변화나 위기에 봉착했을 때 잘 적응할 수 있도록 도와주는 역할을 한다(김문영, 2003).

사회적 지지에 대한 연구를 종합하면 사회적 지지는 일상생활에서 관련되어 있는 다른 사람과의 접근성이나 접촉빈도 등이며, 사회적 지지를 통하여 상호간에 불편한 경험을 완화시킬 수 있다. 또한 사회적 지지가 높을수록 문제해결능력이 증가하는 주관적인 개념으로서, 우울이나 분노를 촉발시키는 생활 속의 사건에서 부정적인 충격을 감소시키는 요인으로 입소노인의 정신건강에 영향을 주는 요인으로 볼 수 있다.

(2) 사회적 지지의 유형

연구자마다 연구목적에 따라 사회적 지지에 대한 이론을 서로 다른 각도에서 구분하였다. 어떤 지지의 주체는 법률이나 정책을 통해 지지하며, 어떤 주체는 전문화된 로드맵을 통해 지지하며, 어떤 주체는 장소와 경비를 통하여 지지하기도 하며, 어떤 주체는 체력 및 시간 또는 감정을 통해 지지하는 등이다. 사회적 지지의 제공과정은 지지자의 특성과 지지내용에 따라 변한다.

사회적 지지에 대한 연구들을 살펴보면, (Cohen & Wills, 1985; Cohen & Hoberman, 1983). Cohen과 Hoberman(1983)은 사회적 지지를 하나의 차원으로 보지 않고 자원의 서로 다른 성질에 따라 4가지 하위요인으로 구분하였다.

Cohen과 Hoberman(1983)은 4가지로 사회적 지지를 분류하였다. 정서적 지지, 정보적지지, 물질적지지, 자존감지지 등 4가지 하위요인으로 분류하였다. Cohen과 Wills(1985)는 존경적지지, 정보적지지, 도구적지지로 분류하였으나, 개념적으로는 구분이 가능하나 실제상황에서는 서로 독립적일

수 없다고 보았다.

사회적 지지는 노인의 외로움과 고립감을 해소하고 상호간 믿고 의지할 수 있을 것이라는 느낌을 갖게 하는 정서적 지지와, 여가활동시간을 즐겁게 보내고 단체활동에 적극적으로 참여하거나 오락활동을 함께 하는 사회 활동적지지, 경제적인 도움이나 서비스를 직접적으로 제공하는 도구적지지의 세 가지 측면으로 구성된다(최정아 외, 1992).

이초(李超, 2005)는 다른 학자들과 다르게 사회적 지지를 두 가지로 나누었다. 첫째, 극단적 상황에서 자살의사가 있는 사람이 자살행위를 시행하기 전 다른 사람으로부터 사회적 지지를 받는 것이다. 둘째, 일상생활 속에서 개인이 힘든 일이 있는 환경에서 다른 사람으로부터 정신적·물질적 지지를 받는 것이다. 어떻게 분류를 하였는지 사회적 지지는 고립화되어 있는 것이 아니라 상호 긴밀하게 연결된 집합체이며, 서로 상이한 사회적지지 간에도 일정하게 상관관계가 나타난다(Cohen · Wills, 1985).

이형실(2003)은 사회적 지지를 도구적 지원, 경제적 지원, 정서적 지원 등 3가지로 분류하였다. 그중에서도 도구적 지원에 일상생활에 필요한 가사지원이나 시장보기 등의 지원뿐만이 아니라 몸이 아팠을 때의 도움까지 포함한 신체적 지원까지 포함하였다.

Birch(1998)는 사회적 지지를 다른 사람에 대한 관심과 배려를 의미하는 정서적 지지와, 누구나 원하는 정보를 얻을 수 있도록 방법을 안내해주거나 정보자체를 제공하는 것을 의미하는 정보적 지지, 그리고 금전적 지원이나 신체적 지원, 교재, 운송수단 등과 같은 물질적인 재료들을 제공하는 물질적 지지, 각자 본인이 어떻게 행동하고 있는지 파악할 수 있도록 피드백을 제공하고 인정해 주는 평가적 지지로 분류하였다.

노인은 건강상태가 양호할수록 또는 수발서비스 제공자의 지지도가 높을 때 생활만족도가 높게 나타난다고 함으로서, 노인들은 일상생활에서 건강과 사회적 지지 모두를 중요한 요인으로 보고하였다(최순옥, 2000).

배진희(2004)는 사회적 지지를 도구적, 정보적, 정서적지지 등으로 나누

었다. 첫째, 도구적 지원에 몸이 아팠을 때 간병을 지원해주거나 의료기관 동행 등 신체적 지원을 포함시켰다. 둘째, 정보적 지지에는 잘 모르는 있는 것을 가르쳐 주는 것이다. 셋째, 정서적 지지는 노인에게 직접적으로 관심을 갖어주고 지지해 주는 것이며, 여기에 의지하고 믿을만한 사람인지 등을 포함하였다.

박지원(1985)은 사회적 지지를 정서적, 정보적, 물질적, 평가적지지 등 네가지 요인으로 구분하여 척도를 개발하였다.

정서적 지지는 정서적인 공감을 표현하거나 존중과 사랑을 표현해주는 것으로서 개인의 가치나 경험이 다른 사람에게 칭찬과 존중을 받고 스스로 받아들일 수 있는 것을 말한다. 그리고 표현성 지지,나 자존적 지지로 불려져 왔으며, 행위적 표현은 신뢰, 존중, 감정, 관심, 경청 등을 제공해주는 것이다.

정보적 지지는 문제해결에 도움을 주는 정보나 충고를 해주는 것을 말하며, 개인에게 도움을 주어 문제를 이해하고 대처하여 정의를 내리는 것을 말한다. 정보적 지지의 기능은 일반적으로 충고, 평가지지와 인지지도로 불려진다. 행위의 표현에는 긍정, 사회 비교, 건의, 피드백, 충고와 지도가 포함된다.

물질적 지지는 문제해결에 관련된 도구 및 재원을 직접 제공해주는 것과 연관되어 있으며, 사람 간 상호 왕래하고 사람에게서 받아들여지며 개인에게 도움을 주어 다른 사람과 왕래하는 수요를 실현시킴으로써, 그들이 어려운 생활환경에서 탈피하여 긍정적인 감정관계를 유지하도록 하는 것을 말한다. 이것을 확산지지와 귀속감 지지라고 부르기도 한다. 행위의 표현에는 오락활동, 사람들 상호간 왕래나 시간을 함께 보내는 행위 등이 포함된다.

평가적 지지는 재정적으로 도움을 제공하거나, 물자나 자원 또는 필요한 서비스를 제공하는 것을 말하며, 이를 물질적 지지와 유형적 지지라고 부르기도 한다. 행위의 표현에는 재물이나 노동, 서비스 제공이나 또는 직

접적으로 개인에게 도움을 주어 문제를 해결해 주는 것 등이 포함된다.

노인은 몸이 불편하거나 고독감을 해소하기 위하여 사회적 지지를 더 많이 요구하게 되며, 가족으로부터 정서적 지지는 노인들의 고독감을 해소하는데 중요한 영향을 미친다고 하였다. 몸이 불편하거나 아픈 노인에게는 실질적으로 도움이 요구되어 도구적 지지가 중요하다. 노인이 도구적 지지를 많이 받으면 받을수록 노인들의 마음이 편안해지고 건강상태가 향상되어, 일상생활에서 만족도가 높아져서 외로움, 고독감 등이 감소하는 것으로 보고되었다(이혜자 외, 2004).

이상을 종합하면 노인요양시설에 입소한 노인에게 사회적 지지는 신체적·정신적·사회적인 문제를 완화시켜 심리적인 안정감을 갖게 할 수 있으며, 사회적 위협으로부터 건강을 지켜주어 신체적·정신적 건강에 긍정적으로 반응함으로써 입소노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 평가적 지지를 보기 위함이며, 사회적 지지를 개인이 시설에서 지역사회 자원과 서비스제공자와의 사회적 관계를 통해 다른 사람으로부터 제공받는다고 지각하는 모든 형태의 자원이라고 정의한다.

(3) 사회적 지지원

사람은 누구나 자신과 관계를 맺고 있는 사람으로부터 여러 측면에서 사회적 지지를 제공받고 있기 때문에 사회적 지지원을 다양한 측면에서 살펴봐야할 필요성이 제기된다. 그동안 대부분의 연구자들은 개인의 활동 영역에 따라서 지지원이나 지지원의 영향력이 다르게 나타난다고 주장하고 있다. 사회적 지지의 유형이나 양도 중요하지만, 사회적 지지와 개인의 관계를 파악하고 이해하기 위해서는 사회적 지지를 제공해주는 지지원이

중요하다고 강조하였다(Thoits, 1982).

Cobb(1976)은 직장동료나 가족구성원을 사회적 지지원에 포함시켰으며, Kaplan(1977) 등은 위기적 상황에서 전문가나 배우자의 지지가 지지원으로서 영향력이 가장 크다고 하였으며, House(1981)는 사회적 지지원으로 동료나 부모, 배우자나 가족, 친지나 친구, 은사나 전문가를 선정하였다.

가족의 지지는 부모의 지지와 형제자매의 지지로 구분할 수 있는데 Woods(1989) 등은 어머니의 긍정적인 지지를 받는다고 하였다. 이는 시설입소노인의 지지원으로 자녀들의 지지가 중요하다고 할 수 있다.

사회적 지지를 연구하는 연구자들은 주로 사회적 관계망에 관심을 많이 갖고 있다. 시설입소 노인들의 사회적 관계망은 대부분 제한된 환경에서 이루어지고 사회적 관계형성이나 사회적 지지를 추구하는 기술도 미숙하기 때문에 일반에 비하여 제한된 지지제공자를 갖게 된다.

따라서 본 연구에서는 사회적지지가 시설입소노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 요인들에 주목하고 가족이나 친지, 지역사회 관심, 서비스 제공자의 긍정적지지가 생활만족도에 영향을 미치는 인과관계를 확인하였다.

제 5절 선행연구

생활만족에 관련한 연구는 다양한 영역에서 이루어지고 있으나, 대부분 나이, 성별, 결혼여부, 교육정도, 신체적 건강, 정신적 건강, 자기효능감, 가족관계, 사회참여, 주거환경 등과의 관련성을 규명하는데 초점을 맞추고 있다. 그러나 대부분의 연구는 주어진 환경 속에서 수동적으로 생활하는 환경을 가정하여 사회적 취약계층인 여성, 장애인, 노인, 만성질환자 등을 대상으로 생활만족에 영향을 미치는 요인을 파악하고 이를 개선하는데 방향을 맞추고 있다.

노인장기요양보험제도와 관련된 연구는 2008년 노인장기요양보험제도 시행 이전과 이후로 나누어 볼 수 있다. 제도 시행 이전에는 선진국들의 장기요양제도에 관심이 많았으며 우리나라도 장기요양제도를 도입해야 한다는 연구들이 주를 이루었다(석재은, 1999).

권순만(2006)은 우리나라의 급속한 인구고령화에 따른 노인의료비가 크게 증가되고 있으므로, 노인장기요양보험이 기존 건강보험체계 내에서 제공되어지면 요양서비스가 의료화되어 사회적비용이 상승될 수 있는 가능성이 크다고 보았다.

최혜지(2006)는 노인수발보험법안 명칭의 타당성결여, 급여대상의 제한성, 관리운영의 주체문제, 급여내용의 제한성, 수발시설 수급 부족, 재원조달 등 문제점에 대해서 논의하였다.

변혜령(2008)은 노인요양시설의 특성을 위치나 유형, 주변환경에 따라 분석하여 국내 노인요양시설의 문제점으로 개인공간이나 영역을 부여하지 못하고 있음을 보고하였고, 노인요양시설 계획 시 이용자의 건강 특성을 고려한 물리적인 환경디자인이 구분될 필요성이 있다고 하였다.

윤영선(2005)연구에서는 외부로부터 적절한 자극을 받을 수 있는 환경에서 시간 및 계절을 느낄 수 있도록 인지력 향상을 위한 옥상정원, 배회정원, 근린공원 등 실내외공간 확보가 중요하다. 또한 생활시설 내 활동공간, 현관, 거실, 식당, 생활실, 화장실 등 공간마다 천장 및 바닥의 색과

조명기구를 다르게 표현하여 인지성을 높인다고 하면서 노인요양시설에서 유니트케어의 필요성을 강조하였다.

노인요양시설 입소자의 생활만족도에 관한 연구에서는 입소자의 자율성과 존엄성 상호작용을 중요시하였는데 Kane(2003)은 노인장기요양시설에서의 삶의 지표를 편안함, 신체기능 능력, 프라이버시 존중, 존엄성, 자유로운 활동, 편안한 식사, 관계성, 안, 자율성으로 보고 노인들의 행태 및 특성을 고려한 환경지원이 중요함을 보고하였다. 노인요양시설을 또 다른 주거형태로 간주하는 최근의 연구에서는 노인의 삶의 질과 만족도(Pekkarinen 외, 2006)와가정적인 분위기, 환경, 의사소통, 가족참여, 개별화된 케어의 제공(Bower 외, 2001)과 관련지어 노인 삶의 질을 강조하였다.

이상 노인요양시설과 관련된 선행연구를 정리해보면 노인요양시설 초기 단계의 연구에서는 대부분 노인의 특성을 신체적, 심리적, 사회적으로 바라보았고, 고령화 사회에서 노인문제가 사회문제로 이슈화되는 것을 역설하고 이에 시설의 필요성을 제시하였다. 특히 노인장기요양보험제도와 관련된 대부분의 연구들은 국내 요양시설과 선진국의 요양시설 간 노인장기요양제도를 비교 연구하고 고령화 사회에 대비한 노인요양시설의 필요성을 강조하였으나, 대부분의 논문들에서는 국내외의 현황을 조사하는데 그쳤다. 또한, 이들 연구의 대부분이 실증적인 연구보다 탐색적 연구 수준에 머물고 있다.

최근에는 노인요양시설에서 고려해야 할 서비스 요인과 함께 이용자만족도에 관련한 연구도 이루어져 왔으나, 연구의 대부분이 서비스 제공자 관점의 논문이 대부분이어서 노인요양시설의 이용자인 입소노인의 관점에 대한 연구가 미흡하다는 한계가 있다. 또한 입소노인의 이용자만족도와 관련된 연구에서는 주로 케어가 목적인 노인요양시설에서 의료적인 치료와 보호를 강조한 전문가 관점에서 노인요양시설 이용자의 신체적·심리적인 특징과 나이, 성별, 교육수준 등과 인구통계학적 변수에 따른 만족도의 연구가 대부분이다.

따라서 본 연구에서는 기존 노인장기요양시설에서 제공하는 서비스품질과 사회적지지, 자기효능감과 일상생활능력에 대한 의견이 시설운영형태의 조절작용으로 노인이 느끼는 생활만족도의 변화를 비교분석하여 노인요양시설의 효율적인 운영과 시설입소노인의 삶의 질을 보장함으로써 생활만족도를 향상하는데 있다.

제 3장 연구설계

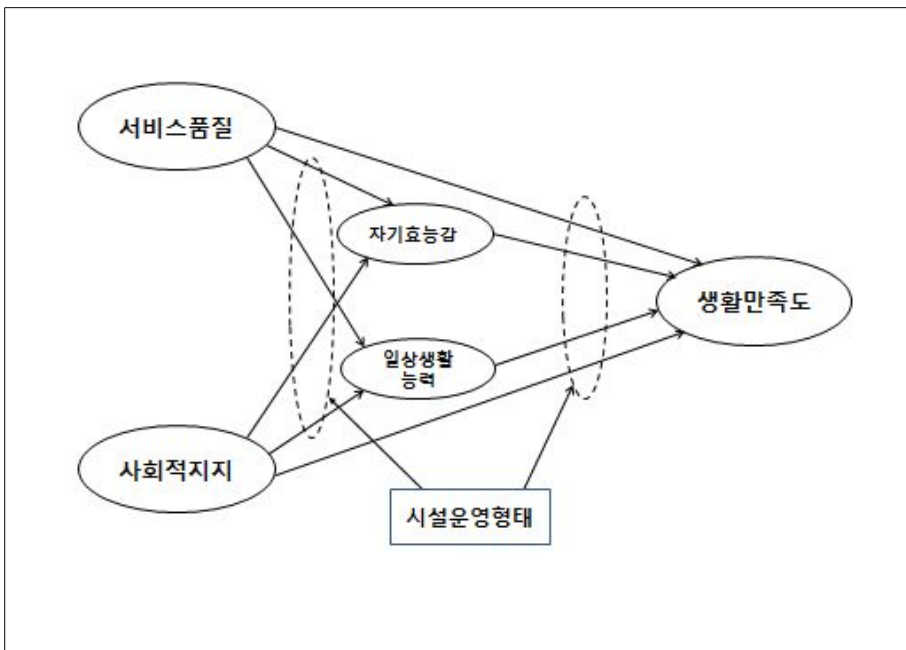
제 1절 연구모형

본 연구의 주된 목적은 노인요양시설에 입소한 장기요양보호 대상자를 중심으로 노인요양시설에 입소해 느끼는 생활만족도 수준을 파악하고 시설의 서비스품질과 사회적지지, 자기효능감과 일상생활능력에 대한 의견이 시설운영형태의 조절작용으로 노인이 느끼는 생활만족도의 변화를 비교분석하여 노인요양시설의 효율적인 운영에 반영하는데 있다.

제 2장에서 언급한 노인요양시설 입소노인의 생활만족도와 관련한 선행 연구의 결과를 기초로 <그림 3-1> 과 같은 연구모형을 설계하여 생활만족도에 영향을 미치는 요인들을 시설의 서비스품질, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력으로 나누고 이러한 요인들이 시설운영 형태에 따라 생활만족도에 어떠한 차이가 있을 것인가 살펴보았다. 생활만족도에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대해 많은 연구자마다 다양한 견해를 내놓고 있지만 운영형태를 조절효과로 한 비교연구는 부재한 실정이다. 노인요양 시설에서 유니트케어를 건축학적인 측면에서의 연구는 다수가 있으나 서비스의 세분화된 맞춤형 유니트케어를 실행하는 노인요양시설은 현재 초기단계로서 보편화되지 못하고 있는 실정이다. 따라서 본 연구는 노인의 생활만족도를 일상생활능력과 자기 효능감을 매개로 기존의 선행연구들로부터 식별된 변수들과 함께 운영형태를 비교 분석하여 생활만족도에 미치는 영향요인을 도출하였다.

본 연구의 기본적인 연구문제는 첫째, 시설입소노인의 생활만족도는 운영형태(복도형, 그룹형, 회랑형)에 따라 차이가 있을 것인가? 둘째, 시설입

소노인의 생활만족도 영향요인(서비스품질, 사회적지지)은 운영형태에 따라 차이가 있을 것인가? 셋째, 시설입소노인의 생활만족도 영향요인 간 인과관계는 운영형태에 따라 차이가 있을 것인가? 이를 검증하기 위하여 연구모형을 설계하고 각 변수들이 운영형태에 따라 생활만족도에 어떠한 영향을 미치는지 검증하였다. 이를 토대로 한 연구모형은 <그림 3-1> 과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

제 2절 연구가설

본 연구에서 시설입소노인의 생활만족도에 영향을 미치는 다양한 변수간의 관계를 정립하고 이들 변수간에 인과관계를 실증분석하기 위하여 통합적으로 정립한 연구모형에 따라 가설을 설정하였다. 그동안의 연구결과를 기초로 하여 연구모형에 나타난 변수들이 시설입소노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 대하여 각 구성변수간의 인과관계와 연구가설은 <표 3-1> 과 같다.

〈표 3-1〉 연구가설

구 분	가 설	내 용
서비스 품질과 자기효능 감과의 관계	1	<p>노인요양시설의 서비스 품질이 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p>
		<p>1-1. 노인요양시설의 시설서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p> <p>1-2. 노인요양시설의 의료서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p> <p>1-3. 노인요양시설의 영양서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p> <p>1-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p> <p>1-5. 노인요양시설의 프로그램 서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p> <p>1-6. 노인요양시설의 여가활동 서비스가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.</p>

〈표 3-1〉 연구가설

구 분	가 설	내 용
서비스 품질과 일상생활능력과의 관계	2	노인요양시설의 서비스 품질이 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
		2-1. 노인요양시설의 시설서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 2-2. 노인요양시설의 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 2-3. 노인요양시설의 영양서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 2-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 2-5. 노인요양시설의 프로그램 서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 2-6. 노인요양시설의 여가활동 서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
사회적 지지와 자기효능감과의 관계	3	사회적 지지가 자기효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
사회적 지지와 일상생활능력과의 관계	4	사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

〈표 3-1〉 연구가설

구 분	가 설	내 용
자기효능감과 생활만족도와의 관계	5	자기효능감이 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
일상생활능력과 생활만족도와의 관계	6	일상 생활능력이 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
서비스 품질과 생활만족도와의 관계	7	노인요양시설의 서비스 품질이 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
		7-1. 노인요양시설의 시설서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 7-2. 노인요양시설의 의료서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 7-3. 노인요양시설의 영양서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 7-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 7-5. 노인요양시설의 프로그램 서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다. 7-6. 노인요양시설의 여가활동 서비스가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.
사회적 지지와 생활만족도와의 관계	8	사회적 지지가 생활만족에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

제 3절 변수의 조작화 및 측정

1. 변수의 조작적 정의 및 측정

〈그림 3-1〉에서 제시한 연구모형과 가설을 경험적으로 검증하기 위해 구성개념과 각 변수에 대한 조작적 정의로 연구의 명확성을 더하고자 한다. 조작적 정의란 어떤 개념을 가시적으로 측정하기 위하여 그 측정하고자 하는 개념이 갖는 특성을 빠짐없이 대표할 수 있는 경험적 지표라고 말한다. 연구자가 개념을 측정하거나 또는 실험변수를 조작할 수 있는 형태로 표현해 놓은 것으로, 측정을 위한 조작적 정의는 변수를 어떻게 측정할 것인가를 기술한다(박희서, 2002). 다시 언급하자면 조작적 정의는 실험변수를 조작하거나 개념을 측정할 때 연구자의 활동을 구체적으로 명시한 지침이다.

연구의 목적을 달성하기 위해 선행연구에서 사용된 측정항목을 수정, 보완하여 사용하였다. 생활만족도 연구에 검증될 변수들을 변환시켜보면 다음과 같다. 첫째, 입소어르신들의 생활만족도에 영향을 미치는 변수로 독립변수인 시설서비스품질요인과 사회적지지 요인을 주요인으로 보았다. 둘째, 생활만족도에 미치는 영향요인에 시설운영 형태의 조절효과가 있는지 설정하였다. 셋째, 종속변수인 생활만족도와 독립변수 상관관계를 알아보기 위해서는 매개변수로 자기효능감과 일상생활능력을 설정하였다. 따라서 본 연구는 노인의 생활만족도에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 기존의 선행연구에서 재 정의하여 인과관계를 측정하였다.

(1) 서비스품질

노인장기요양시설에 입소한 노인은 시설에서 제공되는 다양한 서비스를 이용하게 된다. 제공받고 있는 서비스 질 인식도를 측정하기 위하여 학자들에 따라 다양하게 개발된 만족도 조사도구 중에서 지속적으로 검증받은 것(최성재, 1989; 양옥경, 1994; 박선영, 2007; 정덕임, 2102; 안영철, 2008)과 일반적으로 타당도와 신뢰도가 검증된 이용자만족도 조사표(CSQ : Client Satisfaction Questionnaire)를 참고하여 수정·보완하여 구조화하였다. 시설의 서비스품질에 시설서비스 11문항, 프로그램서비스 7문항, 의료서비스 6문항, 영양서비스 6문항, 여가활동서비스 4문항, 안전관리서비스 6문항으로 입소시설의 서비스품질에 대한 질문을 총 40개 문항으로 구성하였다. 첫째, 시설서비스 유형에는 시설 전체 분위기의 만족, 시설의 청결도·세탁 등의 만족, 시설의 내부 공간 및 부대시설, 편의시설 이용의 만족으로 구성하였다. 둘째, 프로그램서비스 유형에는 프로그램에 대한 전문성, 다양성, 교육, 건강관리, 여가활동, 상담 그리고 전체적 만족으로 구성하였다. 셋째, 의료서비스 유형에는 건강정보 제공, 정기적인 건강검진 서비스 만족, 물리치료서비스, 의료보조기기이용의 만족, 지역 병·의원과 연계된 의료서비스 만족, 등으로 구성하였다. 넷째, 영양서비스 유형에는 식품의 위생관리, 식단의 작성, 특식 및 간식의 제공, 식사배식과 보조의 만족, 식사서비스의 전반적인 만족, 제공되는 식사의 맛에 대한 만족도로 구성하였다. 다섯째, 여가활동서비스 유형에는 여가활동의 전반적인 서비스 시행의 만족, 원하는 여가활동 참여 여부, 취미와 문화 활동에 대한 만족, 종교 활동에 대한 불편함의 정도로 구성하였다. 여섯째, 안전관리서비스 유형은 시설 내 편의시설에 대한 만족, 시설의 안전시설에 대한 만족, 화재에 대비한 소방시설에 대한 만족으로 구성하였다. 응답자들에게 각각의 항목에 얼마나 동의하는지에 따라 ‘전혀 그렇지 않다’의 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점까지 Likert 5점 척도를 사용하였다.

(2) 사회적 지지

사회적 지지는 타인들에 의해 제공된 도움의 정도에 대한 지각으로 정의하고 주변 사람들로 부터 어느 정도 지지를 받고 있다고 느끼는가에 대해 알아보는 변수로 이러한 사회적 지지를 측정하기 위한 척도로 변용만(2007)의 연구에서 사용된 문항을 참고로 하여 친구, 가족, 주위사람들로부터의 평가적지지 문항을 10문항으로 측정하였다. 점수의 범위는 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '매우 그렇다'의 5점까지 Likert 5점 척도를 사용하였다.

(3) 자기 효능감

본 연구에서 다양하고 새로운 상황에서 자신의 능력에 대한 일반화된 개념을 측정하기 위해 Chen, Gully & Eden(2001)이 개발한 일반적 자기 효능감 척도를 노지혜(2005), 정덕임(2012)가 번안한 것을 사용하였다. 8개 문항으로 구성되었고, 척도는 '매우 그렇지 않다'를 1점, '매우 그렇다'를 5점으로 하는 Likert 5점 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 장기요양시설 입소 노인들이 인지하는 자기 효능감이 높음을 의미한다.

(4) 일상생활능력

일상생활능력 ADL(Activity of Daily Living)이란 개인의 생명과 사회생활을 유지하는데 기본적으로 필요한 최소한의 활동을 말하며 어느 사람에게나 공통적으로 행해지고 있는 동작이다(우경미, 2003). 일상생활능력은 Katz(1963)가 개발한 Katz Index(1963)를 바탕으로 김남희(2007)가 번

안하여 사용한 도구를 수정·보완하여 총 10문항으로 구성하였다. 일상생활능력은 시설 내 이동, 혼자 식사하기, 화장실 사용하기, 목욕하기, 옷 갈아입기, 몸치장하기, 혼자서 전화 사용하기, 자신의 물건 관리하기, 최근에 발생한 일에 대해 이야기하기, 타인의 도움 없이 약 챙겨먹기로 일상생활능력을 측정한 점수를 의미한다. 항목 측정은 Likert 5점 척도를 사용하여 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘매우 그렇다’ 5점 을 부여하여 점수가 높을수록 일상생활능력의 자립정도가 높음을 나타낸다.

(5) 생활만족도

시설입소 노인의 생활만족도는 일반적으로 시설에서의 생활에서 느끼는 전반적인 만족감으로서 Neugarten, Havighurst, 그리고 Tobin(1961)이 개발한 LSI-A척도를 정덕임(2012)이 번안하여 사용한 도구를 수정·보완하여 총 7문항으로 구성하였다. 시설에서 제공하는 서비스가 응답자에게 도움이 되었는지에 대한 만족도, 응답자가 필요한 서비스를 받았는지에 대한 만족도, 입소해서 더 좋아졌는지에 대한 전반적인 만족도, 입소 후 긍정적으로 변화되었는지에 대한 만족도, 도움이 필요하면 다시 이용할 것 인지에 대한 만족도, 입소 전 보다 건강이 더 좋아졌는지에 대한 만족도, 요즘 들어 느끼는 행복함에 대한 만족도로 항목 측정은 Likert 5점 척도를 사용하여 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 부여하여 점수가 높을수록 생활만족도가 큰 것으로 평가하였다.

2. 설문지 구성

측정설문지의 구성은 연구목적과 연구자를 첫 페이지에 명시하고 설문

은 무기명으로 실시하기 때문에 응답자의 솔직한 대답을 가감 없는 표현을 촉구하였다. 설문지는 노인요양시설에 입소하여 느끼는 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 대한 인식의 정도를 중점적으로 묻는 변수들로 구성하였다. 즉, 연구변수들의 조작적 정의를 바탕으로 입소시설의 서비스품질(시설, 프로그램, 의료, 영양, 여가활동, 안전관리), 노인의 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도, 인구통계학적 변수 등에 관하여 총 87개 문항으로 설문지를 구성하였다. 각 항목은 누구나 쉽게 이해할 수 있고, 애매모호하지 않으며, 즉시 답변할 수 있도록 설계하였다. 단일항목보다는 다항목이 측정대상의 인식에 대한 무작위오차를 줄일 수 있고, 측정의 신뢰도를 확보할 수 있기 때문에 각 변수의 측정항목을 다 항목으로 설계하였다(Tett & Meyer, 1993)¹⁾. 이러한 설문지의 구성내용은 <표 3-2>와 같으며 문항 『I ~ V』까지는 가설변수의 조작적 정의에 따라 설문항목은 Likert 5점 척도로 측정하였으며, 각 항목마다 측정된 결과의 산출평균값으로 산정하였다. 1점은 강한부정의 수준이고 5점은 강한 긍정의 수준으로, 측정결과 평균값이 높을수록 각 변수들에 대해 긍정적으로 인식하고 있다. 일반적 특성은 기술통계량을 산출하여 표본의 특성을 나타내고자 함이다.

1) 다른 조건이 동일할 경우, 다항목이 측정의 신뢰도를 높일 수 있다.(Nunnally, 1978: 243-245). 한편 단일항목 측정이 중요한 결점을 가지고 있다고 하기 보다는 연구의 속성상 받아들일 수 있을 정도로 적절하다면 사용이 가능하다는 주장이 있다(Wanous et al., 1997: 247-252). 유사한 측면에서 다 항목 측정에서 우월한 점을 발견하지 못하였다는 연구를 예로 들면서 상황에 따라 단일 항목 측정이 더 우수하다는 주장도 있다.(Gardner 외, 1998: 909-910).

〈표 3-2〉 측정설문지의 구성

변 수	설 문 문 항	문항 수
I · 서비스 품질	시설 서비스 ① 시설내부 환경의 가정적인 느낌 정도 ② 복도, 화장실 등 이동공간의 편리함 정도 ③ 시설의 세탁서비스 이행 정도 ④ 가족 방문 시 시설 내에서 면회 장소 및 이용 공간의 여부 ⑤ 시설의 전체적인 청결도 정도 ⑥ 시설의 자연경관 느낌 정도 ⑦ 여가시설(휴게실 등)의 설치 여부 ⑧ 거실 이용의 만족 정도 ⑨ 욕실의 크기와 목욕하기에 충분한 여건 마련 여부 ⑩ 식당의 규모와 분위기 만족 정도 ⑪ 시설 내 편의시설 설치여부	11
	프로그램 서비스 ① 시설 프로그램서비스의 전문성 정도 ② 시설 프로그램서비스의 다양성 정도 ③ 시설의 건강관리 프로그램(물리치료 등)의 운영 정도 ④ 시설의 사회교육프로그램(노래교실, 건강교실, 댄스교실 등)의 운영 정도 ⑤ 시설의 여가프로그램의 유익한 구성 정도 ⑥ 시설의 상담프로그램의 운영 정도 ⑦ 전반적인 측면에서 시설프로그램에 대한 만족 정도	7
	의료 서비스 ① 시설의 건강정보 제공 정도 ② 정기적인 건강검진(X-ray, 혈액검사 등) 시행 정도 ③ 시설 내 재활 및 물리치료실 설치 여부 ④ 시설 내 재활 및 물리치료실 이용 만족 정도 ⑤ 의료보조기기 대여 및 이용의 용이성 정도 ⑥ 지역 병·의원과 연계가 잘 되어 의료서비스 제공 정도	6
	영양 서비스 ① 식품 위생 관리 이행 정도 ② 식단이 잘 작성되어 공고 이행 여부 ③ 특식 및 간식의 적절한 제공 정도 ④ 식사배식 및 식사보조 이행 정도 ⑤ 식사서비스(양, 질, 시간)에 대한 만족 정도 ⑥ 제공되는 식사의 만족 정도	6

변 수		설 문 문 항	문항 수
I. 서비스 품질	여가 활동 서비스	① 여가활동 서비스의 적절한 시행 정도 ② 본인이 원하는 여가활동 참여 가능 정도 ③ 취미 및 문화 활동의 시행 정도 ④ 종교 활동을 하는데 불편함의 느낌 정도	4
	안전 관리 서비스	① 시설 내 편의시설(예: 복도 손잡이, 미끄럼방지 시설 등)에 대한 만족 정도 ② 시설의 안전시설(예: 야간 상용 등, 비상벨 등)에 대한 만족 정도 ③ 화재에 대비한 소방시설물 설치에 대한 만족 정도 ④ 전기설비(전기용품, 콘센트)등에 대한 만족 정도 ⑤ 일상생활용품(칼, 가위, 송곳)등에 대한 만족 정도 ⑥ 여가활동(산책활동, 프로그램진행)시 만족 정도	6
II. 사회적지지		① 마음에 맞는 친구 유무 여부의 정도 ② 친구들과 좋은 관계 유지 여부의 정도 ③ 자녀들은 경제적 여유의 정도 ④ 믿고 의지할 자녀의 유무 정도 ⑤ 자녀들과의 좋은 관계 유지 정도 ⑥ 주위 사람들이 나의 문제에 관심을 갖고 함께 해결 가능성의 정도 ⑦ 주위 사람들은 모두 내가 믿고 의지할 수 있는지의 여부 정도 ⑧ 상황이 별로 좋지 않아도 무슨 일이든 할 수 있는 가능성의 정도 ⑨ 주위 사람들은 모두 나를 인격적으로 존중해 주는가의 느낌 정도 ⑩ 주위 사람들은 몸져누워 있을 때 나의 일을 대신 해 주는가의 가능성 정도	10

번 수	실 문 문 항	문항 수
Ⅲ. 자기효능감	① 내가 세운 목표를 달성할 수 있는 가능성의 정도 ② 어려운 일에 부딪혔을 때, 그것을 성취할 수 있다는 신념의 정도 ③ 일반적으로 나는 내가 중요시하는 것은 얻을 수 있다는 능력의 정도 ④ 노력을 기울이면 무슨 일이든 성공할 수 있다는 신념의 정도 ⑤ 어려움이 닥쳐도 그것을 성공적으로 극복할 수 있다는 가능성의 정도 ⑥ 다른 사람과 비교했을 때 대부분의 일을 더 잘할 수 있다는 신념의 정도 ⑧ 상황이 좋지 않아도 무슨 일이든 잘할 수 있다는 신념의 정도	8
Ⅳ. 일상생활능력	① 타인의 도움 없이 시설 내 이동이 가능한 정도 ② 타인의 도움 없이 혼자서 먹을 수 있는 가능 정도 ③ 타인의 도움 없이 화장실을 이용할 수 있는 정도와 실금현상의 정도 ④ 타인의 도움 없이 목욕이 가능한 정도 ⑤ 타인의 도움 없이 옷을 입고 벗을 수 있는 수행능력 정도 ⑥ 타인의 도움 없이 몸을 치장할 수 있는 능력 정도 ⑦ 타인의 도움 없이 전화를 걸고 받을 수 있는가의 수행능력 정도 ⑧ 자신의 물건을 잘 관리 할 수 있는 능력 정도 ⑩ 타인의 도움 없이 약을 잘 챙겨 먹을 수 있는 능력정도	10
Ⅴ. 생활만족도	① 이곳에서 받은 서비스의 도움 만족도 정도 ② 이곳에서 진정으로 필요로 하는 도움을 받았는지의 여부 정도 ③ 처음 이곳에 왔을 때 보다 지금의 상태가 훨씬 좋아졌는지의 느낌 정도 ④ 내가 아는 사람들이 이곳에서 긍정적으로 변화되었다고 느끼는지의 정도 ⑤ 만일 다시 도움이 필요하면 이곳을 다시 이용할 것 인지의 여부 정도 ⑥ 이곳에서 건강이 더 좋아졌다는 느낌 정도 ⑦ 요즘 들어 느끼는 행복함의 정도	7

번 수	실 문 문 항	문항 수
<p style="text-align: center;">응답자의 일반적 특성</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 성별 ② 연령 ③ 학력 ④ 이용시설의 종류 ⑤ 입소기간 ⑥ 장기요양보험 등급 ⑦ 입소동기 ⑧ 시설서비스 이용료 주 부담 ⑨ 입소할 때 가장 중요하게 생각한 부분 ⑩ 제공되는 프로그램의 참여정도 ⑪ 종교 ⑫ 입소시설 지역 	12

제 4장 실증분석

제 1절 표본의 추출 및 특성

1. 표본의 추출

본 연구는 노인요양시설의 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따른 생활만족도 차이분석과 생활만족도 영향요인간의 차이 분석을 위해 강원도, 광주광역시, 전라북도, 전라남도, 경기도, 경상북도에 위치하고 있는 노인요양시설을 연구대상으로 선정하였다.

연구의 핵심대상은 장기요양시설의 입소노인이다. 즉, 요양시설에 입소한 노인을 대상으로 본인의 의사표현 능력이 가능한 노인을 중심으로 설문조사를 실시하였으며 중증환자, 치매환자 등은 설문조사에서 제외하여 조사의 타당성을 높이고자 하였다. 특히 본 연구의 신뢰성과 타당성을 높이기 위하여 사회복지전공자, 사회복지종사자 등 전문성을 갖춘 면접원을 선발하여 시설입소노인들을 대상으로 설문조사를 하였다. 설문조사 전에 면접원에게 설문조사의 목적과 방법을 충분히 인지하도록 하였다. 이를 바탕으로 노인요양시설에 입소한 노인들에게 설문 응답을 의뢰하였다. 가능하면 노인이 직접 설문지에 기입하는 것을 원칙으로 하되 불가능한 경우에는 면접원이 응답자의 의견을 듣고 응답결과를 설문지에 표시하도록 하였다.

본 연구에서 사용된 설문지는 예비조사를 거쳐 수정·보완하였다. 설문 문항 구성의 타당도와 신뢰도를 높이기 위해 조사원에 의한 예비조사(pilot test)를 광주지역에 위치한 요양시설 입소노인 30명을 대상으로 실시하여 답변이 모호하거나 어려운 문항은 수정, 삭제하였다. 예비조사는 2015년 9월 1일부터 9월 4일까지 실시하였다. 연구에 필요한 요인들을 탐

색적 요인분석과 신뢰도 분석을 통해 설문을 재구성한 후 본 조사를 실시하였다.

표본추출방법은 할당표본추출(quota sampling)²⁾과 무작위 추출을 병행하였다. 본 조사는 2015년 9월 7일부터 2015년 10월 13일까지 실시하여 배포한 설문지 총 500부 중 363부의 설문지가 회수되었으며(회수율 72.6%), 이 중 불성실하게 응답한(전체설문응답의 20%이상 누락된 경우) 3부를 제외한 총 360개 표본이 실제 분석에 사용되었다. 이 중 복도형 노인요양시설이 182부, 유니트케어 노인요양시설이 181부가 회수되었다.

수집된 설문지의 분석은 통계프로그램 IBM SPSS version 20을 활용하여 분석하였다. 본 조사를 통한 설문결과는 분석문항들에 대한 요인분석과 신뢰도 분석을 통해 Cronbach α 값의 산출로 타당도와 신뢰도를 확인하였다. 다른 분석방법으로는 빈도분석을 통한 표본의 특성, t-test 및 분산분석, 기술통계, 상관분석을 통하여 pearson상관계수 산출로 변수간의 상관관계 등을 분석하였다. 그리고 연구모형 및 가설검증을 위한 분석은 변수 간의 인과관계 및 영향력의 크기를 분석하기 위하여 구조방정식모형 분석(structural equation modeling analysis)을 실시하였다.

이상 분석들은 연구모형 및 가설검증 과정에서 분석결과에 대한 신뢰성을 높이고 AMOS을 활용한 구조방정식모형 분석결과의 해석에 기초로 활용되었다.

2. 표본의 특성

이상과 같은 자료수집에 기초한 본 연구의 분석에 이용된 표본의 일반

2) 할당표본추출은 모집단을 구성하는 상당히 구별할 수 있는 층(stratum)의 각각에서 비율적으로 일정한 수의 표본들을 추출하는 방법이며, 각 층에서 무작위적으로 표본을 추출할 경우 층화무작위추출(stratified random sampling)과 유사하다. 할당표본추출은 소득, 교육, 직업과 같은 특성을 측정할 경우 편향된 결과를 초래할 수도 있지만, 본 연구에서처럼 태도나 의견을 측정할 경우 확률표본 추출과 동일한 결과를 도출한다고 한다(Cochran, 1977: 135-136). 할당표본추출은 시간과 비용절약의 현실적인 이유로 매우 많이 이용되고 있다(소영일, 2001).

적 특성은 <표 4-1> 과 같으며, 주요 특성은 다음과 같다.

성별에 있어서 복도형 노인요양시설은 남성이 28명으로 15.6%, 여성은 152명으로 84.4%로 나타났고, 유니트케어 노인요양시설은 남성이 38명으로 21.1%, 여성은 142명으로 78.9%로 복도형과 유니트케어 노인요양시설 모두 상대적으로 여성노인의 응답자가 더 많음을 나타내고 있다. 이는 아마도 남성보다는 여성의 평균수명이 더 길어 입소노인 수가 많기 때문이라고 여겨진다.

연령별로 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 81세 이상이 105명으로 58.3%로 가장 많고, 76세~80세 41명으로 22.8%, 71~75세 18명으로 10%, 65세~70세 12명으로 6.7%, 65세 미만이 4명으로 2.2% 순으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인요양시설을 살펴보면, 81세 이상이 71명으로 39.4%로 가장 많고, 76세~80세 58명으로 32.2%, 71~75세 33명으로 18.3%, 65세~70세 7명으로 3.9%, 65세 미만이 11명으로 6.1% 순으로 나타났다. 따라서 복도형과 유니트케어 노인요양시설 모두 81세 이상의 고령자가 응답분포의 많은 부분을 차지하고 있는 것으로 나타났다.

학력별로 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 초등학교 졸업이 85명으로 47.2%로 가장 많은 분포율을 보였고, 그 다음으로 무학이 66명으로 36.7%, 중학교 졸업이 17명으로 9.4%, 고졸이 11명으로 6.1%, 대졸 이상이 1명으로 0.6% 순으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인요양시설을 살펴보면, 초등학교 졸업이 66명으로 36.7%로 가장 많은 분포율을 보였고, 그 다음으로 무학이 54명으로 30%, 중학교 졸업이 44명으로 24.4%, 고졸이 14명으로 7.8%, 대졸이상이 2명으로 1.1% 순으로 나타났다. 전반적으로 복도형과 유니트케어 노인요양시설 입소노인들의 학력 분포율은 비슷한 편이지만 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 학력이 좀 더 높은 것으로 나타났다.

응답자들의 종교별 분포를 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 개신교가 89명으로 49.4%, 기타가 40명으로 22.2%, 불교가 27명으로 15%, 천주교가 13명으로 7.2%, 원불교가 11명으로 6.1% 순으로 나타났다. 그리고 유니트

케어 노인요양시설을 개신교가 79명으로 43.9%, 기타가 54명으로 30%, 불교가 29명으로 16.1%, 천주교가 14명으로 7.8%, 원불교가 4명으로 2.2% 순으로 나타났다.

응답자들의 노인요양시설 입소기간 분포율을 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 1년 이상~3년 미만이 66명으로 36.7%로 가장 많으며, 그 다음으로 3년 이상~5년 미만이 59명으로 32.8%, 6개월~1년 미만이 26명으로 14.4%, 5년 이상~7년 미만이 18명으로 10%, 7년 이상이 11명으로 6.1% 순으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인요양시설은 1년 이상~3년 미만이 101명으로 56.1%로 가장 많으며, 그 다음으로 3년 이상~5년 미만이 37명으로 20.6%, 6개월~1년 미만이 27명으로 15%, 5년 이상~7년 미만이 10명으로 5.6%, 7년 이상이 5명으로 2.8% 순으로 나타났다. 전반적으로 복도형과 유니트케어 노인요양시설 응답자들의 입소기간 분포도는 비슷하게 나타났다.

응답자들의 장기요양 보험등급 분포를 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 3등급이 96명으로 53.3%, 4등급이 47명으로 26.1%, 2등급이 35명으로 19.4%, 1등급과 5등급은 각각 1명으로 0.6% 순으로 나타났다. 유니트케어 노인요양시설은 3등급이 98명으로 54.4%, 2등급이 36명으로 20%, 4등급이 32명으로 17.8%, 1등급이 12명으로 6.7%, 5등급이 2명으로 1.1% 순으로 나타났다.

응답자들의 노인요양시설 입소지역 분포를 살펴보면, 복도형 노인요양시설은 전라남도가 49명으로 27.2%, 광주가 40명으로 22.2%, 전라북도가 36명으로 20%, 경상북도가 30명으로 16.7%, 경기도가 25명으로 13.9% 순으로 나타났다. 유니트케어 노인요양시설은 경상북도가 90명으로 50%, 강원도가 44명으로 24.4%, 광주가 19명으로 10.6%, 전라북도가 11명으로 6.1%, 전라남도가 10명으로 5.6% 순으로 나타났다. 유니트케어 노인요양시설의 응답자가 경상북도가 많은 이유는 다른 지역보다 경상북도에 유니트케어 노인요양시설이 많이 운영되고 있기 때문이다.

〈표 4-1〉 표본의 일반적 특성

단위: 명(%)

구분	운영형태		전체	
	복도형	유니트케어		
성별	남성	28(15.6%)	38(21.1%)	66(18.3%)
	여성	152(84.4%)	142(78.9%)	294(81.7%)
연령	65세 미만	4(2.2%)	11(6.1%)	15(4.2%)
	65-70세	12(6.7%)	7(3.9%)	19(5.3%)
	71-75세	18(10%)	33(18.3%)	51(14.2%)
	76-80세	41(22.8%)	58(32.2%)	99(27.5%)
	81세 이상	105(58.3%)	71(39.4%)	176(48.9%)
학력	무학	66(36.7%)	54(30%)	120(33.3%)
	초졸	85(47.2%)	66(36.7%)	151(41.9%)
	중졸	17(9.4%)	44(24.4%)	61(16.9%)
	고졸	11(6.1%)	14(7.8%)	25(6.9%)
	대졸 이상	1(0.6%)	2(1.1%)	3(0.8%)
종교	개신교	89(49.4%)	79(43.9%)	168(46.7%)
	천주교	13(7.2%)	14(7.8%)	27(7.5%)
	불교	27(15%)	29(16.1%)	56(15.6%)
	원불교	11(6.1%)	4(2.2%)	15(4.2%)
	기타	40(22.2%)	54(30%)	94(26.1%)
입소 기간	6개월-1년 미만	26(14.4%)	27(15%)	53(14.7%)
	1년 이상-3년 미만	66(36.7%)	101(56.1%)	167(46.4%)
	3년 이상-5년 미만	59(32.8%)	37(20.6%)	96(26.7%)
	5년 이상-7년 미만	18(10%)	10(5.6%)	28(7.8%)
	7년 이상	11(6.1%)	5(2.8%)	16(4.4%)
장기 요양 보험 등급	1등급	1(0.6%)	12(6.7%)	13(3.6%)
	2등급	35(19.4%)	36(20%)	71(19.7%)
	3등급	96(53.3%)	98(54.4%)	194(53.9%)
	4등급	47(26.1%)	32(17.8%)	79(21.9%)
	5등급	1(0.6%)	2(1.1%)	3(0.8%)
입소 지역	강원도	-	44(24.4%)	44(12.2%)
	광주	40(22.2%)	19(10.6%)	59(16.4%)
	전라북도	36(20%)	11(6.1%)	47(13.1%)
	전라남도	49(27.2%)	10(5.6%)	59(16.4%)
	경기도	25(13.9%)	6(3.3%)	31(8.6%)
	경상북도	30(16.7%)	90(50%)	120(33.3%)
합계		180(100%)	180(100%)	360(100%)

제 2절 측정도구의 검증

연구에서 측정도구의 신뢰도가 높다고 타당도가 높아지지는 않는다. 그러나 타당도가 높아지면 신뢰도는 높아진다. 그러므로 본 연구에서는 측정 항목의 타당도 분석을 선 수행한 후 측정항목에 대한 타당성을 확증적 요인분석 과정을 통해 높게 하였으며, 축소된 요인의 신뢰성을 신뢰도 분석으로 재고시켰다. 신뢰성과 타당성이 확인된 측정된 항목을 변수에 따라 합산 평균하여 구조방정식모형분석의 기초자료로 삼았다.

1. 타당도 분석

타당도를 측정하기 위하여 본 연구에서는 설문조사의 결과로 요인분석을 실시하였다. 요인분석은 정보손실을 최소화하면서 다수의 항목을 소수의 동질요인끼리 묶어 변수를 축소하거나 단순화시키는 기법으로, 이상과 같은 요인분석단계를 타당도(validity) 검증단계라고 한다. 측정에서 신뢰도가 일관성과 관련된 개념이라면, 타당도는 척도가 측정하려고 하는 것을 정확하게 측정할 수 있는 정도로서(최성재, 2005), 타당도검증은 척도가 측정하려했던 개념을 어느 정도 정확하게 측정하였는가를 검증하기 위한 기법이다(배점모, 2011).

본 연구에서 요인추출의 요인수를 결정하는 방법으로는 아이겐 값을 기준으로 하였다. 아이겐 값은 각 요인이 설명해 줄 수 있는 분산정도를 의미하고 있으며, 아이겐 값이 1은 하나의 요인이 하나 이상의 분산을 설명해 준다는 것을 의미한다.³⁾ 결국 아이겐 값이 1보다 적은 것은 한개의 요

3) 일반적으로 아이겐 값을 1 이상인 요인들을 의미 있는 것으로 설정하는데, 이는 각 요인이 적어도 변수 하나 정도의 분산을 설명할 수 있어야 한다는 논거에 기초하고 있다. 항목이 20개에서 50개 범위일 때 아이겐 값을 기준으로 선정한 경우가 가장 신뢰할 만하다. 20개 이하인 경우 너무 적은 수의 요인이 추출되는 경향이 있으나 50개 이상인 경우일지라도 적절한 수의 요인이 추출된다(Hair, Jr. 외,

인이 변수 한개의 분산도 설명해줄 수 없다는 것을 의미함으로 요인으로 서 의미가 없다고 볼 수 있다. 본 연구에서의 요인분석도 아이겐 값과 분산을 동시에 고려 요인을 추출하였다.

요인 적재값은 항목들과 요인간의 상관관계의 정도를 나타낸다. 각 항목들은 요인 적재값이 제일 높은 요인에 속하게 된다. 요인 적재값의 유의성기준은 평균적으로 0.3이상이면 유의하지만, 보수적으로는 0.4이상이어야 한다. 그리고 0.5이상인 경우 매우 유의한 것으로 본다. 본 연구에서는 요인 적재값의 유의성 기준을 0.4 이상으로 하였다.

요인분석의 타당성을 검증하기 위하여 <표 4-2> 와 같이 KMO와 Bartlett의 구형성 검증 실시결과, KMO 값이 .922로 타당하게 나타났고, Bartlett의 구형성 검증도 유의확률이 .000으로 요인분석이 타당한 것으로 나타났다. 요인분석은 문항들을 데이터 축소하여 8개의 요인을 확인하였다. 요인의 회전은 베리맥스 직교회전에 의한 요인 적재값을 산출하여 <표 4-3> 행렬로 표시하였다. 측정변수 중 시설서비스 6, 7, 10, 프로그램 서비스 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 의료서비스 21, 22, 23, 24, 여가활동 서비스 31, 32, 33, 34, 안전관리서비스 35, 36, 40, 사회적 지지 1, 2, 4, 5 등은 요인 적재값이 0.4 이하로 기준에 미달하여 제거하였다. 따라서 3장에서 세웠던 <가설 1-5>, <가설 1-6>, <가설 2-5>, <가설 2-6>, <가설 7-5>, <가설 7-6>은 검증이 어려워 삭제하였다.

<표 4-2> KMO와 Bartlett의 검정

표준형성 적절성의 Kaiser-Meyer-Olkin 측도		.922
Bartlett의 구형성 검정	근사 카이제곱	15099.643
	자유도	1225
	유의확률	.000

1998: 103~104). 요인을 분산을 기준으로 추출할 경우 사회과학에서 총 분산의 60% 정도를 설명해 주는 요인까지 상정한다(채서일, 1997: 561).

〈표 4-3〉 측정항목의 요인 적재값 행렬

구분	요인 1	요인 2	요인 3	요인 4	요인 5	요인 6	요인 7	요인 8
일상생활능력 5	.873	.197	-.011	.039	.004	-.063	-.008	.020
일상생활능력 6	.858	.239	-.057	.121	-.031	-.059	-.010	-.007
일상생활능력 8	.858	.262	-.062	.099	-.034	.054	-.029	.025
일상생활능력 3	.829	.129	.087	-.013	.009	-.091	.030	-.096
일상생활능력 10	.809	.256	-.082	.098	-.104	.034	-.036	.085
일상생활능력 7	.785	.234	-.099	.051	-.047	.046	.012	.073
일상생활능력 9	.773	.202	-.091	.188	-.070	.143	-.057	-.026
일상생활능력 1	.768	.146	.124	.054	.032	-.081	.037	-.017
일상생활능력 4	.752	.227	-.130	.102	-.037	-.089	.088	.085
일상생활능력 2	.726	.072	.102	-.021	.046	.014	-.048	-.104
자기 효능감 3	.219	.879	-.067	.150	.004	.025	-.028	.049
자기 효능감 2	.233	.866	-.029	.153	.017	-.003	.031	.056
자기 효능감 4	.251	.861	-.031	.181	.043	.022	.009	.024
자기 효능감 6	.288	.843	-.096	.189	-.012	-.036	.064	-.001
자기 효능감 5	.243	.842	-.020	.237	.018	-.022	.045	-.004
자기 효능감 8	.304	.801	-.034	.234	-.004	-.085	.025	-.033
자기 효능감 1	.186	.791	-.024	.156	.058	.026	.088	.015
자기 효능감 7	.349	.783	-.057	.244	-.034	-.045	.015	-.021
시설서비스 3	-.096	-.122	.761	-.019	.169	.188	-.029	.034
시설서비스 2	-.002	-.067	.730	.018	.181	.123	.121	.098
시설서비스 1	-.096	-.095	.711	.158	.210	.046	-.067	.176
시설서비스 5	-.086	-.078	.692	.069	.164	.295	.016	.143
시설서비스 11	.032	-.020	.688	.023	.125	.258	.207	.190
시설서비스 8	.079	.086	.663	-.018	.063	.293	.200	.038
시설서비스 9	.086	.038	.658	-.047	.124	.264	.261	-.015
시설서비스 4	-.024	-.056	.646	.024	.106	.234	.200	-.081
사회적 지지 9	.103	.198	.079	.857	.141	.071	-.016	-.083
사회적 지지 7	.096	.228	.023	.843	.138	.031	.061	.064
사회적 지지 10	.071	.179	.087	.786	.137	.078	.127	-.083
사회적 지지 6	.064	.290	.037	.771	.118	.140	.034	.028
사회적 지지 3	.086	.217	-.018	.643	.089	.045	.067	.102
사회적 지지 8	.274	.457	-.012	.611	.044	.020	.017	.014
생활만족도 5	-.037	-.098	.181	.062	.755	.215	.109	-.004
생활만족도 3	-.035	.053	.254	.101	.736	.144	.078	.111
생활만족도 4	-.008	.153	.128	.187	.734	.098	.132	.183
생활만족도 2	-.103	-.081	.308	.006	.710	.253	.112	-.087
생활만족도 6	.051	.059	.088	.286	.706	.159	.084	.119
생활만족도 1	-.122	-.116	.320	.001	.643	.253	.114	-.056
생활만족도 7	.068	.310	-.014	.342	.526	.158	.187	.133
영양서비스 29	-.020	.005	.273	.148	.228	.763	.079	.110
영양서비스 27	-.050	.019	.306	.058	.181	.761	.111	.071
영양서비스 26	.035	-.070	.295	.076	.191	.729	.148	.047
영양서비스 25	.004	-.095	.348	.030	.201	.692	.078	.118
영양서비스 28	-.055	-.077	.341	.047	.272	.684	.114	.106
영양서비스 30	-.052	.175	.264	.146	.200	.599	.087	.233
안전관리서비스 38	-.031	.112	.241	.068	.200	.180	.847	.014
안전관리서비스 37	-.002	.060	.331	.091	.218	.177	.788	.029
안전관리서비스 39	-.009	.047	.196	.164	.230	.157	.721	.177
의료서비스 20	-.015	.052	.255	.011	.105	.311	.077	.750
의료서비스 19	.016	.025	.307	.013	.250	.292	.148	.703
아이겐 값	7.232	6.721	5.226	4.217	4.125	4.042	2.328	1.461
분산의 설명비율	14.465	13.443	10.453	8.435	8.250	8.084	4.655	2.921
분산의 누적비율	14.465	27.907	38.360	46.795	55.045	63.129	67.785	70.706

2. 신뢰도 분석

측정의 신뢰도는 하나의 척도를 동일한 대상자에게 수회 적용하였을 때에 일관된 결과를 가져오는 정도라고 정의한다(최성재, 2005). 동일한 개념을 측정하기 위하여 다양한 설문항목들을 사용하여 이들 문항에 대해 일관성 있는 응답결과를 나타낼 때 측정의 일관성이 높고 측정항목들이 동질적이라고 본다. 측정도구의 신뢰도를 높이기 위한 방법으로 신뢰도를 저해하는 요인을 찾아내어 측정도구에서 제외함으로써 신뢰도를 높일 수 있다(남궁근, 1999). 신뢰도는 연구결과의 해석을 위한 필요조건이며, 충분조건은 아니다.

그러므로 본 연구에서는 동일개념을 측정하기 위해 단일개념을 다 항목으로 측정한 변수로서 노인요양시설 서비스 품질 요인 중 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등 변수들에 대한 신뢰도 분석을 실시하였다. 이상 항목들에 대한 신뢰도 분석방법은 항목간의 평균적 관계에 근거하여 신뢰도 측정방법인 내적일관성을 고려하여 Cronbach α 계수에 의해 신뢰도를 측정하는 방법을 사용하였다.

Cronbach α 값은 상관계수로 해석해 볼 수 있으며 범위는 0에서 1까지의 값을 갖는다.⁴⁾ 이상적인 Cronbach α 계수 수준은 일반적으로 Cronbach $\alpha=0.6$ 이상일 때 측정문항의 신뢰도는 문제가 없다는 것으로 보며(Nunnally, 1978), 본 연구의 신뢰도 분석결과는 <표 4-4> 와 같다.

<표 4-4>의 신뢰도 분석결과에서 나타난 바와 같이 모든 변수의 Cronbach α 값이 0.6 이상인 것으로 나타났다. 즉, 노인요양시설 서비스 품질 요인 중 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스 사회적 지

4) α 계수의 기준은 연구의 목적에 따라 다르며, 탐색적 연구에서는 0.5-0.6 정도의 신뢰도이면 충분하되, 기초연구에서는 0.7 이상의 신뢰도가 일반적으로 인정되고 있다. 탐색연구는 문헌조사, 경험조사, 사례조사 등을 통하여 문제를 규명하는 성격을 갖고 있고, 기초연구에서는 순수한 학문 발전을 위한 연구로써 기본적으로 가설검정의 성격이 짙다(Nunnally, 1978: 246).

지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등 변수들 모두 측정항목의 Cronbach α 계수가 모두 0.6 이상으로 나타났다. 그러므로 본 연구의 변수들의 측정을 위하여 구성된 항목들은 신뢰할 만하다고 볼 수 있다. 그리고 각 요인의 구성문항 중 신뢰도 저해요인은 나타나지 않았다. 따라서 본 연구에서 사용되는 척도들은 타당성과 신뢰성을 유지하고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-4〉 신뢰도 분석

연구 변수		항목 수	분석에 사용된 항목수	Cronbach's Alpha
노인 요양 시설 서비스 품질	시설서비스	8	8	.681
	의료서비스	2	2	.679
	영양서비스	6	6	.664
	안전관리서비스	3	3	.666
사회적 지지		6	6	.663
자기 효능감		8	8	.704
일상생활능력		10	10	.736
생활만족도		7	7	.663

제 3절 기술통계

본 연구의 연구모형에 포함된 변수에 대하여 노인요양시설 운영형태별, 연령별, 학력별, 입소기간, 장기요양보험 등급별, 프로그램 참여정도, 지역별로 어떤 차이를 나타나는지를 t-test와 분산분석(ANOVA)을 활용하여 살펴보았다. 분산분석은 일원배치 분산분석 방법을 선택했다.

본 연구에서는 노인요양시설 운영형태별 차이를 비교하기 위해 t-test를 통해 검정하였으며, 연령, 학력, 입소기간, 장기요양보험 등급, 프로그램 참여도, 지역별 차이를 비교하기 위해 분산분석을 실시하여 분석하였다.

1. 노인요양시설 운영형태별 차이 분석

노인요양시설 운영형태에 따른 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등의 변수 간에 유의한 차이가 있는지의 여부를 살펴보기 위하여 t-test를 실시하였다. <표 4-5>의 t-test 결과 노인요양시설 운영형태별로 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 자기 효능감, 생활만족도 등의 변수에서 유의한 차이가 확인되었다.

시설서비스에 대한 기술통계량을 살펴보면, 복도형 노인요양시설의 평균은 4.022이고 유니트케어 노인요양시설의 평균은 4.258로 유니트케어 노인요양시설에 대한 만족도가 더 높은 것으로 나타났으며, 전반적으로 두 시설의 유형 모두 시설서비스에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났다. 그리고 노인요양시설 운영형태에 따른 시설서비스의 t-test 분석결과, t 값이 -4.181이고 이에 대하여 유의확률 p 값은 .000으로 $p < 0.05$ 이므로 두 변수들 간에 평균차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 시설서비스에 대한 인식차이가 있다는 것을 알 수 있다.

의료서비스에 대한 기술통계량을 살펴보면, 복도형 노인요양시설의 평균은 3.678이고 유니트케어 노인요양시설의 평균은 3.992로 유니트케어 노인요양시설에 대한 만족도가 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 노인요양시설 운영형태에 따른 의료서비스의 t-test 분석결과, t 값이 -4.875이고 이의 유의확률 p 값이 .000으로 $p < 0.05$ 이므로 두 변수들 간에 평균차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다.

영양서비스에 대한 기술통계량을 살펴보면, 복도형 노인요양시설의 평균은 3.901이고 유니트케어 노인요양시설의 평균은 4.194로 유니트케어 노인요양시설에 대한 만족도가 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 노인요양시설 운영형태에 따른 영양서비스의 t-test 분석결과, t 값이 -4.549이고 이에 대한 유의확률 p 값이 0.000으로 $p < 0.05$ 이므로 두 변수들 간에 평균차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다.

자기 효능감에 대한 기술통계량을 살펴보면, 복도형 노인요양시설의 평균은 2.656이고 유니트케어 노인요양시설의 평균은 2.907로 유니트케어 노인요양시설에 대한 만족도가 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 전반적으로 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 자기 효능감은 평균 이하인 것으로 나타났다. 그리고 노인요양시설 운영형태에 따른 자기 효능감의 t-test 분석결과, t 값이 -2.565이고 이에 대한 유의확률 p 값이 .011로 $p < 0.05$ 이므로 두 변수들 간에 평균차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 그러므로 노인요양시설 운영형태에 따른 자기 효능감에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다.

생활만족도에 대한 기술통계량을 살펴보면, 복도형 노인요양시설의 평균은 3.786이고 유니트케어 노인요양시설의 평균은 3.932로 유니트케어 노인요양시설에 대한 생활만족도가 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 노인

요양시설 운영형태에 따른 생활만족도의 t-test 분석결과, t 값이 -2.423 이고 이에 대한 유의확률 p 값이 $.016$ 으로 $p < 0.05$ 이므로 두 변수들 간에 평균차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 그러므로 노인요양시설 운영형태에 따른 생활만족도에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다.

그 밖의 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 노인요양시설 운영형태에 따른 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력 등은 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-5〉 노인요양시설 운영형태별 연구변인의 차이 분석

구 분		복도형		유니트케어		<i>T</i>	<i>P</i>
		<i>N</i>	Mean (Std.)	<i>N</i>	Mean (Std.)		
노인 요양시설 서비스 품질	시설서비스	180	4.022 (.539)	180	4.258 (.533)	-4.181	.000
	의료서비스	180	3.678 (.636)	180	3.992 (.585)	-4.875	.000
	영양서비스	180	3.901 (.646)	180	4.194 (.577)	-4.549	.000
	안전관리서비스	180	3.804 (.756)	180	3.848 (.724)	-.569	.569
사회적 지지		180	3.440 (.673)	180	3.356 (.835)	1.054	.292
자기 효능감		180	2.656 (.761)	180	2.907 (1.067)	-2.565	.011
일상생활능력		180	2.792 (.861)	180	2.925 (.948)	-1.339	.182
생활만족도		180	3.786 (.605)	180	3.932 (.537)	-2.423	.016

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

2. 연령별 차이분석

복도형 노인요양시설의 연령별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식차이를 검증하기 위해 일원배치분산분석을 실시한 결과는 <표 4-6> 과 같다. 이 변수들 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 시설서비스, 영양서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등이다.

복도형 노인요양시설의 연령별 시설서비스에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.792이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 시설서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 시설서비스는 81세 이상 시설 입소노인($M=4.098$)의 만족도가 가장 높고 65세 미만 시설 입소노인($M=3.687$)의 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 연령별 영양서비스에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 4.605이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 영양서비스는 81세 이상 시설 입소노인($M=4.027$)의 만족도가 가장 높고 65세 미만 시설 입소노인($M=3.250$)의 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 연령별 사회적 지지에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.913이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 사회적 지지는 76세-80세 시설 입소노인($M=3.565$)의 인식이 가장 높고 71세-75세 시설 입소노인($M=3.046$)의 사회적 지지에 대한 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 연령별 일상생활능력에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.346이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 일상생활능력은 65세 미만 시설 입소노인($M=3.700$)의 인식이 가장 높고 81세 이상 시설 입소노인($M=2.628$)의 일상생활능력에 대한 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이는 시설입소 노인의 연령이 높을수록 거동이 불편해 혼자 힘으로 일상생활을 보내기에는 어려움이 많아 일상생활능력도에 대한 인식이 낮은 것으로 추정된다.

복도형 노인요양시설의 연령별 생활만족도에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.646이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 생활만족도에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 생활만족도는 81세 이상 시설 입소노인($M=3.858$)의 인식이 가장 높고 65세 미만 시설 입소노인($M=3.214$)의 일상생활능력에 대한 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다.

그 밖의 의료서비스, 안전관리서비스, 자기 효능감 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 복도형 노인요양시설은 연령에 따라 의료서비스, 안전관리서비스, 자기 효능감 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-6〉 복도형 노인요양시설 연령별 연구변인의 차이 분석

구 분		65세 미만		65세-70세		71세-75세		76세-80세		81세 이상		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양시설 서비스 품질	시설 서비스	4	3.687 (.260)	12	3.770 (.485)	18	3.756 (.632)	41	4.048 (.587)	105	4.098 (.494)	2.792*
	의료 서비스	4	3.750 (.645)	12	3.666 (.536)	18	3.500 (.568)	41	3.731 (.750)	105	3.685 (.613)	.438
	영양 서비스	4	3.250 (.726)	12	3.444 (.690)	18	3.638 (.613)	41	3.890 (.695)	105	4.027 (.579)	4.605**
	안전관리 서비스	4	3.416 (1.197)	12	3.500 (.689)	18	3.574 (.591)	41	3.772 (.607)	105	3.904 (.810)	1.671
사회적 지지		4	3.541 (.416)	12	3.111 (.682)	18	3.046 (.636)	41	3.565 (.663)	105	3.492 (.663)	2.913*
자기 효능감		4	3.187 (.869)	12	2.552 (.683)	18	2.687 (.577)	41	2.725 (.754)	105	2.615 (.798)	.706
일상생활능력		4	3.700 (.941)	12	2.866 (.707)	18	3.094 (.605)	41	2.990 (.793)	105	2.628 (.896)	3.346*
생활만족도		4	3.214 (.553)	12	3.523 (.484)	18	3.555 (.454)	41	3.832 (.574)	105	3.858 (.631)	2.646*

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

유니트케어 노인요양시설의 연령별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식차이를 검증하기 위해 일원배치분산분석을 실시한 결과는 〈표 4-7〉 과 같다. 이들 변수 중에서 각 집단 간 유의한 차이가 확인되는 변수는 일상생활능력이다.

유니트케어 노인요양시설의 연령별 일상생활능력에 대한 집단 간 인식차이를 검증한 결과, F 값이 2.403이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 연령별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 연령에 따른 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 일상생활능력은 71세~75세

입소노인(M=3.245)의 인식이 가장 높고 65세~70세 시설 입소노인(M=2.671)의 일상생활능력에 대한 인식이 가장 낮은 것으로 나타났다.

그 밖의 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 유니트케어 노인요양시설은 연령에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-7〉 유니트케어 노인요양시설 연령별 연구변인의 차이 분석

구 분		65세 미만		65세-70세		71세-75세		76세-80세		81세 이상		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양시 설 서비스 품질	시설 서비스	11	4.477 (.544)	7	4.250 (.549)	33	4.276 (.501)	58	4.211 (.545)	71	4.255 (.538)	.585
	의료 서비스	11	4.318 (.643)	7	3.785 (.566)	33	4.045 (.520)	58	3.922 (.598)	71	3.993 (.588)	1.358
	영양 서비스	11	4.287 (.610)	7	4.190 (.572)	33	4.363 (.459)	58	4.094 (.594)	71	4.183 (.601)	1.228
	안전관 리서비 스	11	4.060 (.646)	7	3.952 (.558)	33	3.848 (.692)	58	3.856 (.780)	71	3.798 (.726)	.354
사회적 지지		11	2.984 (1.028)	7	2.809 (.835)	33	3.358 (.902)	58	3.531 (.782)	71	3.321 (.789)	2.009
자기 효능감		11	2.284 (1.047)	7	2.767 (1.227)	33	3.136 (.867)	58	3.053 (1.114)	71	2.790 (1.073)	1.869
일상생활능력		11	2.863 (.953)	7	2.671 (.921)	33	3.245 (.868)	58	3.048 (1.001)	71	2.709 (.904)	2.403*
생활만족도		11	4.051 (.452)	7	3.795 (.419)	33	3.857 (.477)	58	3.943 (.609)	71	3.951 (.527)	.435

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

이상의 분석결과를 살펴보면, 일상생활능력은 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 연령별 집단간 인식의 차이가 있는

것으로 나타났다.

3. 학력별 차이분석

복도형 노인요양시설의 학력별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는 <표 4-8> 과 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 자기 효능감, 생활만족도 등이다.

복도형 노인요양시설의 학력별 자기 효능감에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.331이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 교육수준별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 학력에 따른 자기 효능감에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 중졸($M=2.867$)이 가장 높고 대졸 이상($M=1.375$)이 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 대졸 이상은 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수는 없다고 판단된다.

복도형 노인요양시설의 학력별 생활만족도에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.513이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 교육수준별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 학력에 따른 생활만족도에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 생활만족도는 초졸($M=3.889$)이 가장 높고 고졸($M=3.194$)이 가장 낮은 것으로 나타났다.

그 밖의 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 복도형 노인요양시설은 학력에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-8〉 복도형 노인요양시설 학력별 연구변인의 차이 분석

구분	무학		초졸		중졸		고졸		대졸 이상		F
	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	66 4.062 (.534)	85 4.035 (.543)	17 4.000 (.560)	11 3.715 (.484)	1 4.000 (-)					1.001
	의료 서비스	66 3.560 (.598)	85 3.805 (.655)	17 3.647 (.655)	11 3.500 (.547)	1 3.000 (-)					1.976
	영양 서비스	66 3.949 (.684)	85 3.925 (.584)	17 3.892 (.694)	11 3.424 (.708)	1 4.000 (-)					1.654
	안전관리 서비스	66 3.858 (.935)	85 3.858 (.624)	17 3.627 (.587)	11 3.303 (.586)	1 4.000 (-)					1.677
사회적 지지	66 3.409 (.747)	85 3.480 (.642)	17 3.539 (.596)	11 3.257 (.479)	1 2.333 (-)						1.085
자기 효능감	66 2.490 (.728)	85 2.738 (.785)	17 2.867 (.672)	11 2.806 (.718)	1 1.375 (-)						2.331*
일상생활능력	66 2.680 (.902)	85 2.817 (.857)	17 2.847 (.678)	11 3.309 (.803)	1 2.300 (-)						1.399
생활만족도	66 3.746 (.679)	85 3.889 (.521)	17 3.806 (.479)	11 3.194 (.633)	1 3.714 (-)						3.513**

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.015$

유니트케어 노인요양시설의 학력별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식차이를 검증하기 위해 일원배치분산분석을 실시한 결과는 〈표 4-9〉와 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 영양서비스, 자기 효능감 등이다.

유니트케어 노인요양시설의 학력별 영양서비스에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F값이 3.253이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 교육수준별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 학력에 따른 영양서비스의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 대졸 이

상(M=4.750)이 가장 높고 초졸(M=4.032)이 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 대졸 이상은 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단되며, 전반적으로 영양서비스에 대한 만족도는 큰 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 학력별 자기 효능감에 대한 인식을 검증한 결과, F 값이 4.334이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 교육수준별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 학력에 따른 자기 효능감에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 대졸 이상(M=3.937)이 가장 높고 무학(M=2.486)이 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 대졸 이상은 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

그 밖의 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 유니트케어 노인요양시설은 학력에 따라 시설서비스, 의료서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등에 대한 집단 간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-9〉 유니트케어 노인요양시설 학력별 연구변인의 차이 분석

구 분		무학		초졸		중졸		고졸		대졸 이상		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비 스 품질	시설 서비스	54	4.326 (.499)	66	4.204 (.558)	44	4.289 (.519)	14	4.116 (.597)	2	4.500 (.353)	.776
	의료 서비스	54	4.083 (.547)	66	3.871 (.590)	44	4.022 (.527)	14	4.071 (.828)	2	4.250 (.353)	1.231
	영양 서비스	54	4.370 (.564)	66	4.032 (.599)	44	4.219 (.441)	14	4.119 (.717)	2	4.750 (.353)	3.253*
	안전관리 서비스	54	3.882 (.814)	66	3.722 (.705)	44	4.000 (.575)	14	3.809 (.781)	2	4.000 (1.414)	1.047
사회적 지지		54	3.194 (.988)	66	3.406 (.783)	44	3.500 (.684)	14	3.238 (.838)	2	3.666 (.942)	1.033
자기 효능감		54	2.486 (1.107)	66	3.024 (1.105)	44	3.255 (.782)	14	2.732 (.979)	2	3.937 (1.502)	4.334**
일상생활능력		54	2.838 (.985)	66	2.907 (.976)	44	3.129 (.823)	14	2.728 (1.031)	2	2.700 (1.272)	.804
생활만족도		54	3.952 (.522)	66	3.906 (.549)	44	3.915 (.510)	14	3.918 (.620)	2	4.642 (.505)	.943

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

이상의 분석결과를 살펴보면, 자기 효능감은 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 학력별 집단간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났으며, 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 모두 자기 효능감에 대한 평균이 그리 크지 않아 집단간 인식의 차이가 그리 크지 않으며, 그나마 복도형 노인요양시설 보다는 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 자기 효능감이 더 큰 것으로 나타났다.

4. 입소기간별 차이분석

복도형 노인요양시설의 입소기간에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양

서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는 <표 4-10> 과 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단 간 유의한 차이가 확인된 변수는 영양서비스, 일상생활능력 등이다.

복도형 노인요양시설의 입소기간에 따른 영양서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.556이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 입소기간에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 입소기간에 따라 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 입소기간이 7년 이상($M=4.257$)된 응답자가 가장 높고 입소기간이 6개월-1년 미만($M=3.769$)된 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 즉, 입소기간이 길수록 영양서비스에 대한 만족도가 크며, 입소기간이 짧을수록 영양서비스 만족도는 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 입소기간에 따른 일상생활능력의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.226이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 입소기간에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 입소기간에 따라 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력은 입소기간이 6개월-1년 미만($M=3.223$)된 응답자가 가장 높고, 7년 이상($M=2.327$)된 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 입소자의 연령, 건강 등과 관계가 있을 것으로 추정되며 입소기간이 길수록 연령이 높고 질병의 정도가 심해 노인 스스로 독립적인 일상생활을 하기에는 제한이 있다고 추정된다.

그 밖의 시설서비스, 의료서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 복도형 노인요양시설은 입소기간에 따라 시설서비스, 의료서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-10〉 복도형 노인요양시설 입소기간별 연구변인의 차이 분석

구분		6개월-1년 미만		1년 이상-3년 미만		3년 이상-5년 미만		5년 이상-7년 미만		7년 이상		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인요양시설 서비스 품질	시설 서비스	26	4.043 (.498)	66	3.979 (.594)	59	3.983 (.504)	18	4.138 (.415)	11	4.250 (.639)	.893
	의료 서비스	26	3.673 (.488)	66	3.659 (.674)	59	3.661 (.685)	18	3.777 (.599)	11	3.727 (.564)	.150
	영양 서비스	26	3.769 (.630)	66	3.798 (.677)	59	3.918 (.670)	18	4.194 (.405)	11	4.257 (.424)	2.556*
	안전관리 서비스	26	3.782 (.645)	66	3.782 (.729)	59	3.813 (.853)	18	3.851 (.668)	11	3.848 (.861)	.047
사회적 지지		26	3.474 (.806)	66	3.378 (.688)	59	3.460 (.546)	18	3.555 (.664)	11	3.424 (.923)	.297
자기 효능감		26	2.701 (.662)	66	2.661 (.776)	59	2.665 (.749)	18	2.562 (.907)	11	2.625 (.823)	.097
일상생활능력		26	3.223 (.843)	66	2.872 (.874)	59	2.669 (.824)	18	2.611 (.846)	11	2.327 (.664)	3.226*
생활만족도		26	3.763 (.597)	66	3.761 (.568)	59	3.733 (.660)	18	4.079 (.512)	11	3.779 (.623)	1.212

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

유니트케어 노인요양시설의 입소기간에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는 〈표 4-11〉 과 같다. 이들 변수 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인되는 변수는 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력 등이다.

유니트케어 노인요양시설의 입소기간에 따른 사회적 지지에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.275이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 입소기간에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 입소기간에 따른 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사

회적 지지는 입소기간이 7년 이상(M=3.666)된 응답자가 가장 높고 입소기간이 5년 이상-7년 미만(M=2.533)된 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 입소기간에 따른 자기 효능감에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.923이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 입소기간에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 입소기간에 따른 자기 효능감에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 입소기간이 6개월-1년 미만(M=3.106)된 응답자가 가장 높고 입소기간이 5년 이상-7년 미만(M=1.850)된 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 입소기간이 짧을수록 입소기간이 긴 입소자 보다 어떤 상황에서 어떤 행동을 시작하고 상황이 종료될 때까지 노력이 지속되는데 필요한 의지와 어렵고 힘든 일을 접했을 때 극복해 낼 수 있는 자기의지가 높은 것으로 추정된다. 그러나 6개월-1년 미만된 응답자를 제외하고는 전반적으로 입소기간에 따른 자기 효능감의 인식은 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 입소기간에 따른 일상생활능력의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.313이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 입소기간에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 입소기간에 따른 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력은 입소기간이 6개월-1년 미만(M=3.081)된 응답자가 가장 높고, 7년 이상(M=2.220)된 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 입소자의 연령, 건강 등과 관계가 있을 것으로 추정되며 입소기간이 길수록 연령이 높고 질병의 정도가 심해 노인 스스로 일상생활을 하기에는 지장이 있다고 추정된다.

그 밖의 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 유니트케어 노인요양시설

은 입소기간에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 생활만족도 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 유니트케어 노인요양시설 입소기간별 연구변인의 차이 분석

구분		6개월-1년 미만		1년 이상-3년 미만		3년 이상-5년 미만		5년 이상-7년 미만		7년 이상		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	27	4.263 (.544)	101	4.216 (.531)	37	4.337 (.555)	10	4.450 (.368)	5	4.100 (.627)	.793
	의료 서비스	27	4.092 (.537)	101	3.925 (.558)	37	4.054 (.714)	10	4.050 (.283)	5	4.200 (.758)	.807
	영양 서비스	27	4.092 (.535)	101	4.178 (.570)	37	4.202 (.664)	10	4.366 (.366)	5	4.666 (.424)	1.302
	안전관리 서비스	27	4.061 (.647)	101	3.844 (.720)	37	3.846 (.692)	10	3.533 (.773)	5	3.400 (1.140)	1.558
사회적 지지		27	3.512 (.881)	101	3.417 (.776)	37	3.252 (.860)	10	2.533 (.932)	5	3.666 (.513)	3.275*
자기 효능감		27	3.106 (.966)	101	2.974 (1.107)	37	2.875 (.999)	10	1.850 (.879)	5	2.825 (.563)	2.923*
일상생활능력		27	3.081 (.984)	101	3.004 (.956)	37	2.848 (.866)	10	2.340 (.818)	5	2.220 (.952)	2.313*
생활만족도		27	3.957 (.463)	101	3.916 (.520)	37	3.953 (.684)	10	3.828 (.391)	5	4.142 (.285)	.332

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

이상의 분석결과를 살펴보면, 일상생활능력은 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 입소기간별 집단간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났으며, 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 모두 일상생활능력에 대한 평균이 그리 크지 않아 집단간 인식의 차이가 그리 크지 않으며, 입소기간이 짧을수록 자신의 일상생활능력에 대해 긍정적인 응답을 한 것으로 나타났다.

5. 장기요양 등급별 차이분석

복도형 노인요양시설의 장기요양 등급에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는 <표 4-12> 와 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단 간 유의한 차이가 확인된 변수는 의료서비스, 일상생활능력 등이다.

복도형 노인요양시설의 장기요양등급별 의료서비스에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.356이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양 등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른 의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 5등급($M=4.000$)의 응답자가 가장 높고 1등급($M=2.500$)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 1등급과 5등급 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

복도형 노인요양시설의 장기요양등급별 일상생활능력에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 9.600이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력은 5등급($M=4.500$)의 응답자가 가장 높고 2등급($M=2.191$)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 5등급 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

그 밖의 시설서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 복도형 노인요양시설은 장기요양등급에 따라 시설서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-12〉 복도형 노인요양시설 장기요양 등급별 연구변인의 차이 분석

구 분	1등급		2등급		3등급		4등급		5등급		F
	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	1 3.375 (-)	35 4.117 (.479)	96 4.043 (.437)	47 3.912 (.728)	1 4.500 (-)	1.369				
	의료 서비스	1 2.500 (-)	35 3.814 (.501)	96 3.750 (.640)	47 3.446 (.653)	1 4.000 (-)	3.356*				
	영양 서비스	1 4.166 (-)	35 3.966 (.614)	96 3.958 (.523)	47 3.727 (.856)	1 4.000 (-)	1.187				
	안전관리 서비스	1 3.000 (-)	35 4.009 (.789)	96 3.791 (.634)	47 3.687 (.933)	1 4.000 (-)	1.235				
사회적 지지	1 2.500 (-)	35 3.471 (.691)	96 3.444 (.622)	47 3.439 (.760)	1 2.833 (-)	.707					
자기 효능감	1 1.500 (-)	35 2.467 (.881)	96 2.675 (.741)	47 2.779 (.688)	1 2.750 (-)	1.453					
일상생활능력	1 2.300 (-)	35 2.191 (.789)	96 2.805 (.772)	47 3.206 (.819)	1 4.500 (-)	9.600***					
생활만족도	1 3.428 (-)	35 3.849 (.554)	96 3.751 (.550)	47 3.823 (.745)	1 3.428 (-)	.388					

* : $p < 0.05$ *** : $p < 0.001$

유니트케어 노인요양시설의 장기요양등급에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는 〈표 4-13〉과 같다. 이들 변수 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 의료서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력 등이다.

유니트케어 노인요양시설의 장기요양등급별 의료서비스에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F값이 2.293이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른

의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 5등급(M=4.750)의 응답자가 가장 높고 4등급(M=3.843)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 5등급 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단되며 전반적으로 응답자들의 의료서비스 만족도는 높은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 장기요양등급별 사회적 지지에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.440이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사회적 지지는 4등급(M=3.619)의 응답자가 가장 높고 5등급(M=2.500)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 5등급 응답자의 샘플이 너무 적어 때문에 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

유니트케어 노인요양시설의 장기요양등급별 자기 효능감에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 4.386이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른 자기 효능감의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 4등급(M=3.332)의 응답자가 가장 높고 5등급(M=2.187)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 5등급 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

유니트케어 노인요양시설의 장기요양등급별 일상생활능력에 대한 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 18.914이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 장기요양등급에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 장기요양등급에 따른 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력은 4등급(M=3.518)의 응답자가 가장 높고 1등급(M=1.750)의 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

그 밖의 시설서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 생활만족도 등은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 유니트케어 노인요양시설은 장기요양 등급에 따라 시설서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 생활만족도 등에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-13〉 유니트케어 노인요양시설 장기요양 등급별 연구변인의 차이 분석

구 분	1등급		2등급		3등급		4등급		5등급		F
	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	12 4.354 (.563)	36 4.343 (.578)	98 4.229 (.514)	32 4.187 (.534)	2 4.687 (.265)	.864				
	의료 서비스	12 4.083 (.633)	36 4.152 (.545)	98 3.954 (.574)	32 3.843 (.601)	2 4.750 (.353)	2.293*				
	영양 서비스	12 4.347 (.583)	36 4.300 (.582)	98 4.144 (.573)	32 4.130 (.570)	2 4.833 (.235)	1.427				
	안전관리 서비스	12 4.166 (.731)	36 3.805 (.769)	98 3.840 (.670)	32 3.802 (.820)	2 3.833 (1.178)	.642				
사회적 지지	12 3.458 (.607)	36 3.092 (.877)	98 3.370 (.796)	32 3.619 (.863)	2 2.500 (1.649)	2.440*					
자기 효능감	12 2.510 (1.122)	36 2.413 (1.046)	98 3.012 (1.033)	32 3.332 (.952)	2 2.187 (1.149)	4.386**					
일상생활능력	12 1.750 (.643)	36 2.241 (.939)	98 3.124 (.774)	32 3.518 (.736)	2 3.000 (1.414)	18.914** *					
생활만족도	12 4.023 (.479)	36 4.055 (.549)	98 3.874 (.525)	32 3.901 (.568)	2 4.428 (.404)	1.306					

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

이상의 분석결과를 살펴보면, 의료서비스, 일상생활능력은 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 장기요양 등급별 집단간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다. 의료서비스의 경우 공통적으로 5등급의 응답자가 의료서비스 만족도가 높은 것으로 나타났고, 복도형 보다는 유니트케어 노인요양시설의 만족도가 전반적으로 더 큰 것으로 나타났다. 그러나 5등급 응답자의 케이스가 너무 적기 때문에 큰 의미를 부여

할 수 없다고 판단되며, 향후 연구지역의 범위와 대상을 좀 더 확장하여 연구해 볼 필요성이 있음을 시사한다.

6. 프로그램 참여도에 따른 차이분석

복도형 노인요양시설의 노인요양시설 프로그램 참여도에 따라 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식차이를 검증하기 위해 일원배치분산분석을 실시한 결과는 <표 4-14>와 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등이다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 시설서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 5.829이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 시설서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 시설서비스 만족도는 매일 1회 이상($M=4.289$) 참여한 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.656$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 따라서 프로그램 참여도가 높은 응답자 일수록 시설서비스에 대한 만족도가 큰 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 의료서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.396이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 월 1-2회 정도($M=4.166$) 참여한 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.375$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 영양서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 7.013이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 매일 1회 이상($M=4.283$) 참여한 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.395$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 따라서 프로그램 참여도가 높은 응답자 일수록 영양서비스에 대한 만족도가 큰 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 안전관리서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 4.370이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 안전관리서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 안전관리서비스 만족도는 기타($M=4.500$) 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.541$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 기타 응답자의 케이스가 너무 적기 때문에 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 사회적 지지의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.582이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사회적 지지 인식은 매일 1회 이상($M=3.709$) 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.000$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 따라서 복도형 노인요양시설에서 운영하는 프로그램의 참여횟수가 많은 응답자일 수록 사회적 관계와의 유대감, 신뢰감, 자신감 등에 대한 지각정도가 긍정적인 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 자기 효능감의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.384이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 자기 효능감 인식은 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감 인식은 매주 3회 이상($M=2.732$) 응답자가 가장 높고 기타($M=1.750$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 자기 효능감 인식은 전반적으로 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 생활만족도의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 8.020이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 생활만족도의 인식은 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 생활만족도 인식은 기타($M=4.214$) 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=3.303$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 기타 응답자의 케이스가 너무 적기 때문에 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다.

그 밖의 일상생활능력은 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나, 복도형 노인요양시설은 장기요양등급에 따라 일상생활능력에 대한 집단간 인식의 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-14〉 복도형 노인요양시설 프로그램 참여도에 따른 연구변인의 차이 분석

구 분	매일 1회 이상		매주 1회 이상		매주 3회 이상		월 1-2회 정도		전혀 안함		기타		F
	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	47 4.289 (.429)	45 3.775 (.617)	72 4.022 (.463)	6 4.187 (.293)	8 3.656 (.706)	2 4.250 (.353)	5.829***					
	의료 서비스	47 3.638 (.614)	45 3.533 (.651)	72 3.777 (.638)	6 4.166 (.516)	8 3.375 (.517)	2 4.000 (.000)	2.396*					
	영양 서비스	47 4.283 (.477)	45 3.633 (.691)	72 3.856 (.586)	6 4.083 (.139)	8 3.395 (.925)	2 4.000 (.000)	7.013***					
	안전관리 서비스	47 4.163 (.704)	45 3.600 (.777)	72 3.675 (.700)	6 4.166 (.459)	8 3.541 (.853)	2 4.500 (.707)	4.370**					
사회적 지지	47 3.709 (.643)	45 3.211 (.612)	72 3.465 (.624)	6 3.277 (.574)	8 3.000 (1.027)	2 3.583 (1.060)	3.582**						
자기 효능감	47 2.672 (.857)	45 2.694 (.649)	72 2.732 (.748)	6 2.520 (.807)	8 1.984 (.584)	2 1.750 (.353)	2.384*						
일상생활능력	47 2.740 (.987)	45 2.755 (.714)	72 2.968 (.819)	6 2.416 (.820)	8 2.400 (.997)	2 1.650 (.494)	1.967						
생활만족도	47 4.161 (.548)	45 3.523 (.521)	72 3.734 (.529)	6 3.928 (.251)	8 3.303 (1.005)	2 4.214 (.303)	8.020***						

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 따라 시설서비스, 의료 서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활 능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산 분석을 실시한 결과는 〈표 4-15〉와 같다. 이들 변수 중에서 각 집단 간 유의한 차이가 확인되는 변수는 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등이다.

유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 시설서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F값이 4.462이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응

답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 시설서비스의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 시설서비스 만족도는 전혀 안함($M=4.517$) 응답자가 가장 높고 월 1-2회 정도($M=4.050$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 전혀 안함 응답자와 월 1-2회 정도 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다. 허나 전반적으로 유니트케어 노인요양시설 입소자들의 시설만족도는 높은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 의료서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.286이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 의료서비스의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 전혀 안함($M=4.500$) 응답자가 가장 높고 월 1-2회 정도($M=3.600$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 전혀 안함, 월 1-2회 정도 응답자의 케이스가 너무 적기 때문에 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다. 허나 전반적으로 유니트케어 노인요양시설 입소노인들의 의료서비스 만족도는 높은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 영양서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.268이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 영양서비스의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 전혀 안함($M=4.476$) 응답자가 가장 높고 월 1-2회 정도($M=3.833$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 전혀 안함, 월 1-2회 정도 응답자의 샘플이 너무 적어 큰 의미를 부여할 수 없다고 판단된다. 허나 전반적으로 유니트케어 노인요양시설 입소노인들의 영양서비스 만족도는 높은 것으로 나타났다.

유닛케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 안전관리서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.094이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유닛케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 안전관리서비스의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 안전관리서비스 만족도는 매일 1회 이상($M=4.269$) 응답자가 가장 높고 매주 3회 이상($M=3.581$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유닛케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 사회적 지지의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 6.136이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유닛케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 사회적 지지에 대한 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사회적 지지 인식은 매주 1회 이상($M=3.589$) 응답자가 가장 높고 기타($M=2.066$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유닛케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 자기 효능감의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 11.164이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유닛케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 자기 효능감의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감 인식은 매주 1회 이상($M=3.335$) 응답자가 가장 높고 전혀 안함($M=2.053$) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그리고 전반적으로 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 자기 효능감의 인식의 정도가 낮은 것으로 나타나 유닛케어 노인요양시설은 입소노인들의 자기 효능감을 높일 수 있는 프로그램 개발에 다양한 노력을 해야 할 것이다.

유닛케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 일상생활능력의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 5.586이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로

응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 일상생활능력의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력 인식은 매일 1회 이상(M=3.204) 응답자가 가장 높고 기타(M=1.740) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다. 그리고 전반적으로 입소노인의 프로그램 참여도에 따른 일상생활능력의 인식 정도가 낮은 것으로 나타나 유니트케어 노인요양시설은 입소노인들의 일상생활능력을 높일 수 있는 프로그램 개발 및 운영에 다양한 노력을 해야 함을 시사한다.

유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 대한 생활만족도의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.151이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 프로그램 참여도에 따른 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 프로그램 참여도에 따라 생활만족도의 인식 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 생활만족도는 매일 1회 이상(M=4.136) 응답자가 가장 높고 기타(M=3.628) 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

이상의 분석결과를 살펴보면, 시설서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도는 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 프로그램 참여도에 대한 집단간 인식 차이가 있는 것으로 나타났다. 노인요양시설 서비스 품질 즉, 시설서비스(M=4.258), 영양서비스(M=4.194), 안전관리서비스(M=3.848)는 유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도에 따른 서비스 품질 만족도가 복도형 노인요양시설(시설서비스 M=4.022, 영양서비스 M=3.900, 안전관리서비스 M=3.803) 보다 더 높게 나타났고, 사회적 지지(M=3.555), 자기 효능감(M=2.906), 생활만족도(M=3.931) 또한 복도형 노인요양시설(사회적 지지 M=3.439, 자기 효능감 M=2.656, 생활만족도 M=3.785) 보다 유니트케어 노인요양시설의 프로그램 참여도의 효과가 더 높은 것으로 나타났다. 따라서 전통적인 복도형 노인요양시설은 유니트케어 노인요양시설의 장점을

체계적으로 분석해 본 뒤, 이를 벤치마킹하여 양질의 프로그램 개발 및 운영을 위한 다양한 노력해야 할 것임을 시사한다.

〈표 4-15〉 유니트케어 노인요양시설 프로그램 참여도에 따른 연구변인의 차이 분석

구 분	매일 1회 이상		매주 1회 이상		매주 3회 이상		월 1-2회 정도		전혀 안함		기타		F
	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인요양시설서비스품질	시설 서비스	21 4.511 (.495)	99 4.109 (.552)	43 4.441 (.390)	5 4.050 (.659)	7 4.517 (.512)	5 4.400 (.346)			4.462**			
	의료 서비스	21 4.119 (.568)	99 3.914 (.593)	43 4.069 (.603)	5 3.600 (.418)	7 4.500 (.288)	5 4.000 (.000)			2.286*			
	영양 서비스	21 4.460 (.584)	99 4.070 (.613)	43 4.337 (.459)	5 3.833 (.471)	7 4.476 (.310)	5 4.266 (.302)			3.268**			
	안전관리 서비스	21 4.269 (.719)	99 3.862 (.654)	43 3.581 (.770)	5 3.600 (1.090)	7 4.095 (.809)	5 4.000 (.235)			3.094*			
사회적 지지	21 3.222 (.656)	99 3.589 (.717)	43 3.034 (.949)	5 3.500 (.565)	7 3.238 (.838)	5 2.066 (.961)			6.136***				
자기 효능감	21 2.779 (.928)	99 3.335 (.803)	43 2.171 (1.051)	5 3.150 (1.788)	7 2.053 (1.042)	5 2.225 (1.426)			11.164***				
일상생활능력	21 3.204 (.778)	99 3.108 (.910)	43 2.665 (.785)	5 2.980 (1.515)	7 1.900 (1.096)	5 1.740 (.870)			5.586***				
생활만족도	21 4.136 (.474)	99 3.880 (.550)	43 4.073 (.495)	5 3.342 (.627)	7 3.816 (.347)	5 3.628 (.372)			3.151**				

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

7. 노인요양시설 지역별 차이분석

복도형 노인요양시설의 지역별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식의 차이를 검증하기 위하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과는

〈표 4-16〉과 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단간 유의한 차이가 확인된 변수는 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적지지, 일상생활능력, 생활만족도 등이다.

복도형 노인요양시설의 지역별 시설서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 10.882이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 시설서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 시설서비스 만족도는 전라남도 지역($M=4.285$)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라북도 지역($M=3.687$)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 의료서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.398이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 경기지역($M=3.820$)에 입소한 응답자가 가장 높고 광주지역($M=3.400$)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 영양서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 12.519이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 경기지역($M=4.306$)에 입소한 응답자가 가장 높고 경상북도 지역($M=3.594$)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 안전관리서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 21.790이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 안전관리서비스에 대한 인식의 차이

가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 안전관리서비스 만족도는 전라남도 지역(M=4.408)에 입소한 응답자가 가장 높고 광주지역(M=3.241)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 사회적 지지의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 13.976이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사회적 지지는 전라남도 지역(M=3.850)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라북도 지역(M=2.879)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 일상생활능력의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 2.387이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 일상생활능력은 광주지역(M=3.005)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라남도 지역(M=2.577)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

복도형 노인요양시설의 지역별 생활만족도의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 16.946이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 복도형 노인요양시설 입소노인의 지역별 생활만족도에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 생활만족도는 전라남도 지역(M=4.288)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라북도 지역(M=3.504)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-16〉 복도형 노인요양시설 지역별 연구변인의 차이 분석

구 분		광주		전북		전남		경기		경북		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	40	3.840 (.545)	36	3.687 (.517)	49	4.285 (.499)	25	4.275 (.550)	30	4.025 (.228)	10.882***
	의료 서비스	40	3.400 (.777)	36	3.597 (.518)	49	3.806 (.627)	25	3.820 (.537)	30	3.816 (.533)	3.398*
	영양 서비스	40	3.729 (.617)	36	3.611 (.552)	49	4.234 (.503)	25	4.306 (.666)	30	3.594 (.576)	12.519***
	안전관리 서비스	40	3.241 (.758)	36	3.583 (.654)	49	4.408 (.553)	25	4.013 (.656)	30	3.655 (.450)	21.790***
사회적 지지		40	3.416 (.572)	36	2.879 (.589)	49	3.850 (.533)	25	3.440 (.752)	30	3.472 (.562)	13.976***
자기 효능감		40	2.850 (.724)	36	2.409 (.683)	49	2.683 (.886)	25	2.520 (.684)	30	2.762 (.681)	1.996
일상생활능력		40	3.005 (.680)	36	2.622 (.680)	49	2.577 (1.152)	25	2.964 (.856)	30	2.950 (.597)	2.387*
생활만족도		40	3.550 (.523)	36	3.504 (.569)	49	4.288 (.452)	25	3.777 (.654)	30	3.623 (.415)	16.946***

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

유니트케어 노인요양시설의 지역별 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도에 대한 인식차이를 검증하기 위해 일원배치분산분석을 실시한 결과는 〈표 4-17〉 과 같다. 이들 변수들 중에서 각 집단 간 유의한 차이가 확인된 변수는 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등이다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 시설서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F값이 6.251이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 시설서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 시설서비스 만족도는 강원

도 지역(M=4.528)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라남도 지역(M=3.900)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 의료서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 3.347이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 의료서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 의료서비스 만족도는 강원도 지역(M=4.204)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라북도 지역(M=3.590)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 영양서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 9.534이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 영양서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 영양서비스 만족도는 경기 지역(M=4.888)에 입소한 응답자가 가장 높고 전라북도 지역(M=3.742)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 안전관리서비스의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 6.255이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 안전관리서비스에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 안전관리서비스 만족도는 전라북도 지역(M=4.181)에 입소한 응답자가 가장 높고 경기지역(M=2.555)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 사회적 지지의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 19.906이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 사회적 지지에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 사회적 지지는 전라남도 지

역(M=4.016)에 입소한 응답자가 가장 높고 강원도 지역(M=2.503)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 자기 효능감의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 30.864이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 자기 효능감에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 전라북도 지역(M=4.090)에 입소한 응답자가 가장 높고 강원도 지역(M=1.846)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 일상생활능력의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 8.823이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 일상생활능력에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 자기 효능감은 전라남도 지역(M=3.830)에 입소한 응답자가 가장 높고 강원도 지역(M=2.384)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

유니트케어 노인요양시설의 지역별 생활만족도의 인식 차이를 검증한 결과, F 값이 6.827이고 이에 대한 유의확률이 $p < 0.05$ 로 응답자의 지역별 차이가 없다는 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하였다. 따라서 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 지역별 생활만족도에 대한 인식의 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 입소노인의 생활만족도는 광주지역(M=4.518)에 입소한 응답자가 가장 높고 경북지역(M=3.815)에 입소한 응답자가 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-17〉 유니트케어 노인요양시설 지역별 연구변인의 차이 분석

구 분		강원도		광주		전북		전남		경기		경북		F
		N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	N	Mean (Std.)	
노인 요양 시설 서비스 품질	시설 서비스	44	4.528 (.447)	19	4.480 (.473)	11	4.079 (.539)	10	3.900 (.184)	6	4.500 (.418)	90	4.125 (.543)	6.251***
	의료 서비스	44	4.204 (.509)	19	4.131 (.663)	11	3.590 (.700)	10	3.900 (.737)	6	4.250 (.273)	90	3.900 (.546)	3.347**
	영양 서비스	44	4.378 (.381)	19	4.596 (.455)	11	3.742 (.672)	10	3.766 (.285)	6	4.888 (.136)	90	4.075 (.593)	9.534***
	안전관리 서비스	44	4.045 (.699)	19	3.754 (.815)	11	4.181 (.431)	10	4.133 (.391)	6	2.555 (.455)	90	3.785 (.689)	6.255***
사회적 지지		44	2.503 (.910)	19	3.473 (.542)	11	3.909 (.534)	10	4.016 (.318)	6	3.416 (.229)	90	3.601 (.621)	19.906***
자기 효능감		44	1.846 (.966)	19	2.480 (1.042)	11	4.090 (.547)	10	3.925 (.222)	6	2.208 (.540)	90	3.304 (.698)	30.864***
일상생활능력		44	2.384 (.881)	19	2.547 (.897)	11	3.700 (.479)	10	3.830 (.262)	6	2.850 (1.082)	90	3.078 (.897)	8.823***
생활만족도		44	3.863 (.388)	19	4.518 (.431)	11	4.129 (.512)	10	3.885 (.276)	6	4.023 (.473)	90	3.815 (.569)	6.827***

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$

이상의 분석결과를 살펴보면, 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등은 공통적으로 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 지역별 집단간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다. 노인요양시설 서비스 품질 즉, 시설서비스(M=4.258), 영양서비스(M=4.194), 안전관리서비스(M=3.848)는 유니트케어 노인요양시설의 만족도가 복도형 노인요양시설(시설서비스 M=4.022, 영양서비스 M=3.900, 안전관리서비스 M=3.803) 보다 더 높게 나타났다. 사회적 지지(M=3.439)는 복도형 노인요양시설이 유니트케어 노인요양시설(사회적 지지 M=3.355) 보다 높게 나타났고, 그 밖의 자기 효능감(M=2.906), 일상생활능력(M=2.925), 생활만족도(M=3.815) 등은 유니트케어 노인요양시설의 만족도가 복도형 노인요양시설(자기 효능감 M=2.656, 일상생활능

력 $M=2.797$, 생활만족도 $M=3.785$) 보다 더 높게 나타났다. 그리고 유니트 케어 노인요양시설의 경우 전반적으로 강원도가 다른 지역보다 평균이 낮게 나타나 향후 연구에서는 복도형 노인요양시설과 같이 지역별 비교분석 연구를 통하여 그 원인과 대책마련에 대한 심층적인 연구가 필요함을 시사한다.

8. 변수간의 상관관계 분석

변수간의 상관관계분석⁵⁾은 연구하고자 하는 각 변수간의 관련성을 분석하기 위해 사용한다. 본 연구는 구성요인간의 전체적인 관련성을 알아보기 위하여 Pearson 상관분석을 실시하였다.

<표 4-18>의 상관관계 분석결과를 보면, 첫째, 대부분의 각 변수들 간 유의한 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 특히 Pearson상관계수가 0.5 이상 변수들을 살펴보면, 영양서비스는 시설서비스($r=.659$), 의료서비스($r=.571$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났으며, 자기 효능감은 사회적 지지($r=.538$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 그리고 일상생활 능력은 자기 효능감($r=.519$)과 상관관계를 가지는 것으로 나타났으며, 생활만족도는 영양서비스($r=.568$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났다.

둘째, 일부 각 변수간에는 유의미한 상관관계가 확인되지 않았다. 사회적 지지는 시설서비스와 유의미한 상관관계가 확인되지 않았으며, 자기 효능감은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스와 유의미한 상관관계가 확

5) 상관관계 분석 시 두 변수 사이의 상관관계에는 허위변수(spurious variable)나 혼란변수(confounding variable)의 영향이 모두 포함되므로 두 변수 사이의 순수한 관계가 어떠한지는 단정할 수 없다(김태일, 1997: 25). 즉 두 변수사이의 인과관계가 실제로는 존재하지 않더라도 존재하는 것으로 인식되는 허위변수나 실제의 관계보다 과대 혹은 과소평가 되는 혼란변수가 개입될 개연성이 있다(남궁근, 1999: 212). 따라서 구조방정식모형 분석과정에서 변수간의 상관관계를 살펴보는 목적이 변수간 관계의 경향을 이해하는데 있으므로 상관관계 분석결과의 해석 시 두 변수 사이에 공동변화 경향이 있다는 정도로 파악하여야 하며(Hair, Jr et al., 1998: 603), 인과관계 여부는 AMOS 분석으로 판정하기로 한다.

인되지 않았다. 그리고 일상생활능력은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스와 유의미한 상관관계가 확인되지 않았으며, 생활만족도는 자기 효능감, 일상생활능력과 유의미한 상관관계가 확인되지 않았다.

셋째, 이 외의 각 변수간의 상관관계는 비교적 적은 것($r < 0.5$)으로 나타났다.

〈표 4-18〉 변수간의 상관관계 분석

구분	시설 서비스	의료 서비스	영양 서비스	안전관리 서비스	사회적 지지	자기 효능감	일상 생활능력	생활 만족도
시설서비스	1.000							
의료서비스	.499**	1.000						
영양서비스	.659**	.571**	1.000					
안전관리서비스	.498**	.382**	.470**	1.000				
사회적 지지	.101	.119*	.210**	.244**	1.000			
자기 효능감	-.088	.046	-.012	.117*	.538**	1.000		
일상생활능력	-.055	-.004	-.046	-.001	.289**	.519**	1.000	
생활만족도	.487**	.413**	.568**	.497**	.352**	.093	-.031	1.000

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

제 4절 연구모형 및 가설의 검증

1. 연구모형 분석

구조방정식모형은 구성개념간의 인과관계를 측정모형과 구조모형을 통하여 모형간의 인과관계를 구체화한 후, 그 효과를 기술하여 설명된 분산과 설명되지 않은 분산을 구분하고 모형간의 인과관계를 파악하는 방정식모형을 의미하며(Joreskog & Sorborn, 1989: 1),⁶⁾ 구조방정식모형은 공분산구조모형이라고 부른다(Long, 1983: 11).⁷⁾

구조방정식모형 분석은 분석모형의 전반적인 적합도(overall model fit)를 평가하고 표본자료에 대한 구조방정식이나 모수추정치(parameter estimate)등과 동일한 모형 구성요소의 적합도에 의해 밝혀지지 않은 부적합성(inadequacy)까지 함께 나타낼 수 있는 장점이 있다(Bollen, 1989: 256). Amos 분석방법은 LISREL처럼 표본자료에 대한 가설모형의 적합도를 평가하는 다양한 척도를 제공하는데, 이들은 주로 모형의 전반적 적합도(절대적합지수), 기초모형에 대한 경쟁모형의 적합도(증분적합지수), 모형의 간명성과 관련된 적합도(간명적합지수), 그리고 고정지수(CR값 또는 t 값) 등으로 구분된다. 본 연구에서는 모수추정치를 도출해내기 위하여 최대우도비추정방법(maximum likelihood method: MLE)이 사용되었으며,

6) 구조방정식모형은 구조모형(structural model)과 측정모형(measurement model)으로 구성되는 데, 구조모형은 이론 및 가설을 구성하고 있는 이론변수와 관련된 모형이며, 측정모형은 측정변수와 관련된 모형이다. 측정변수는 항상 독립변수로서 외생변수가 되며, 이론변수는 구성개념(construct)으로서 내생변수 또는 종속변수가 된다. 측정모형은 외생개념과 개념간 상관·공분산 그리고 외생개념의 예측변수와 예측변수의 측정오차로 이루어진 모형이다. 구조모형은 내생개념과 개념 간 상관·공분산 그리고 내생개념의 예측변수와 예측변수의 측정오차로 이루어진 모형이다(Hair Jr. 외, 1998: 584-586).

7) 공분산구조모형(covariance structural modeling)은 상관관계 자료를 가지고 구조모형을 검증하는 분석으로써 일련의 관찰된 변수들 간의 관계를 분석하여 이보다 더 적은 수의 잠재적 변수들 간의 구조관계를 설명하기 위한 분석방법이다(Long, 1983: 11).

전체모형의 적합도를 알아보기 위해 카이제곱값(χ^2)과 기타 적합지수를 적용한다.

최대우도비추정방법이나 최대가능법(MLE)은 관찰변수들이 수량변수이며 다변량 정규분포의 가정을 갖고, 표본자료를 표준상관행렬과 모형예측 상관행렬 요소의 카이제곱을 최소화하여 산출 가능성의 최대화 기준에 따라 모수값을 최적화하는 계산방법이다(조선배, 1996).

적합지수들을 구체적으로 살펴보면, 먼저 절대적합지수(absolute fit measures)는 구조모형과 측정모형의 관찰된 공변량행렬이나 상관관계행렬에 의해 예측되어지는 정도에 따라 결정된다. 주로 이용되는 절대부합지수는 카이제곱값(χ^2), 기초적합지수(goodness of fit index: GFI), 그리고 원소 간 평균차이(root mean square residual: RMR), 근사오차평균자승의 이중근(root mean square error of approximation: RMSEA) 등이 있다.

χ^2 값은 자료의 정규분포를 근거로 예측 가능한 빈도와 실제빈도를 표준화한 척도이다. 유의수준은 그 차이가 표본변동때문이라는 확률적 의미를 표시한다. 자유도보다 상대적으로 큰 χ^2 값은 관찰행렬과 추정행렬이 유의한 차이가 있다는 것을 의미한다. 카이제곱검증에서 자유도는 매우 의미가 크며 모수에 가깝기 때문에 χ^2 값이 자유도에 근접할수록 모수에 근접하게 된다. 가끔 카이제곱값에 대한 유의수준이(signif. p) 유의미한 차이가 있다라는(signif. $p=0.00$) 결과가 나타난 배경은 카이제곱 값이 지니고 있는 몇 가지 문제점 때문이다. 첫째, 카이제곱 값은 표본집단의 크기와 둘째, 측정변수의 과도한 비대칭도와 모델선정이 잘못되었을 경우 셋째, 모형검증을 위한 여러 조건들이 만족되지 않은 경우일 수 있다(Bentler & Bonett, 1980; Bollen, 1989). 즉, 기본적으로 다변량 정규분포의 가정에 위배되거나, 표본추출이 잘못되어 측정 자료가 모집단을 충분히 대표하지 못하거나, 제안모형에 대한 개념설정의 오류일 가능성 등 원인들이 될 수 있다. 그러나 중요한 것은 카이제곱 값이 매우 크고 그 확률치가 매우 작아 유의한 차이가 있다고 하더라도 실제로 제안모형이

현실을 제대로 반영하는 적합도가 좋은 모형일 가능성이 크며, 모형검증에서 다른 많은 조건들이 위배되었을 경우도 있기 때문에 이러한 적합도 판단을 전적으로 x^2 값에 의존하는 것은 부적절하며, 다른 여러 가지 적합지수를 함께 고려하여 궁극적으로 결론을 내려야 할 것이다(Fornell, 1983; 배병렬, 2007).

기초적합지수(Goodness-of-fit-index: GFI)는 표본의 크기와 무관하며 비정규성에 엄격한 통계량이며, 통계량은 확률분포가 알려져 있지 않으며 분포는 x^2 값과 같이 표본의 크기에 의존한다. 이 값은 0에서 1.0 사이에 있으며, 기초적합지수가 0이면 모형은 적합하지 않고, 1.0이면 완벽하게 일치함을 나타낸다. 이 값이 클수록 좋은 적합도를 나타내지만 수용가능성을 판정하는 절대기준은 아니다. 그리고 보편적으로 권장되는 기초적합지수의 수용수준은 0.90 이상이며 표본의 크기가 200 이상이면 제안모형의 적합도를 평가하는데 크게 무리가 없다(배병렬, 2007).

원소 간 평균차이(root mean square residual: RMR)는 일치하지 않는 잔차의 평균을 측정하는 것으로 분석자료의 기초행렬과 재생산된 행렬간의 원소들이 어느 정도 차이가 있는가를 보여 준다. 모든 잔차가 0이면 원소 간 평균차이도 0이 되며, 따라서 모형은 완벽하게 적합하다고 결론을 내린다. 입력 자료가 상관행렬인 경우에, 0.05이하이면 좋은 모형으로 평가된다(배병렬, 2007).

근사오차평균자승의 이중근(RMSEA: root mean square error of approximation)은 표본 크기가 큰 제안모형을 기각시키는 통계량의 한계를 극복하기 위해 개발된 지수이며, 모형을 표본이 아닌 모집단에서 추정할 때 기대되는 적합도를 의미한다.

RMSEA값의 적합한 지수로는 0.05 이하를 기준으로 보는 경우(Steiger, 1990)도 있으나, 0.08 이하를 적합하게 보는 경우(Bagozzi & Dholakia, 2002)도 있으며, 0.05 이하이면 매우 좋으며, 0.08 이하이면 양호하고, 0.1 이하이면 보통인 것으로 판단하기도 한다(우종필, 2012). Chen 등(2008)은 RMSEA가 0.08 부근일 경우 제안된 모델이 참모델(theoretical true

model)에 아주 근접하게 부합하는 것(close-fit)은 아닐지라도 적절한 부합도(good-fit)는 나타내 준다고 보았다(김종덕, 2009; 배병렬, 2007).

증분적합지수(incremental fit measures)는 분석모형을 기초모형⁸⁾과 비교할 때 사용되는 측정지수로서 Bentler의 표준적합지수(normed fit index: NFI)⁹⁾와 비교적합지수(comparative fit index: CFI), 터커루이스지수(Turker-Lewis Index: TLI) 등이 있다. 증분적합지수(incremental fit measures)는 통계중요성과 실무중요성 중에서 실무중요성에 관한 정보를 제공한다. 통계적으로 중요한 결과는 자료를 설명할 때 실무적인 유용성에 맞도록 평가할 수 있다. 이들 값의 범위는 1과 0사이에 있으며 값이 클수록 높은 수준의 적합도를 나타낸다.

간명적합지수는 분석모형의 간명성(parsimony) 즉, 모형이 추정계수마다 필요한 적합도에 최대치에 도달하는 정도를 검증하기 위한 측정지수이다. 간명적합지수(parsimonious fit measures)에는 간명기초적합지수(parsimony goodness of fit index: PGFI), 간명표준적합지수(parsimony normed fit index: PNFI) 등이 있다. PGFI와 PNFI는 높으면 좋으나 일반적으로 0.6 이상이면 적절한 부합한다고 한다(이학식·임지훈, 2007). PGFI, PNFI 값은 0부터 1사이의 값을 갖으며 값이 크면 클수록 간명도가 높다고 본다. 이에 대해서는 어느 정도 높아야 높은지에 대한 기준은 없고 다만 경쟁모형과 비교하는데 쓰인다(배병렬, 2007).

본 연구에서는 모형의 전반적인 적합도를 알아내기 위해 카이제곱 값(χ^2)을 비롯한 조정부합지수(AGFI), 기초부합지수(GFI)와 원소 간 평균

8) 기초모형(null model)은 이론적으로 지지되는 가장 단순한 모형으로 가설화 된다. 기초모형은 제안모형과의 차이를 비교하는 기준선 또는 비교기준으로 이용되며 주로 증대적합지수와 관련된다. 가장 일반적인 예는 측정오차가 없는 모든 예측 변수들과 관련이 있는 단일 구성개념 모형이다(Hair, Jr. 외, 1998: 582).

9) 표준적합지수는 평가모형에서 구해진 카이제곱 값의 통계량과 모든 예측 모수들을 0으로 한, 즉 모형의 각 변수 간에 인과관계가 전혀 없다고 상정했을 때 기초모형의 카이제곱 값을 비교하여 평가하려는 모형이 표본의 자료를 얼마나 설명할 수 있는지를 측정하려는 지표이다. 따라서 이 지수는 표본자료가 변수간의 인과관계를 완전히 설명하면 1, 그렇지 못하면 0을 나타낸다. 즉 평가하려는 모형이 표본의 자료에 얼마나 근접해 있는지를 상대적으로 측정하는 지표이다(Bentler & Bonett, 1980: 599~600).

차이(RMR)와 같은 절대적합지수와 표준적합지수(NFI) 및 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI) 등 증분적합지수와 그리고 간명적합지수로서 PGFI, PNFI 등 적합도 지수를 가지고 분석모형의 적합성을 판단하고 고정지수를 가지고 가설의 적합성 여부를 검증하였다.

〈표 4-19〉는 본 연구의 제안모형을 검증한 결과이다. 이를 구체적으로 살펴보면, 전체 모형의 $X^2 = 3156.9$, $df = 1144$, X^2 에 대한 p 값 0.000, 복도형 노인요양시설 모형의 $X^2 = 2226.1$, $df = 1044$, X^2 에 대한 p 값 0.000, 유니트케어 노인요양시설 모형의 $X^2 = 2405.9$, $df = 1097$, X^2 에 대한 p 값 0.000으로 카이자승 값과 자유도 p 값만 보고 영가설을 기각시키기 때문에 연구모형과 분석자료가 적합하다고 할 수 없다. 그러나 다른 적합지수를 기준으로 했을 경우 AGFI(조정부합지수), CFI(비교적합지수), NFI(표준적합지수), GFI(기초부합지수), IFI(증대적합지수)가 1에 가까우며, RMR(원소 간 평균차이)도 요구기준치에 적합하다. 그리고 표준 X^2 값은 X^2 값을 자유도(degree of freedom: df)로 나눈 값을 말한다. 이 값이 1 이하이면 과대 적합되어 있음을 의미한다. 2-3 이상이거나 관대한 수준인 5 이상이면 모형이 표본공분산 행렬을 적합하지 않음을 의미한다(배병렬, 2007: 194). 본 모형의 경우 전체 모형의 표준 X^2 값이 2.760, 복도형 노인요양시설 모형의 표준 X^2 값이 2.132, 유니트케어 노인요양시설 모형의 표준 X^2 값이 2.193으로 5 이하이기 때문에 모형이 표본공분산행렬을 일정부분 부합하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 여러 적합지수를 고려해 보면 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 연구모형은 가설검증 및 인과모형을 설명하는데 적합한 분석모형으로 볼 수 있다.

〈표 4-19〉 구조모형의 모형적합도

비교기준		수용기준	전체	복도형	유니트케어	
적합도	절대적합지수	$X^2(df)$	-	3156.9 (1144)	2226.1 (1044)	2405.9 (1097)
		X^2/df	-	2.760	2.132	2.193
		p-value	>0.05	.000	.000	.000
		GFI	≥0.9	.919	.915	.901
		AGFI	≥0.9	.967	.945	.924
		RMR	≤0.05	.030	.042	.047
		RMSEA	$0.05 \leq X \leq 0.08$.070	.067	.078
	충분적합지수	CFI	≥0.9	.963	.951	.944
		NFI	≥0.9	.921	.907	.904
		IFI	≥0.9	.938	.924	.923
		TLI	≥0.9	.943	.925	.916
	간명적합지수	PGFI	≥0.6	.645	.618	.601
		PNFI	≥0.6	.758	.668	.671

2. 연구가설 검증

연구가설의 검증은 가설의 채택여부를 결정하는 일련의 과정으로 가설의 옳고 그름을 객관적으로 판단하기 위해 모집단에서 표본을 추출한 다음, 추출한 표본을 대상으로 변수를 측정하고 여기서 얻어지는 표본의 특성치를 이용하여 가설의 채택여부를 결정한다.

본 연구에서는 가설에 대한 외생변수, 내생변수, 매개 내생변수 등 구성개념간의 관계를 AMOS 구조방정식모형분석으로 얻어진 표본의 특성치인 경로계수와 표준오차, 고정지수(t 값) 등을 가지고 유의수준인 0.05에서 채택여부를 검증하였다. 가설에 대한 각 검증결과는 아래와 같다.

(1) 노인요양시설의 서비스 품질과 자기 효능감과의 관계

노인요양시설 운영형태에 따른 서비스 품질이 입소노인의 자기 효능감에 미치는 영향력의 차이를 검증하기 위해 아래와 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-20> 과 같다.

가설 1. 노인요양시설의 서비스 품질이 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 1-1. 노인요양시설의 시설서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 1-2. 노인요양시설의 의료서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 1-3. 노인요양시설의 영양서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 1-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-20> 에서 노인요양시설 서비스 품질 요인과 자기 효능감과의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. 먼저 <가설 1-1>의 ‘노인요양시설의 시설서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .284(t 값=1.892,

$p=.058$)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 $.231(t_{값}=2.061, p=.039)$ 로 유의적인 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 시설서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 1-1>은 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설서비스는 노인들의 자기 효능감 형성에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타나, 향후 노인요양시설의 시설장은 거실을 중심으로 가정적인 환경 속에서 소수를 케어하는 형태의 시설서비스를 보완하는 케어시스템 도입의 확장을 고려해 볼 필요성이 있음을 시사한다.

둘째, <가설 1-2>의 ‘노인요양시설의 의료서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 $.315(t_{값}=2.197, p=.028)$ 로 유의적인 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 $.074(t_{값}=.676, p=.499)$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 의료서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 1-2>는 채택되었다.

셋째, <가설 1-3>의 ‘노인요양시설의 영양서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 $.189(t_{값}=1.199, p=.230)$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 $.008(t_{값}=.058, p=.954)$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 영양서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 차이가 없는 것으로 나타나 <가설 1-3>은 기각되었다. 특히 복도형과 유니트케어 노인요양시설 모두 영양서비스와 자기 효능감과의 관계에서 유의미하지 않는 인과관계를 가지는 것으로 나타났는데, 이는 입소자들의 생존에 필수적인 의식주와 같은 서비스 제공은 자기 효능감과는 무관하다고 인식하는 것으로 판단된다. 허나 이러한 분석결과를 단정하기에는 한계가 있어 향후 보다 심층적인 연구가 필요할 것이다.

넷째, <가설 1-4>의 ‘노인요양시설의 안전관리서비스가 자기 효능감에

미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .045($t_{값}=.331, p=.741$)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .232($t_{값}=2.988, p=.003$)로 유의적인 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 안전관리 서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 1-4>는 채택되었다.

따라서 ‘노인요양시설의 서비스 품질이 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 <가설 1>은 부분 채택되었다. 그리고 복도형 노인요양시설의 서비스 품질 중 의료서비스가 자기 효능감에 유의적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 자기효능감에도 의료서비스가 미치는 영향력이 더 큰 것으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인요양시설의 서비스 품질 중 시설서비스와 안전관리서비스는 자기 효능감에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났는데 그 중 안전관리서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력이 더 큰 것으로 나타났다.

<표 4-20> 서비스 품질과 자기 효능감간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (<i>t</i>)	<i>p</i>	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (<i>t</i>)	<i>p</i>
자기 효능 감	← 시설서비스	.284	.131	1.892	.058	.231	.183	2.061	.039
	← 의료서비스	.315	.166	2.197	.028	.074	.185	.676	.499
	← 영양서비스	.189	.137	1.199	.230	.008	.293	.058	.954
	← 안전관리 서비스	.045	.106	.331	.741	.232	.129	2.988	.003

(2) 노인요양시설의 서비스 품질과 일상생활능력과의 관계

노인요양시설 운영형태에 따른 서비스 품질이 입소노인의 일상생활능력

에 미치는 영향력에 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-21> 과 같다.

가설 2. 노인요양시설의 서비스 품질이 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 2-1. 노인요양시설의 시설서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 2-2. 노인요양시설의 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 2-3. 노인요양시설의 영양서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 2-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-21>의 노인요양시설 서비스 품질 요인과 일상생활능력과의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. 먼저 <가설 2-1>의 ‘노인요양시설의 시설서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .014(t 값=.089, p =.929)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .442(t 값=3.249, p =.001)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 시설서비스가 일상생활능력에 미치는 영향력은

차이가 있는 것으로 나타나 <가설 2-1>은 채택되었다. 유니트케어는 복도형 시설처럼 공동생활 공간이 아니라 입소노인이 주체이고 가정형 구조로 되어있다. 즉, 유니트케어 환경에 입소한 노인이나 가족들은 입소노인이 집에서 시설로 이사를 왔다고 생각하고, 그 가족은 시설에 계시는 노인을 면회 온 것이 아니라 혼자 사시는 노인 댁에 방문을 한 것이라(손명숙, 2006)는 인식이 강해 일상생활능력 향상에도 긍정적인 영향을 미친 것으로 추정된다.

둘째, <가설 2-2>의 ‘노인요양시설의 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 $.229(t값=1.598, p=.110)$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 $.281(t값=2.165, p=.030)$ 로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 2-2>는 채택되었다. 유니트케어 노인요양시설은 유니트 별로 케어를 전담하는 인력을 고정 배치하며 의료서비스 또한 이러한 운영방식에 기초하여 서비스가 제공되고 있다. 전통적인 대규모 노인요양시설에서는 전체를 대상으로 순환근무하나, 유니트케어에서는 각 유니트 별로 케어를 전담하는 인력을 고정배치하기 때문에 이용자와 친밀한 관계가 형성되며 이용자의 욕구(need)를 보다 면밀하게 파악할 수 있는 장점을 가지고 있어 일상생활능력 향상에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 판단된다.

셋째, <가설 2-3>의 ‘노인요양시설의 영양서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 $.169(t값=1.088, p=.277)$ 로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 $.449(t값=2.657, p=.008)$ 로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 영양서비스가 일상생활능력에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 2-3>은 채택되었다.

넷째, <가설 2-4>의 ‘노인요양시설의 안전관리서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .210(t 값=1.617, p =.106)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .204(t 값=2.115, p =.034)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영형태에 따른 안전관리서비스가 일상생활능력에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 2-4>는 채택되었다.

따라서 ‘노인요양시설의 서비스 품질이 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 <가설 2>는 채택되었다. 즉, 서비스 이용노인의 욕구에 기반하여 직원배치와 의사결정 등 지속적인 서비스 질 개선을 위하여 이용자 중심의 체계를 구축하고 편안하고 안락한 환경을 조성하는 유니트케어 노인요양시설 서비스는 일상생활능력 향상에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인요양시설의 서비스 품질 즉, 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스 등은 일상생활능력에 유의미한 영향력을 미치는 것으로 나타났는데, 그 중 영양서비스, 시설서비스가 입소노인의 일상생활능력에 미치는 영향력이 매우 큼을 확인할 수 있었다. 복도형 노인요양시설의 서비스 품질 구성요인은 일상생활능력에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나, 이러한 분석결과를 단정 짓기보다는 향후에는 이와 관련된 선행연구들을 분석, 측정 할 수 있는 항목들을 좀 더 세분화하여 연구모형 설정 및 비교 분석을 통해 정리될 필요가 있음을 시사한다.

〈표 4-21〉 서비스 품질과 일상생활능력간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (<i>t</i>)	<i>p</i>	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (<i>t</i>)	<i>p</i>
일상 생활 능력	← 시설서비스	.014	.228	.089	.929	.442	.211	3.249	.001
	← 의료서비스	.229	.286	1.598	.110	.281	.208	2.165	.030
	← 영양서비스	.169	.244	1.088	.277	.449	.347	2.657	.008
	← 안전관리 서비스	.210	.173	1.617	.106	.204	.152	2.115	.034

(3) 사회적 지지와 자기 효능감과의 관계

입소노인의 사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향이 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 〈표 4-22〉와 같다.

가설 3. 사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

〈표 4-22〉의 입소노인의 사회적 지지와 자기 효능감과의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. <가설 3>의 ‘사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .459($t_{값}=4.198, p=.000$)로 유의미한 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .648($t_{값}=5.329, p=.000$)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 입소노인에 대한 사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 없는 것으로

나타나 <가설 3>은 기각되었다. 비록 <가설 3>은 기각되었지만 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 모두 입소노인에 대한 사회적 지지가 높을수록 자기 효능감 형성에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타나 고령자의 가족관계 및 사회적 관계망의 중요성을 다시 한 번 확인해 볼 수 있었다.

<표 4-22> 사회적 지지와 자기 효능감 간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
자기 효능감	← 사회적 지지	.459	.087	4.198	.000	.648	.153	5.329	.000

(4) 사회적 지지와 일상생활능력과의 관계

입소노인의 사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향이 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-23> 과 같다.

가설 4. 사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-23> 의 입소노인의 사회적 지지와 일상생활능력과의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. <가설 4>의 '사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다'는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .188(t 값=1.835, p =.066)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .388(t 값=4.144,

$p=.000$)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 입소노인에 대한 사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 4>는 채택되었다. 유니트케어 노인요양시설은 사회적 지지와 일상생활능력간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인에 대한 사회적 지지가 클수록 독립적인 일상생활능력의 가능성이 큰 것으로 나타났다. 따라서 유니트케어 노인요양시설은 입소노인이 타인과의 상호교류를 통하여 물질적 도움과 정서적 지지, 소속감 등의 형성을 통해 유니트케어 운영시스템에 따라 자율적으로 생활하도록 케어를 받음으로써 독립적인 일상생활수행이 가능하도록 하는데 중요한 역할을 하고 있음을 추정할 수 있다.

<표 4-23> 사회적 지지와 일상생활능력간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
일상생활 능력	← 사회적 지지	.188	.141	1.835	.066	.388	.112	4.144	.000

(5) 자기 효능감과 생활만족도와의 관계

입소노인의 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향이 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-24>와 같다.

가설 5. 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태 (복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

〈표 4-24〉의 입소노인의 자기 효능감과 생활만족도와와의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. <가설 5>의 ‘자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .129($t_{값}=2.118, p=.034$)로 유의미한 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .036($t_{값}=.324, p=.746$)로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 입소노인에 대한 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 5>는 채택되었다. 특히 복도형 노인요양시설은 입소노인의 자기 효능감과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 자기 효능감이 클수록 생활만족도가 커짐을 알 수 있었다. 대부분의 노인들은 은퇴 후 사회활동이 축소되고, 지적능력이나 신체감각 저하로 대인관계 및 사회활동이 위축되며 일상생활에 어려움을 경험하게 된다. 따라서 일상적으로 자기 자신에 대한 자기 효능감은 떨어지는 것으로 나타난다. 그렇더라도 신체 모든 기능이 소실되는 것이 아니고 기본적으로 필요한 기능들은 유지되기 때문에 심리적·사회적인 면까지 손상되지는 않으므로 자기 효능감이 높은 노인일수록 생활만족도가 큼을 알 수 있었다.

〈표 4-24〉 자기 효능감과 생활만족도간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
생활 만족도	← 자기 효능감	.129	.063	2.118	.034	.036	.062	.324	.746

(6) 일상생활능력과 생활만족도와의 관계

입소노인의 일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향이 노인요양시설

운영형태에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-25> 와 같다.

가설 6. 일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-25>의 입소노인의 일상생활능력과 생활만족도와의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. <가설 6>의 ‘일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .015($t_{값}=.288, p=.774$)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .180($t_{값}=1.999, p=.046$)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 입소노인의 일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 6>은 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설은 일상생활능력과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인의 독립적인 일상생활능력도가 클수록 생활만족도 또한 커짐을 알 수 있다.

<표 4-25> 일상생활능력과 생활만족도간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
생활 만족도	← 일상 생활능력	.015	.032	.288	.774	.180	.053	1.999	.046

(7) 노인요양시설의 서비스 품질과 생활만족도와의 관계

노인요양시설 운영형태에 따른 서비스 품질이 입소노인의 생활만족도에 미치는 영향력의 차이를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 <표 4-26> 과 같다.

가설 7. 노인요양시설의 서비스 품질이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 7-1. 노인요양시설의 시설서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 7-2. 노인요양시설의 의료서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 7-3. 노인요양시설의 영양서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

가설 7-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-26>의 노인요양시설 서비스 품질 요인과 생활만족도와의 영향 관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. 먼저 <가설 7-1>의 ‘노인요양시설의 시설서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .004($t_{값}=.041, p=.967$)로 유

의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .344(t 값=2.163, p =.031)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양 시설 운영형태에 따른 시설서비스가 생활만족도에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 7-1>은 채택되었다.

둘째, <가설 7-2>의 ‘노인요양시설의 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .042(t 값=.427, p =.669)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .329(t 값=2.094, p =.036)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 노인요양 시설 운영형태에 따른 의료서비스가 생활만족도에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 7-2>는 채택되었다.

셋째, <가설 7-3>의 ‘노인요양시설의 영양서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .245(t 값=2.359, p =.018)로 유의미한 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .012(t 값=.061, p =.951)로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 노인요양시설 운영 형태에 따른 영양서비스가 생활만족도에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 7-3>은 채택되었다.

넷째, <가설 7-4>의 ‘노인요양시설의 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .406(t 값=4.502, p =.000)로 유의미한 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .025(t 값=.247, p =.805)로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 노인요양 시설 운영형태에 따른 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향력은 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 7-4>는 채택되었다.

따라서 ‘노인요양시설의 서비스 품질이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 <가설 7>은 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설은 시설서비스, 의료서비스

등과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 가지고 있고, 그 중 의료서비스 보다는 시설서비스가 입소노인의 생활만족도에 미치는 영향력이 더 크음을 확인할 수 있었다. 복도형 노인요양시설은 영양서비스, 안전관리서비스 등과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 가지고 있고, 그 중 영양서비스 보다는 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향력이 더 크음을 확인할 수 있었다.

〈표 4-26〉 서비스 품질과 생활만족도간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
생활 만족 도	← 시설서비스	.004	.091	.041	.967	.344	.144	2.163	.031
	← 의료서비스	.042	.117	.427	.669	.329	.147	2.094	.036
	← 영양서비스	.245	.098	2.359	.018	.012	.228	.061	.951
	← 안전관리 서비스	.406	.072	4.502	.000	.025	.095	.247	.805

(8) 사회적 지지와 생활만족도와의 관계

입소노인의 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향이 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 있는지를 검증하기 위해 다음과 같은 가설을 설정하고 분석결과는 〈표 4-27〉 과 같다.

가설 8. 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태 (복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.

<표 4-27>의 입소노인의 사회적 지지와 생활만족도와와의 영향관계를 복도형 노인요양시설과 유니트케어 노인요양시설로 나누어 비교하여 보았다. <가설 8>의 ‘사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’는 복도형 노인요양시설의 경로계수가 .350($t_{값}=4.389, p=.000$)로 유의미한 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설의 경로계수가 .251($t_{값}=2.028, p=.043$)로 유의미한 것으로 나타났다. 따라서 입소노인의 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 차이가 없는 것으로 나타나 <가설 8>은 기각되었다. 비록 <가설 8>은 기각되었지만 복도형 및 유니트케어 노인요양시설은 공통적으로 사회적 지지와 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인에 대한 사회적 지지가 높을수록 생활만족도는 높아짐을 확인할 수 있었다.

<표 4-27> 사회적 지지와 생활만족도간의 관계

구분		복도형 노인요양시설				유니트케어 노인요양시설			
		표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p	표준화 계수	표준오차 (S.E.)	C.R. (t)	p
생활 만족도	← 사회적 지지	.350	.066	4.389	.000	.251	.087	2.028	.043

이상의 본 연구의 가설 검증 결과를 요약하면 <표 4-28> 과 같다.

〈표 4-28〉 가설검증 결과 요약

가 설	채택 여부
가설 1. 노인요양시설의 서비스 품질이 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	부분 채택
가설 1-1. 노인요양시설의 시설서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 1-2. 노인요양시설의 의료서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 1-3. 노인요양시설의 영양서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	기각
가설 1-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 2. 노인요양시설의 서비스 품질이 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 2-1. 노인요양시설의 시설서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 2-2. 노인요양시설의 의료서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 2-3. 노인요양시설의 영양서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 2-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 3. 사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	기각
가설 4. 사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 5. 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 6. 일상 생활능력이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 7. 노인요양시설의 서비스 품질이 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 7-1. 노인요양시설의 시설서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 7-2. 노인요양시설의 의료서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 7-3. 노인요양시설의 영양서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 7-4. 노인요양시설의 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향은 시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	채택
가설 8. 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다.	기각

3. 구조방정식 모형의 효과분해

구조방정식 모형 분석은 기존의 회귀분석을 통해서 파악할 수 없는 요인 사이의 직접효과와 간접효과를 통해 총 효과를 측정할 수 있는 장점이 있다. 따라서 본 연구에서는 추가적인 분석방법으로 노인요양시설 운영형태에 따른 서비스 품질과 생활만족도에 미치는 직·간접 효과를 고찰해보고자 하였으며 그 결과는 <표 4-29>, <표 4-30> 과 같다. <표 4-29> 의 복도형 노인운영시설 직·간접 및 총 효과 분석결과를 살펴보면, 자기 효능감에 대한 총 효과는 사회적 지지(.459)가 가장 큰 것으로 나타났다으며, 일상생활능력에 대한 총 효과는 의료서비스(.229)가, 생활만족도에 대한 총 효과는 안전관리서비스(.415)가 가장 크게 나타났다. 그리고 의료서비스와 사회적 지지는 자기 효능감을 매개하여 생활만족도에 영향을 미치는 간접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났고, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 직접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 분석결과 자기 효능감의 매개효과를 확인할 수 있었으며, 사회적 지지는 생활만족도와의 관계에서 직·간접적인 인과관계를 모두 가지고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-29〉 복도형 노인운영시설 직접·간접효과 및 총효과 분석결과(표준화 계수)

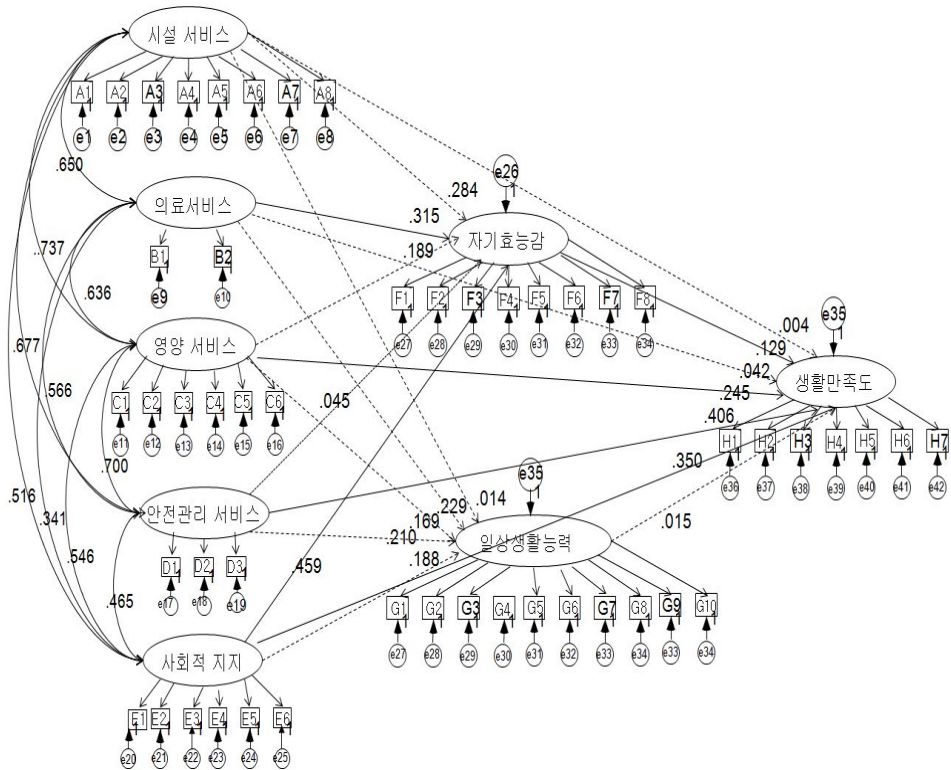
구분		노인운영시설 서비스 품질				사회적 지지	자기 효능감	일상 생활 능력	생활 만족도
		시설 서비스	의료 서비스	영양 서비스	안전관리 서비스				
자기 효능감	직접효과	.284	.315	.181	.045	.459	-	-	-
	간접효과	-	-	-	-	-	-	-	-
	총효과	.284	.315	.181	.045	.459	-	-	-
일상 생활 능력	직접효과	.014	.229	.169	.210	.188	-	-	-
	간접효과	-	-	-	-	-	-	-	-
	총효과	.014	.229	.169	.210	.188	-	-	-
생활 만족도	직접효과	.004	.042	.245	.406	.350	.015	.129	-
	간접효과	.037	.037	.021	.009	.056	-	-	-
	총효과	.041	.079	.266	.415	.406	.015	.129	-

〈표 4-30〉의 유니트케어 노인운영시설 직·간접 및 총 효과 분석결과를 살펴보면, 자기 효능감에 대한 총 효과는 사회적 지지(.648)가 가장 큰 것으로 나타났으며, 일상생활능력에 대한 총 효과는 영양서비스(.449)가, 생활만족도에 대한 총 효과는 시설서비스(.416)가 가장 크게 나타났다. 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지는 일상생활능력을 매개하여 생활만족도에 영향을 미치는 간접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났고, 시설서비스, 의료서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 직접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 분석결과 일상생활능력의 매개효과를 확인할 수 있었으며, 시설서비스, 의료서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 관계에서 직·간접적인 인과관계를 모두 가지고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-30〉 유니트케어 노인운영시설 직접·간접효과 및 총 효과 분석결과(표준화 계수)

구분		노인운영시설 서비스 품질				사회적 지지	자기 효능감	일상 생활 능력	생활 만족도
		시설 서비스	의료 서비스	영양 서비스	안전관리 서비스				
자기 효능감	직접효과	.231	.074	.008	.232	.648	-	-	-
	간접효과	-	-	-	-	-	-	-	-
	총효과	.231	.074	.008	.232	.648	-	-	-
일상 생활 능력	직접효과	.442	.281	.449	.204	.388	-	-	-
	간접효과	-	-	-	-	-	-	-	-
	총효과	.442	.281	.449	.204	.388	-	-	-
생활 만족도	직접효과	.344	.329	.012	.025	.251	.180	.036	-
	간접효과	.071	.048	.081	.028	.046	-	-	-
	총효과	.416	.377	.092	.054	.204	.180	.036	-

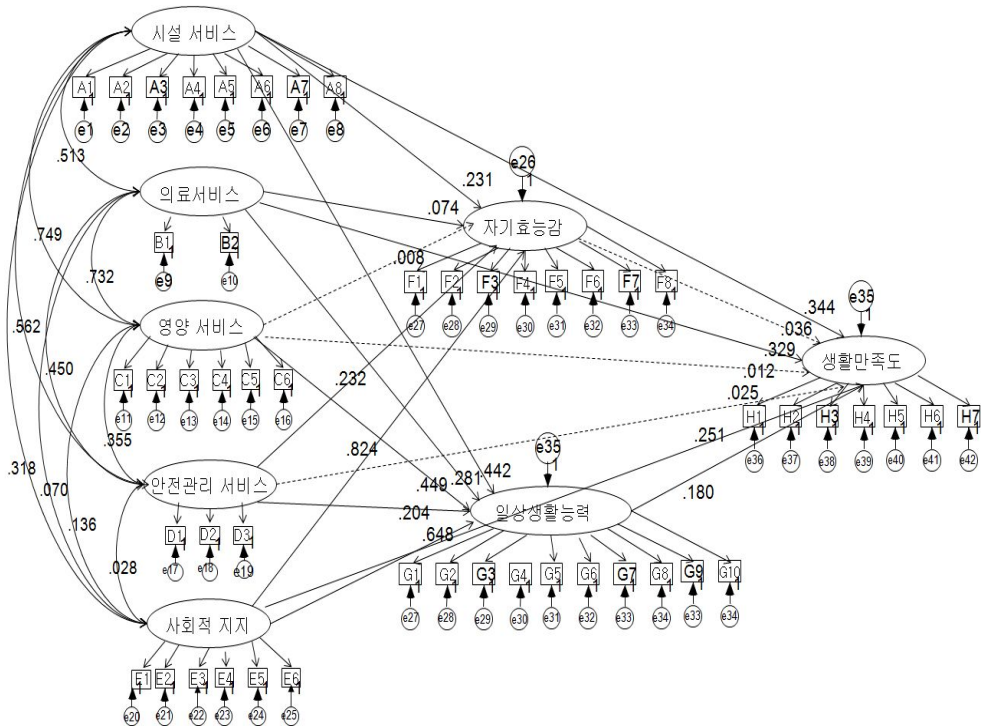
이상의 분석결과를 바탕으로 〈그림 4-1〉, 〈그림 4-2〉는 최종 수정 모형의 경로추정치를 간단히 도식한 경로분석 결과이다.



〈그림 4-1〉 복도형 노인요양시설의 구조모형 경로계수 결과 값

주 1: 각 경로계수는 표준화된 값

주 2: 실선(→)은 통계적으로 유의미한 관계(*p<.05), 점선(---)은 통계적으로 유의미하지 않은 관계



〈그림 4-2〉 유니트케어 노인요양시설의 구조모형 경로계수 결과 값

주 1: 각 경로계수는 표준화된 값

주 2: 실선(→)은 통계적으로 유의미한 관계(*p<.05), 점선(---)은 통계적으로 유의미하지 않은 관계

제 5절 분석결과의 논의

본 연구는 노인요양시설 서비스 품질요인으로서 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 그리고 생활만족도와의 직접적인 예측요인으로서 자기 효능감, 일상생활능력과의 인과관계를 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는지를 실증적으로 분석하기 위하여 구조방정식모형을 작성하여 가설을 검증하였다. 아울러 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따른 서비스 품질과 생활만족도간의 인과관계와 그 효과를 실증적으로 분석함으로써 차후 효율적인 노인요양시설 운영 및 관리에 대한 바람직한 방향제시를 목적으로 복도형 및 유니트케어 노인요양시설에 입소한 노인을 대상으로 살펴보았다.

본 연구에서 제시한 연구문제는 크게 세가지이다. 첫째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도는 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는가? 둘째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도 영향요인은 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는가? 셋째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도 영향요인 간 인과관계는 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는가? 이다. 본 절에서는 이러한 연구문제를 중심으로 분석과정에서 도출해낸 중요한 결과들에 대하여 전체적으로 검토하였다.

첫째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도는 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 노인요양시설 운영형태별 차이 분석을 위해 t-test 분석결과, 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 자기 효능감, 생활만족도 등은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 확인되었다. 전반적으로 유니트케어 노인요양시설의 만족도가 복도형 노인요양시설 보다 더 높게 나타났다. 즉, 시설서비스는 유니트케어 노인요양시설의 $M=4.258$, 복도형 요양시설의 $M=4.022$, 의료서비스는 유니트케어 노인요양시설의 $M=3.992$, 복도형 요양시설의 $M=3.678$, 영양서비스는 유니트케어 노인요양시설의 $M=4.194$,

복도형 요양시설의 $M=3.901$, 자기 효능감은 유니트케어 노인요양시설의 $M=2.907$, 복도형 요양시설의 $M=2.656$, 생활만족도는 유니트케어 노인요양시설의 $M=3.932$, 복도형 요양시설의 $M=3.786$ 으로 나타나 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 서비스 품질 만족도와 생활만족도는 복도형 노인요양시설 보다 큼을 확인할 수 있었다. 이러한 분석결과는 이제는 시설 설비를 확충하기보다는 가정친화적인 서비스를 제공함으로써 입소노인들이 즐겁고 편안하게 노후를 보낼 수 있도록 만들어 주는 것이 무엇보다 중요함을 나타낸 결과이다. 유니트케어의 가장 큰 특징 중에 하나가 ‘요양시설의 가정화’이다. 즉, 시설에서 생활하는 노인들은 집에서 생활하는 것처럼 생활할 수 있도록 해주는 것이 중요하다. 따라서 우리나라의 노인요양시설도 이러한 측면을 고려하여 시설의 개선과 서비스의 제공 노력이 필요함을 시사한다.

둘째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도 영향요인은 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 대체적으로 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 입소노인의 일상생활능력과 생활만족도와의 인과관계 분석결과 입소노인의 일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있으며, 특히 유니트케어 노인요양시설 입소노인의 경우 일상생활능력이 클수록 생활만족도는 커지는 것으로 나타났다. 자기 효능감과 생활만족도와의 인과관계 분석결과 입소노인의 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있으며, 특히 복도형 노인요양시설의 입소노인은 자기 효능감이 클수록 생활만족도가 커짐을 알 수 있었다. 노인요양시설 서비스 품질 구성요인인 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스와 생활만족도와의 인과관계 분석결과 입소노인의 서비스 품질이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 유니트케어 노인요양시설의 입소노인은 시설서비스, 의료서비스에 대한 만족도가 커 높은 생활만족도를 확인할 수 있었고, 복도형 노인요양시설의 입소노인은 영양

서비스, 안전관리서비스에 대한 만족도가 커 높은 생활만족도를 확인할 수 있었다. 이 중 유니트케어 노인요양시설 입소노인들이 시설서비스에 대한 만족도가 높은 이유는 유니트케어는 입소한 노인들의 시설 생활만족도를 높이기 위해서 큰 공간에 많은 수의 노인들이 동시에 입소하기 보다는 입소자의 개별적인 서비스 제공에 초점을 두고 있는 운영방식에 대한 만족도가 크기 때문으로 추정된다. 따라서 노인요양시설 입소자의 생활만족도를 제고시키기 위해 전통적인 노인요양시설 케어시스템을 고수하기 보다는 외국의 좋은 사례들을 벤치마킹하여 우리나라 특성에 맞게 재설계하여 입소노인들의 신체적, 정신적 상태를 고려한 시설개발 모색이 필요함을 시사한다. 그러나 사회적 지지와 생활만족도와의 인과관계 분석결과 입소노인의 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따른 차이가 없는 것으로 나타났으나, 공통적으로 복도형 및 유니트케어 노인요양시설은 모두 입소노인에 대한 사회적 지지가 높을수록 생활만족도는 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과에 대한 보다 신중한 원인 분석이 필요하다고 판단된다. 왜냐하면 본 연구의 사회적 지지에 대한 측정문항들이 선행연구를 참조하여 구성했음에도 불구하고 해당 노인요양시설의 특성을 제대로 반영하지 못한 채 측정이 이루어졌을 가능성이 있기 때문이다. 따라서 향후 연구에서는 내용 구성 및 척도개발에 보다 많은 연구가 이루어져야 할 것이며 보다 심층적인 분석이 필요할 것으로 본다. 또한 본 연구가 횡단적 연구이기 때문에 이러한 변수들의 영향관계를 제대로 파악할 수 없었을지도 모른다. 따라서 노인요양시설 운영형태별 생활만족도 차이에 대해 종단적 연구를 해 볼 필요성이 있음을 제안한다.

셋째, 노인요양시설의 입소노인의 생활만족도 영향요인 간 인과관계는 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 대체적으로 차이가 있는 것으로 나타났다. 우선 복도형 노인요양시설 직·간접 및 총 효과 분석결과를 살펴보면, 자기 효능감에 대한 총 효과는 사회적 지지가 가장 큰 것으로 나타났다으며, 일상생활능력에 대한 총 효과는 의료서비스가, 생활만족도에 대한

총 효과는 안전관리서비스가 가장 크게 나타났다. 의료서비스와 사회적 지지는 자기 효능감을 매개하여 생활만족도에 영향을 미치는 간접적인 영향관계를 가지고 있는 것으로 나타났고, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 직접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 자기 효능감의 매개효과를 확인할 수 있었으며, 사회적 지지는 생활만족도와의 관계에서 직·간접적인 인과관계를 모두 가지고 있는 것으로 나타났다. 그리고 유니트케어 노인운영시설 직·간접 및 총 효과 분석결과를 살펴보면, 자기 효능감에 대한 총 효과는 사회적 지지가 가장 큰 것으로 나타났으며, 일상생활능력에 대한 총 효과는 영양서비스가, 생활만족도에 대한 총 효과는 시설서비스가 가장 크게 나타났다. 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지는 일상생활능력을 매개하여 생활만족도에 영향을 미치는 간접적인 영향관계를 가지고 있는 것으로 나타났고, 시설서비스, 의료서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 직접적인 인과관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 일상생활능력의 매개효과를 확인할 수 있었으며, 시설서비스, 의료서비스, 사회적 지지는 생활만족도와의 관계에서 직·간접적인 인과관계를 모두 가지고 있는 것으로 나타났다.

제 5장 결 론

제 1절 연구결과의 요약

본 연구는 구조방정식모형을 통하여 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따른 생활만족도 차이분석을 위해 생활만족도 영향 변수의 중요한 결정인자로 확인된 다양한 변수들 간의 상대적인 영향력을 고찰하였다. 또한 연구의 분석모형에 포함된 변수들 간의 관계를 분석하여 입소 노인 생활만족도 제고를 위한 시사점을 규명하는 것을 목적으로 하였다.

본 연구의 실증 분석결과를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 요인분석결과 이론의 검토과정에서 제안되었던 대부분의 변수에서 생활만족도의 직·간접적인 요인이 확인되었다.

둘째, 노인요양시설 운영형태에 따른 t-test 결과, 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 자기 효능감, 생활만족도 등은 노인요양시설 운영형태별 유의한 차이가 확인되었다. 연령별 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 시설서비스, 영양서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등에서, 유니트케어 노인요양시설은 일상생활능력에서 유의한 차이가 확인되었다. 학력별 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 자기 효능감, 생활만족도 등에서, 유니트케어 노인요양시설은 영양서비스, 자기 효능감 등에서 유의한 차이가 확인되었다. 입소기간별 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 영양서비스, 일상생활능력 등에서, 유니트케어 노인요양시설은 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력 등에서 유의한 차이가 확인되었다. 장기요양 등급별 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 의료서비스, 일상생활능력에서, 유니트케어 노인요양시설은 의료서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력 등에서 유의한 차이가 확인되었다. 프로그램 참여도에 따른 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 생활만족도 등에서,

유니트케어 노인요양시설은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등에서 유의한 차이가 확인되었다. 마지막으로 지역별 차이 분석결과, 복도형 노인요양시설은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 일상생활능력, 생활만족도 등에서, 유니트케어 노인요양시설은 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스, 사회적 지지, 자기 효능감, 일상생활능력, 생활만족도 등에서 유의한 차이가 확인되었다.

셋째, 상관관계 분석결과를 보면, 첫째, 대부분의 변수들 사이에 유의한 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 특히 Pearson 상관계수가 0.5 이상인 변수들을 살펴보면, 영양서비스는 시설서비스($r=.659$), 의료서비스($r=.571$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났으며, 자기 효능감은 사회적 지지($r=.538$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 그리고 일상생활능력은 자기 효능감($r=.519$)과 상관관계를 가지는 것으로 나타났으며, 생활만족도는 영양서비스($r=.568$)와 상관관계를 가지는 것으로 나타났다.

넷째, ‘노인요양시설의 서비스 품질이 자기 효능감에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있을 것이다’라는 <가설 1>은 부분 채택되었다. 즉, 시설서비스, 의료서비스, 안전관리서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태에 따라 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 노인요양시설의 영양서비스가 자기 효능감에 미치는 영향력은 복도형 노인요양시설은 경로계수가 .189($t_{값}=1.199$, $p=.230$)로 유의미하지 않는 것으로 나타났으며, 유니트케어 노인요양시설은 경로계수가 .008($t_{값}=.058$, $p=.954$)로 유의미하지 않는 것으로 나타나 시설운영형태에 따라 차이가 없는 것으로 나타나 가설은 기각되었다.

다섯째, 노인요양시설의 서비스 품질이 일상생활능력에 미치는 영향은 시설운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있어 <가설 2>는 채택되었다. 즉, 유니트케어 노인요양시설의 시설서비스, 의료서비스, 영양서비스, 안전관리서비스가 일상생활능력에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고, 그 중 시설서비스와 영양서비스의 만족도가 일상생활능력에 미치

는 영향력이 매우 큼을 확인할 수 있었다.

여섯째, 입소노인에 대한 사회적 지지가 자기 효능감에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 없는 것으로 나타나 <가설 3>은 기각되었다. 비록 <가설 3>은 기각되었지만 복도형 및 유니트케어 노인요양시설 모두 입소노인에 대한 사회적 지지가 높을수록 자기 효능감 형성에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타나 고령자의 가족관계 및 사회적 관계망 또는 사회적 지지의 중요성을 다시 한 번 확인해 볼 수 있었다.

일곱째, 입소노인에 대한 사회적 지지가 일상생활능력에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 4>는 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설은 사회적 지지와 일상생활능력간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인에 대한 사회적 지지가 클수록 독립적인 일상생활능력의 가능성이 큰 것으로 나타났다.

여덟째, 입소노인에 대한 자기 효능감이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 5>는 채택되었다. 특히 복도형 노인요양시설은 자기 효능감과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인의 자기 효능감이 클수록 생활만족도가 커짐을 알 수 있었다.

아홉째, 입소노인의 일상생활능력이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 6>은 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설은 일상생활 능력과 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인의 독립적인 일상생활능력도가 클수록 생활만족도가 커짐을 알 수 있었다.

열 번째, 노인요양시설의 서비스 품질이 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태(복도형, 유니트케어)에 따라 차이가 있는 것으로 나타나 <가설 7>은 채택되었다. 특히 유니트케어 노인요양시설의 시설서비스, 의료서비스 등은 생활만족도에 유의미한 인과관계를 가지고 있고,

그 중 시설서비스가 입소노인의 생활만족도에 미치는 영향력이 큼을 확인할 수 있었다. 복도형 노인요양시설의 영양서비스, 안전관리서비스 등은 생활만족도에 유의미한 인과관계를 가지고 있고, 그 중 안전관리서비스가 생활만족도에 미치는 영향력이 큼을 확인할 수 있었다.

열한 번째, 입소노인의 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향력은 노인요양시설 운영형태와는 차이가 없는 것으로 나타나 <가설 8>은 기각되었다. 비록 <가설 8>은 기각되었지만 복도형 및 유니트케어 노인요양시설은 공통적으로 사회적 지지와 생활만족도간의 유의미한 인과관계를 확인할 수 있어 입소노인에 대한 사회적 지지가 높을수록 생활만족도는 높아짐을 확인할 수 있었다.

제 2절 연구의 시사점

문화수준이 향상되고 생활수준이 높아갈수록 노인부양에 대한 사회적 부담이 커져가고 있다. 가족들의 부양부담을 줄이고, 노인들의 삶의 질을 향상시키기 위하여 도입된 노인장기요양제도는 양적 팽창에 주력하여 시설규모는 충족되었으나 입소자의 삶의 질은 고려되지 않아 장기요양서비스를 이용하고 있는 노인들의 삶은 외로움, 고독감 등으로 노후를 보내는 시간이 많아졌다.

시설입소노인들의 삶의 질을 확보하고 이들의 욕구를 충족하기 위해서는 실천적 제도적인 보완이 시급하다. 따라서 노인장기요양서비스 전달체계에서 입소노인의 생활만족도를 제고할 수 있는 제언을 하면 다음과 같다.

1. 실천적 측면

집단적으로 생활하는 대규모시설에서는 입소노인이 종사자의 얼굴도 기억하기 어려울뿐더러 서비스제공자들도 입소자 개개인의 특성을 이해하기 어렵다는 문제점이 있다. 그러나 대부분의 노인요양시설의 서비스 제공방식은 대부분 집단적·의료적인 형태로서 시설입소 노인들의 생존에 필수적인 의식주와 같은 서비스를 제공하고, 입소노인의 잔존능력을 유지하고 신체적 건강관리가 케어의 기본이었으나, 입소노인의 삶의 질을 개선하고 생활만족도를 향상시키기 위하여 이를 개선한 케어모델이 OECD국가를 중심으로 제시되었다.

본 연구는 전통적인 복도형 모델과 새롭게 제시하는 유니트케어의 비교를 통해 입소노인의 삶의 욕구를 충족시키며 궁극적으로 입소노인의 생활만족도를 향상시키고자 함으로, 연구결과 복도형 노인요양시설에서는 입소노인의 자기 효능감이 클수록 생활만족도가 높게 나타났다. 또한 유니트케어 노인요양시설에서는 사회적 지지가 클수록 독립적인 일상생활능력

의 가능성이 큰 것으로 나타났다. 이는 입소노인의 독립적인 일상생활능력도가 클수록 생활만족도가 커짐을 알 수 있었다.

연구결과를 토대로 시설입소노인의 생활만족도를 향상시키기 위하여 몇 가지 제언을 하면 아래와 같다.

첫째, 시설입소노인들이 집에서 생활하는 것처럼 편안하게 생활할 수 있도록 노인요양시설의 기능개선을 하여야 한다. 입소노인의 욕구를 충족해 주기 위해서는 입소노인의 독립적인 일상생활능력도가 클수록 생활만족도가 높게 나타남으로써, 입소자 개개인의 사생활보장과 독립적인 생활공간이 요구된다. 복도형 노인요양시설의 생활실은 4인 이하로 구성되어 있어 이들의 욕구를 충족해 주기 위해서는 다인실보다는 개인실 위주로 구성되어야 하며, 복도형 대형시설은 입소자간이나 종사자와의 친밀도가 떨어져 일반가정 형태의 소규모 생활환경을 조성해 주어야 한다. 즉 입소노인의 프라이버시를 존중해 주고 내 집에서 생활하는 것처럼 편안하게 생활할 수 있는 환경조성이 이루어져야 한다.

둘째, 입소자 대부분이 중풍, 치매 등 노인성질환으로 입소한 이들의 자립생활을 지원하기 위해서는 입소노인이 생활하는데 불편함을 최소화하여야 하며 이들의 욕구나 특성을 파악하여 개별적으로 대응하기 위한 환경적 측면이 고려되어야 한다. 노인요양시설 형태에서 생활실에 인접하여 거실, 욕실, 프로그램실, 간호실 등을 배치시켜 입소자의 편의성을 고려한 환경조성이 요구된다. 노인요양시설에서는 사회적 지지가 클수록 독립적인 일상생활능력의 가능성이 큰 것으로 나타났다. 이것은 입소자 상호간, 서비스제공자와의 지지정도가 일상생활능력에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

셋째, 입소자의 자율성을 보장하여야 한다. 입소자의 개별적인 욕구를 충족시키기 위해서는 프로그램, 식사, 외출·외박 등을 자율적으로 결정하고 존중되어야 한다. 입소자의 욕구를 충족하는데 시설에서 사회적 지지가 클수록, 입소노인의 자기 효능감이 클수록 생활만족도가 높게 나타남으로서, 입소노인의 생활만족도를 향상시키기 위해서는 프로그램의 참여

나 식사메뉴의 선택권, 외출이나 외박 등을 자율적으로 결정하고 존중되어야 한다. 대부분의 시설에서는 정해진 프로그램이나 정해진 식단으로 이용자의 선택권이 제한되어 있으며, 외출·외박은 보호자가 동행하거나 동의가 있어야 가능하다. 입소자의 생활만족도를 높이기 위해서는 입소자가 생활하는데 필요한 요소들은 이들이 결정할 수 있어야 한다.

넷째, 시설을 적극적으로 개방하여야 한다. 입소노인들의 여가활동이나 프로그램 효과성을 높이기 위해서는 시설을 개방하여 지역사회와 유대를 강화하여야 한다. 특히, 시설입소 대기자들을 위한 프로그램으로 시설에 입소하기 전에 방문하게 하여 프로그램이나 서비스를 사전에 경험하도록 하게 함으로서 시설입소에 대한 정신적 부담을 줄여줄 수도 있으며, 지역사회체계와 노인요양시설이 상호 연결하여 사회적 지지도를 높이는 효과도 기대할 수 있다. 그러므로 노인요양시설에서는 시설을 적극적으로 개방하고 지역주민과 입소노인과의 상호교류를 촉진시킬 수 있는 프로그램 개발 등 시설의 적극적인 노력이 필요하다.

2. 제도적 측면

노인요양시설은 그동안 양적 팽창에 주력하여 시설규모는 충족되었으나 입소자의 삶의 질은 중요시되지 않았다. 노인장기요양보험 7년이 지나면서 이용자의 삶의 질이 매우 중요하게 고려되고 있다. 시설에서는 이용자의 삶의 질을 개선하고자 이용자의 특성에 맞는 시설로의 기능개선이 요구되어진다. 노인요양시설의 기능개선을 위해서는 정부의 기능개선에 대한 의지와, 노인요양시설들이 정상적으로 운영될 수 있도록 제도적인 지원이 이루어져야 한다.

첫째, 노인요양시설을 신축, 증축, 개축 시 노인복지법 및 노인장기요양보험법상 시설기준에 대한 명확한 기준이 있어야 한다. 노인장기요양보험 제도는 2008년 입소시설 인프라가 확보되지 않은 상태에서 무리하게 노인장기요양보험을 시행함에 따라, 시설의 양적인 확보에 급급하던 정부에서

는 각종규제를 해제하여 민간영역에까지 자유롭게 시설설치 및 운영을 가능하게 함으로서 도시와 농촌 구분 없이 무차별적으로 설치신고 함으로서 많은 문제점이 나타났다. 이러한 문제점을 해소하고, 질 높은 서비스를 제공하여 생활만족도를 향상하기 위해서는, 질적서비스를 고려한 시설기준이 제시되어야 한다.

둘째, 입소자의 삶의 질을 보장하기 위해서는, 입소자 개개인의 특성을 고려한 개별적인 서비스를 제공하여야 한다. 현행 노인장기요양보험 운영체계에서는 시설에서 자율적인 서비스를 제공하기 어려운 구조로 각종규제와 틀에 박힌 서비스를 제공함으로써 입소노인의 삶의 질을 보장할 수 없었다. 이를 개선하기 위해서는 불합리한 규제를 철폐하고 정책적인 지원이 뒤따라야 한다.

우선 저수가 정책으로 장기요양서비스 제공인력들 중 양질의 인력들은 이직을 하였거나 이직을 서두르고 있으며, 시간이 흐를수록 장기요양 인력은 고령화되어 변두리지역의 경우에는 노노케어를 하는 경우까지 생겨났다. 이 같은 경우를 해소하기 위해서는 재원의 뒷받침이 없이는 어려운 실정이다.

더구나 본인부담금 비율은 독일 0%, 일본 10%, 우리나라 20%이나 실제 비급여부분까지 포함하면 훨씬 부담률이 높아 입소자의 부담이 너무 크다. 궁극적으로 입소노인의 삶의 질을 개선하고 생활만족도를 충족시키기 위해서는 숫가의 현실화가 이루어져야 한다.

또한, 서비스제공 인력이 보충되어야 한다. 입소자의 개별적인 욕구를 충족시키기 위해서는 현행 노인복지법에서 정하는 인력기준으로는 이들의 욕구를 충족하는데 한계가 따른다. 이들의 욕구를 충족하고 생활만족도를 높이기 위해서는 서비스제공 인력이 대폭 확대되어야 가능한 일이다. 결국 인력보강이나 양질의 인력으로 서비스를 제공하기 위해서는 제도적 지원이 없이는 입소자의 삶의 질을 보장하는데 한계가 있다. 실제로 서비스를 직접적으로 제공하는 요양보호사 인력이 입소자 2.5명당 1명이 배치되어야 한다고 하였으나, 교대근무 및 휴무일을 감안하면 실제 근무자 수는

7:1이나 8:1에 해당하는 수준으로 입소자의 개별적인 욕구를 충족하기에는 턱없이 부족한 실정이다.

셋째, 그 동안 대규모 시설로 운영되었던 수용시설의 개념에서 벗어나 가정집과 같은 소규모 그룹형태로, 입소자가 자유롭고 편안한 환경조성이 요구됨에 따라 시설형태 변환에 따른 기능보강 사업 등 제도적인 지원이 절실하다.

그동안의 장기요양제도에서는 서비스의 양적확대에 치중하여 양적인 성장은 두드러졌으나, 상대적으로 입소자의 생활만족도와 질적 서비스는 미흡하여 성장과정에서 장기요양서비스의 질 보장이 중요한 쟁점으로 나타났다. 장기요양서비스는 이용자중심케어(Person-Centered Care)를 제공해야 한다는 의미에서 시설입소노인의 생활만족도를 보장하기 위해서는 최소한의 서비스 질을 보장하고 정의하는 것이 중요하다. 현행 장기요양보험에서는 서비스 질 보장에 대한 규정이 없으므로 시설장의 마인드에 따라 크게 좌우되고 있다. 즉 노인장기요양보험에서 서비스의 질 확보를 위해서는 노인장기요양보호 서비스의 질적 보장에 관한 구체적인 시스템의 도입이 반듯이 요구된다.

넷째, 입소자의 생활만족도를 조사하고 이를 개선하기 위한 방안이 마련되어야 한다. 일본에서는 주기적으로 매 5년마다 개호보험제도에 대한 서비스를 재분석하여 개호보험제도를 개혁하고 있다. 2005년 1차 개혁안을 마련하여 2006년부터 시행하였고, 2010개혁안은 2012년부터 적용하고 있다. 우리나라의 노인장기요양보험도 지금쯤은 입소자의 삶의 질을 고려하여 이들의 욕구를 충족할 수 있는 방안을 마련해야하며 일본의 경우처럼 주기별로 생활만족도 조사를 통하여 이들의 욕구가 충분히 반영될 수 있도록 하여야 한다.

연구결과를 토대로 입소자의 생활만족도를 보장하기 위해서는 적정수준의 급여제공과 장기요양서비스의 질적인 보장을 위한 학문적인 연구와 제도적으로 명확한 기준에 대한 제도적인 보완이 요구된다.

제 3절 향후 연구방향

본 연구는 의료형구조인 복도형 시설과, 가정형구조인 유니트케어에 입소한 노인의 생활만족 영향요인 간 비교를 통하여 노인요양시설 입소자의 생활만족도를 향상시키고자 하였다. 노인요양시설에서 유니트케어화가 본격적으로 논의되기 시작하는 시점에서 큰 의미가 있으며 실천적·제도적·학술적인 가치가 높다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 한계점을 지니고 있다. 첫째, 장기요양기관 중 유니트케어 시설이 일반화되지 않은 상황에서 이용자의 생활만족도의 측정은 미미할 수밖에 없으며, 또한 유니트 형태를 갖추고 있으나 현행 노인장기요양보험 수가체계에서는 인력기준, 입소제한 등에 제한이 있어 전문인력의 배치가 미흡하거나, 입소자의 개별특성에 따른 구분이 적정하지 않은 상황에서 유니트케어의 기능을 수행하는데 한계가 있다.

둘째, 노인장기요양보험 서비스이용자 중 6개월 이상 입소자를 대상으로 하여 대부분 제공된 서비스에 만족한다고 응답하는 노인이 많았다. 이는 설문에 응답한 입소자 대부분이 뇌졸중이나, 노인성질환 등으로 입소한자들이어서 직접 응답하기 어려워, 종사자의 동의를 구하여 설문을 작성함에 따라 서비스제공자에 대한 온정으로 우호적인 응답을 하였을 수도 있다.

셋째, 노인요양시설 전체를 대상으로 설문을 구하지 않고 본 연구자가 장기요양기관을 직접 방문하거나 정보교류가 가능한 지역 및 기관에서 표본을 추출하였기 때문에 표본추출에 한계가 있다.

본 연구에서는 노인요양시설 입소노인이 편안한 생활을 영위할 수 있도록 삶을 지원하여 생활만족도를 향상시키고자 입소자의 특성을 고려한 유니트케어 입소자와 일반화된 노인요양시설 입소자의 생활만족도를 비교연구 하였다. 연구결과를 토대로 향후 연구에서는 생활만족 요인 중 유니트케어가 일반화되지 않은 상황에서 연구이기에 향후 유니트케어가 일반화

되고 제도적 보완이 이루어진 상태에서는 다른 결과가 나타날 수도 있다.
그러므로 노인장기요양제도의 변화에 따라 심층적인 연구가 필요하다.

참고문헌

[국내문헌]

- 강기선(1996), 「노인복지시설 장기요양시설 및 서비스 프로그램에 관한 연구」, 제주한라대학 논문집, Vol.20, pp.7~27.
- 강영걸(2003), 「사회복지 조직과 임파워먼트」, 인력개발연구, 제5권 2호.
- 강소랑·문상호(2012), 「가족관계 사회자본이 중·고령자 삶의 질에 미치는 영향」, 한국행정학보, 제46권 제3호, pp.271~298.
- 강순심(2009), 「노인장기요양보험 서비스가 삶의 질에 미치는 영향: 서비스 이용자와 그 가족을 중심으로」, 단국대학교 대학원 박사학위논문.
- 강은경(2013), 「노인의 감정조절이 삶의 만족도에 미치는 영향과 사회적 지지의 조절효과 연구」, 목원대학교 대학원 박사학위논문.
- 고치환(2010), 「제주지역 독거노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 한일장신대학교 대학원 박사학위논문.
- 공혜선(2011), 「노인의 사회적 지지와 자아존중감이 자살생각에 미치는 영향」, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 국민건강보험공단(2010), 「2010년 제6차 노인장기요양보험 참고자료」, 국민건강보험공단 요양운영실.
- 곽미정(2013), 「수도권 법인 및 개인 장기요양시설 요양보호사의 직무만족 및 서비스 질 영향요인연구」, 상명대학교 대학원 박사학위논문.
- 곽병은(2006), 「사회복지시설의 사회화에 관한 이론적 고찰」, 카톨릭대학교 사회복지연구소, 사회복지리뷰, pp.5~39.
- 권순만(2006), 「인구고령화와 의료비 지출 및 장기요양제도 도입의 정책과제」, 사회보장연구, Vol.22, pp.1~22.
- 권오정(2004), 「교육의 특수성과 보편성: 한국의 사회과를 지켜보며」, 사회과교육연구, Vol.11, No.2, pp.1~8.
- 권재숙(2011), 「고령장애인 삶의 만족도 영향요인에 관한 연구」, 한신대학교 대학원 박사학위논문.

- 권중돈(2004), 노인복지론, 학지사.
- 권중돈·조주연(2000), 「위험군 노인집단의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인」, 춘계학술대회, 보건복지관련 정책의 변화와 노인복지.
- 권현정·조용운·고지영(2011), 「노인장기요양보험제도가 대상노인 및 부양가족의 삶의 질과 가족관계 만족도에 미치는 영향: 성향점수매칭(PSM)과 이중차이(DD) 결합모형을 이용한 분석」, 한국사회복지학회 한국사회복지학, 63(4), pp.301~326.
- 금기윤(2011), 「장기요양시설 서비스만족이 노인의 주관적 안녕감에 미치는 영향: 고독감의 매개효과를 중심으로」, 한영신학대학교 대학원 박사학위논문.
- 김국환(2014), 「노인요양시설의 개별케어에 관한 연구: 요양보호사의 인식을 중심으로」, 한서대학교 대학원 석사학위논문.
- 김남희(2008), 「입소노인의 수면의 질, 일상생활수행능력 및 우울과의 관계」, 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김명애·김태주·문미영·김태희(1999), 「사회적 노화이론에 대한 고찰」, 노인간호학회지, Vol.1, No.1, pp.85~96.
- 김명희(2009), 「저소득층 노인이 지각한 건강상태와 우울 및 일상생활수행능력간의 관계」, 기초간호자연과학회지, 11(2), pp.149~156.
- 김문영(2003), 「인지행동적집단 상담과 지지적집단 상담이 노인의 정신건강에 미치는 효과」, 계명대학교 대학원 박사학위논문.
- 김미령(2006), 「사회적 지지의 개념과 효과에 관한 이론 및 방법론적 고찰」, 임상사회산업연구, 2(1), pp.99~121.
- 김복남(2010), 「노인장기요양보험 대상자들의 서비스이용 결정요인」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김성환(2008), 「정보 문해교육이 학생들의 자기 효능감과 문제해결능력에 미치는 영향 연구: 질적 연구 기반의 개량형 설문을 바탕으로」, 성균관대학교 대학원 석사학위논문.
- 김수봉·김진수(2010), 「베이비붐 세대를 위한 노인복지제도 구축방향, 주

- 제발표: 베이비붐세대를 위한 국민연금제도 개선방안: 고용친화적 부분연금제도의 도입», 한국노년학회, pp.33~55.
- 김수봉(2010), 「노인의 생활만족도 개선을 위한 사회정책의 방향」, 노인복지연구, 47, pp.95~112.
- 김애련·한내창(1997), 「노인의 여가활동 유형과 여가활동이 생애만족도에 미치는 효과에 관한 연구」, 대한가정학회지, 35, pp.275~288.
- 김영란(2014), 「회상치료프로그램이 치매노인의 인지·일상생활 수행능력 및 우울에 미치는 효과」, 대구한의대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영성(2007), 「청소년쉼터 종사자의 직무만족도와 업무환경에 관한 연구」, 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영숙·서경현(2002), 「생활환경에 따른 한국노인들의 생활만족과 우울수준」, 노인복지학, 겨울호, pp.273~290.
- 김영임·정혜선·배경희(2008), 「건강증진 이론과 적용」, 에피스테메.
- 김용길(2013), 「노인의 신체적 사회적 여가복지적 요인이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구: 서울특별시 종합사회복지관 이용노인을 중심으로」, 서울기독대학교 대학원 석사학위논문.
- 김 옥(2007), 「사례관리와 사회복지실천에 관한 연구: 노인을 위한 서비스를 중심으로」, 경기대학교 사회과학연구소, 한국사회연구, Vol.8, pp.145~175.
- 김원경(2001), 「노년기의 신체적 건강과 우울에 대한 사회적 지지의 효과」, 한국노년학연구, 10, pp.55~74.
- 김윤진(2008), 「논산지역 시민운동의 활동실태와 발전 방안의 모색: 지역 사회행동과의 관련성을 중심으로」, 원광대학교 대학원, 논문집, Vol.40, pp.87~109.
- 김은희(2004), 「노인의 사회적 지지와 자기 효능감이 심리적 안녕감에 미치는 영향」, 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 김은희(2004), 「쓰레기 감량행태의 영향요인 분석: 계획행태이론을 중심으로

- 로」, 조선대학교 대학원 박사학위논문.
- 김은경·김라경(2014), 「국내 보완대체의사소통(AAC) 중재가 특수교육대상학생의 의사소통 능력에 미치는 효과 분석」, 특수교육, 13(3).
- 김은경·하규수(2013), 「노인의 사회활동 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향」, *The Journal of Digital Policy & Management*, Dec, 11(12), pp.811~820.
- 김익균(2003), 「사회문제론」, 창지사.
- 김정선(1998), 「가정노인과 양로원노인의 자아존중감, 일상생활활동능력, 생활만족도에 관한 연구」, 대한간호학회지, 28(1), pp.148~158.
- 김종덕(2009), 「양방향 tv의 사용자 인터페이스 디자인 연구: 사용성과 즐거움 간의 관계에 대한 검증」, 서울대학교 대학원, 박사학위논문.
- 김찬우(2008), 「노인보건복지 분야의 통합적 사회서비스 체계 구축」, 한국사회복지학회 추계공동학술대회.
- 김철수(2013), 「노인요양시설 서비스 개선방안에 관한 연구: 이용자와 운영자의 만족에 대한 인식 비교를 중심으로」, 영남대학교 대학원 박사학위논문.
- 김춘길(2001), 「노인간호와 운동」, 운동학 학술지, Vol.7.
- 김태일(1997), 「행정학분야 논문에 사용된 통계기법들의 분석」, 한국행정학보, 31(3).
- 김태현(1996), 「노년학」, 교문사.
- 김한덕(2012), 「노인요양시설 이용자의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 세종대학교 대학원 박사학위논문.
- 김형선(2011), 「아카데미: 부동산 투자론」, 제2판, 부연사.
- 김형수(2008), 「장애노인의 삶의 질 영향요인 분석」, 조선대학교 대학원 박사학위논문.
- 김형식·최진승·이정한·탁계래(2007), 「심박수, 호흡, 보행 패턴의 변동성 동시 계측을 위한 시스템의 개발」, 한국정밀공학회 학술발표대회 논문집, Vol.2007(6).

- 김후진(2011), 「노인장기요양보험 재가서비스 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 광주광역시를 중심으로」, 호남대학교 대학원 박사학위논문.
- 남궁근(1999), 「행정조사방법론」, 법문사.
- 노유자(1988), 「호스피스 대상자의 심리간호 호스피스 대상자의 심리간호」, 대한간호, Vol.27(1).
- 노지혜(2005), 「나는 왜 감사해야 하는가?: 스트레스 상황에서 감사가 안녕감에 미치는 영향」, 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 류용무(2009), 「노인 삶의 질에 미치는 영향요인 연구」, 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 문성숙(2008), 「노인요양시설 생활노인의 일상생활 수행능력과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구」, 동의대학교 대학원 석사학위논문.
- 민경진(2006), 「노인의 일상생활 활동이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구」, 한성대학교 대학원 박사학위논문.
- 박경민(1994), 「자기 효능감과 사회적 지지에 따른 노년기 우울에 관한 연구」, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 박경숙(2000), 「어머니의 양육태도가 자녀의 도덕적 판단능력에 미치는 영향」, 순천향대학교 대학원 석사학위논문.
- 박미정(2007), 「사회적 지지가 결혼이민 여성의 생활만족에 미치는 영향에 관한 연구: 전라남도를 중심으로」, 성균관대학교 대학원 석사학위논문.
- 박병일(2002), 「재가노인복지서비스 전달체계의 평가에 관한 연구: 대구·경북의 경우를 중심으로」, 영남대학교 대학원 박사학위논문.
- 박상규(2006), 「노인의 정신건강과 삶의 질 간의 관계」, 한국심리학회지: 건강, 11권 4호, pp.785~796.
- 박선영(2007), 「무료양로시설 거주노인의 시설생활만족도에 관한 연구」, 대구카톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 박연희(2005), 「노인요양시설 운영방안에 관한 연구」, 원광대학교 대학원

- 논문집 35호,
- 박옥신(2014), 「노인요양시설의 입소자가 지각한 요양보호사 역량이 서비스 만족도에 미치는 영향: 서비스 질의 매개효과를 중심으로」, 대구한의대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박용섭(2010), 「빈곤층의 삶의 질에 지역사회 복지자원이 미치는 영향」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 박원태(2010), 「노인복지제도에 관한 비교법적 연구: 미국·영국·일본을 중심으로」, 부산외국어대학교 비교법학연구소, 비교법학, Vol.21, pp.113~170,
- 박은숙·김순자·김소인·전영자·이평숙·김행자·한금선(1988), 「노인의 삶의 질 예측모형 구축」, 한국노년학, 18(3), pp.37~61.
- 박정문(2001), 「노인복지시설 입소노인의 무력감에 영향을 미치는 요인」, 서울여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박종선(2010), 「노인장기요양보험의 서비스 이용자 및 종사자의 인식에 관한 연구」, 명지대학교 대학원 박사학위논문.
- 박지원(1985), 「사회적지지 척도개발을 위한 일 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 박지환 외(2012), 「일상생활활동, 생활환경과 여가활동」, 현문사.
- 박충배(2011), 「건강증진 프로그램에 참여하는 노인의 자기 효능감이 자아 존중감 및 삶의 질에 미치는 효과」, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 박필숙(2006), 「영양부족 노인집단에 적용한 영양관리 프로그램의 효과」, 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 박희서(2002), 「정책분석에 있어서 공공선택이론의 유용성과 한계」, 한국거버넌스학회보, Vol.9.
- 배병렬(2007), 「AMOS 7에 의한 구조방정식 모델링: 원리와 실제」, 도서출판 청람.
- 배점모(2011), 「경찰공무원과 소방공무원의 외상 후 스트레스와 심리적복

- 지감 및 우울간의 관계 비교 연구», 서울시립대학교 대학원 박사학위논문.
- 배진희(2004), 「농촌지역 노인의 사회적 지지와 생활만족도: 자녀와 이웃 지원의 기능적 측면을 중심으로」, 사회복지정책, 20: pp.197-216.
- 백은령(2003), 「지체장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 환경요인과 사회통합정도를 중심으로」, 카톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 백효영(2012), 「노인장기요양보험제도의 개선과제에 관한 연구」, 동국대학교 대학원 박사학위논문.
- 변용만(2007), 「요양시설서비스가 요보호노인의 삶의 질에 미치는 영향」, 한영신학대학교 대학원 박사학위논문.
- 변용찬(1999), 「노인의 건강실태와 정책과제」, 보건복지포럼.
- 변혜령(2008), 「한국 노인요양시설의 유형, 위치, 주변환경에 따른 건축특성 비교」, 대한건축학회논문집, 24(11).
- 서경석(2002), 「노인노인요양시설의 안전관리실태와 개선방향」, 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 서인선(2000), 「노인의 건강지식과 건강증진 행위에 관한 연구」, 한국노년학, 20(1): pp.1~29.
- 석재은(1999), 「노인장기요양보호의 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교 연구: 비용부담과 보호제공을 중심으로」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 석재은(2010), 「공급자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 개선방안」, 한국보건사회연구원 보건복지포럼, 제168권, pp.34~44.
- 선우덕(2011), 「한·독·일 장기요양보험제도의 비교분석과 시사점 고찰」, 한국고령사회포럼, Vol.1, pp.1~15.
- 손신영(2009), 「여성노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인」, 여성건강간호학회지, 15(2), pp.99~107.
- 손창숙(2011), 「노인장기요양보험제도에 관한 연구」, 영남대학교 균형발전

- 연구소, 한국균형발전연구, 제2권, 2호, pp.41~62.
- 손화희(2000), 「거동불편노인의 주관적 안녕감에 관한 생태학적 접근」, 한국노년학, 20(1), pp.93~112.
- 신호철(1997), 「고려의 건국과 진주 호족」, 중원문화연구, Vol.1.
- 심명섭(2005), 「행정서비스 품질평가에 관한 연구: 대학도서관 서비스를 중심으로」, 조선대학교 대학원 박사학위논문.
- 심영미·김중호(2011), 「사회복지전달체계 구성 원칙이 고객만족에 미치는 영향: 직무 만족도의 매개효과를 중심으로」, 한국사회복지정책학회 사회복지정책, 38(3), pp.1~25.
- 안영철(2008), 「노인요양시설의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 실증 연구」, 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 안화영(2011), 「서비스교육 품질에 따른 조직원의 고객지향성과 자기효능감이 서비스 성과품질에 미치는 영향」, 서강대학교 대학원 석사학위논문.
- 양옥경(1994), 「삶의 만족도 측정을 위한 척도 개발」, 한국사회복지학, 통권 21.
- 양옥경(1997), 「노인 정신건강과 삶의 질」, 사회과학 연구논총, 1권.
- 양은심(2004), 「치매노인 가족의 부양부담과 지역사회자원 활용에 관한 연구」, 사회복지개발 연구, 10(3), pp.235~265.
- 양희정(2012), 「노인의 건강생활 지식이 건강증진 행위에 미치는 영향」, 원광대학교 대학원 박사학위논문.
- 오가실·서미혜·이선옥·김정아·오경옥·정추자·김희순(1994), 「social support의 한국적 의미」, 대한간호학회지, 24(2), pp.264~277.
- 오명자(2007), 「중년기 여성의 주부생활 스트레스와 스트레스 대처방식의 관계; 사회적지지 조절효과」, 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 오병훈(2002), 「치매의 이해와 치료의 바른 길잡이」, 무지개사.
- 오재영·김은혜·이설주(2007), 「병원 내 부대시설 서비스가 병원이미지 및 고객만족에 미치는 영향 연구: 대형병원 중심으로」, 서비스경영

- 학회지, 8(3), pp.249~276.
- 오혜경·백은령(2003), 「장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 요인연구: 서울지역 지체장애인을 중심으로」, 직업재활연구, 13(2), pp.157~181.
- 우경미(2003), 「여성 노인을 위한 운동동기 프로그램의 적용 효과」, 고신대학교 대학원 박사학위논문.
- 우종필(2012), 「구조방정식모델 개념과 이해」, 한나래출판사.
- 윤성준·박종원(2002), 「의료서비스 품질과 고객만족에 관한 연구」, 한국서비스경영학회지, pp.151~175.
- 윤영선(2005), 「치매 노인시설의 거주환경 디자인 지침개발에 관한 연구」, 한국연구재단.
- 윤은경(2007), 「성인장애인의 여가활동참여가 생활만족에 미치는 영향」, 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 이경재(2015), 「베이비부머에 관한 사회적 지지가 자기 효능감과 퇴직의도에 미치는 영향」, 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
- 이기정(2012), 「한국 노인장기요양보호서비스 전달체계의 만족도에 관한 연구」, 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 이기홍(2012), 「노인요양시설 서비스 평가가 환경지원 중요도와 유니트케어(unit care) 도입 의도에 미치는 영향」, 영남대학교 대학원 박사학위논문.
- 이동수(2004), 「경찰공무원의 행정지도행태에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 계획행태이론(TPB)의 적용을 중심으로」, 조선대학교 대학원 석사학위논문.
- 이동숙·이은옥(1997), 「위암환자의 질병과정에 따른 사회적지지 요구 및 지각된 사회적지지」, 간호논문집, 11(2), pp.175~190.
- 이동현(2006), 「노인 장기요양서비스 이용행태 결정요인」, 연세대학교 대학원 박사학위논문, pp.72~79.
- 이병식(2011), 「노인요양시설 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인의

- 관한 연구」, 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 이수경(2013), 「노인 만성질환자의 건강관련 삶의 질 영향요인 분석 및 예측모델 개발」, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이윤형(2010), 「노인장기요양서비스의 질에 영향을 미치는 제공자 요인과 이용자요인의 상호작용에 관한 연구」, 사회복지개발연구원 사회복지개발연구, 16(3), pp.289~321.
- 이인수(2005), 「고령화사회와 대응과제 3; 외국의 노인주거정책」, 국토개발연구원 국토연구원, Vol.280, pp.32~44.
- 이은현·김진선(2000), 「사회적 지지의 효과모델 및 통계분석 방법에 관한 국내 간호통계분석 방법에 국내 간호논문 분석」, 대한간호학회지, 30(6), pp.1503~1520.
- 이재모(2011), 「노인의 경로당 이용 특성과 이용만족도에 관한 연구」, 한국노인복지학회 노인복지연구, Vol.25, pp.101~120.
- 이정영(2010), 「헬스클럽 이용 청장년 남성회원의 신체조성과 건강관련요인 분석」, 체육연구, 6(1), pp.69~76.
- 이제남(2010), 「노인요양시설 입소자의 생활만족도 제고방안 연구: 경기도를 중심으로」, 명지대학교 대학원 박사학위논문.
- 이종학(2014), 「자기효능감이 긍정적 자산, 직무만족, 조직몰입, 조직시민 행동에 미치는 영향: 서울시내 특급호텔 식음료 종사원을 대상으로」, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 이춘실(2011), 「노인장기요양보험 시행에 따른 울산광역시 노인요양서비스 개선에 관한 연구」, 울산대학교 대학원 박사학위논문.
- 이학식·임지훈(2007), 「구조방정식 모형분석과 AMOS 6.0」, 법문사.
- 이형실(2003), 「농촌 노인의 세대간 사회적 지원 교환과 생활만족: 성별 및 연령집단별 비교」, 대한가정학회지, 41(4), pp.57-69.
- 이혜자·김운정(2004), 「부부관계(사랑과 성)가 노년기 삶의 질에 미치는 영향」, 한국노년학회 한국노년학, 24(4), pp.197~214.
- 이혜자·박경애(2009), 「농촌노인의 가족관계망 유형과 생활만족도」, 한국

- 노년학, 29(1), pp.291~307.
- 임갑빈(2000), 「신인간관계론」, 동문사.
- 임은희(2013), 「다문화가족 여성의 가족관계 스트레스가 가족건강성에 미치는 영향: 사회적 지지의 매개효과를 중심으로」, 한영신학대학교 대학원 박사학위논문.
- 임주영(2010), 「노인의 스트레스와 불안과의 관계에 대한 위협적 상황 인지과 삶의 의미의 매개효과와 사회적 지지의 조절효과」, 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 임진섭(2011), 「노인장기요양시설의 거주자중심케어(Resident-Centered Care)에 영향을 미치는 요인과 경로에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 임춘식(2002), 「노인주거복지시설의 효율적인 운영 개선방안」, 노인복지연구, 15, pp.73~90.
- 장나라(2004), 「일 농촌 노인의 사회적 지지와 우울과 일상생활능력이 삶의 질 수준에 미치는 영향」, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 장덕임(2012), 「장기요양 서비스 질이 노인의 생활만족도와 우울에 미치는 영향」, 한영신학대학교 대학원 박사학위논문.
- 장윤정(2009), 「일본 노인입소시설의 유니트케어(unit care) 실시에 따른 케어워커(care worker)의 소진과 케어업무 및 케어환경에 관한 연구」, 보건사회연구, 29(2), pp.77~97.
- 장은정(2002), 「노인복지관 이용자 만족도 결정 요인에 관한 연구: 청주지역을 중심으로」, 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 장지훈(2011), 「항공사 스마트폰 애플리케이션 서비스 품질이 고객만족 및 재사용 의도에 미치는 영향에 관한 연구」, 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 장희정(2005), 「체벌에 대한 신념, 양육 스트레스가 체벌행동을 매개로 아동 부적응에 미치는 영향: 양육 효능감 중재효과를 중심으로」, 한국심리학회지: 발달, 18(3), pp.143~163.

- 전봉천(2005), 「대도시 노인의 삶의 질 수준과 이에 영향을 미치는 요인」, 대구한의대학교 대학원 박사학위논문.
- 전주섭(2010), 「의료서비스 품질이 서비스 가치 고객만족 재이용 의도에 미치는 영향에 관한 연구: 5개 국립대학병원을 중심으로」, 동신대학교 대학원 박사학위논문.
- 정규엽(2010), 「호텔·외식·관광마케팅」, 연경문화사.
- 정남숙(2014), 「노인 여가복지서비스의 지역사회 네트워크 활성화에 관한 연구: 서대문구 노인여가복지시설을 중심으로」, 명지대학교 대학원 박사학위논문.
- 정덕임(2012), 「장기요양시설 서비스 질이 노인의 생활만족도와 우울에 미치는 영향: 자기 효능감의 매개효과」, 한영신학대학교 대학원 박사학위논문.
- 정미림(2008), 「노인요양시설 케어 지원환경의 개선방안에 대한 연구: 직접 케어 직원의 요구 분석을 중심으로」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 정옥분·권민균·김경은·김미진·노성향·박연정·엄세진·윤정진·임정하·정순화·황현주(2009), 「보육과정」, 학지사.
- 정영숙·조설애·안정신·정여진(2012), 「한국 노인의 삶의 의미 원천으로서 가족관계와 자기초월가치가 성공적 노화에 미치는 영향」, 한국심리학회지: 발달, 25(1), pp.19~41.
- 정영희(2008), 「노인복지서비스 이용자 만족도의 영향요인에 관한 연구」, 청주대학교 대학원 박사학위논문.
- 정종현(2011), 「노인의 성격특성과 사회적 지지가 삶의 만족도에 미치는 영향」, 호서대학교 대학원 박사학위논문.
- 조선배(1996), 「LISREL 구조방정식모델」, 영지문화사.
- 조수범(2010), 「노인 삶의 질에 영향을 미치는 사회요인에 관한 연구」, 동국대학교 대학원 박사학위논문.
- 주영주(2013), 「노인의 건강관련 삶의 질 경로분석」, 공주대학교 대학원

박사학위논문.

주유정(2015), 「과거 서비스 경험이 유사 서비스 품질경험에 미치는 영향」, 한성대학교 대학원 박사학위논문.

차홍봉(1998), 「장애노인 부양가족의 장기요양서비스 이용선호도와 그 결정 요인에 관한연구」, 중앙대학교 대학원 박사학위논문.

최성재(1986), 「노인의 생활만족도 척도 개발에 관한 연구」, 한국문화논총, 제9권, pp.233~258.

최성재(1989), 「경로효친사상과 노인복지: 현대사회에서의 재조명」, 한국사회복지학, No.13, pp.1~25.

최성재·장인협(2003), 「노인복지학」, 개정판, 서울대학교출판부.

최성재(2003), 「한국의 노인주거보장 정책의 문제점과 개선방향」, 대한건축학회, 건축 47(6), pp.16~20.

최성재(2005), 「사회복지조사방법론」, 나남출판.

최순옥(2000), 「여성노인 환자의 삶의 질」, 대구카톨릭대학교 대학원 석사학위논문.

최원영(2006), 「노인과 가족 수발자의 장기요양보호서비스 이용의사 영향요인연구」, 연세대학교 대학원 박사학위논문.

최은희(2010), 「노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구」, 한국노년학회 한국노년학, 30(2), pp.401~419.

최정아·서병숙(1992), 「가정내의 폭력문제에 관한 고찰: 부부간의 폭력을 중심으로」, 가정학연구, 제10권.

최혜지(2006), 「노인수발보험법 제정안의 현안과 쟁점」, 사회복지, 제169호, pp.96~105.

통계청(2014), 장래인구추계 고령인구비율.

하은호·이영휘(2004), 「무료양로시설노인이 지각한 사회적 지지에 따른 자아존중감과 삶의 질에 관한 연구」, 노인간호학회지, 6권 1호.

한복우(2014), 「서비스품질 향상을 위한 고객 커뮤니케이션 영향분석에 관

한 연구 », 인하대학교 대학원 박사학위논문.

허성환(2009), 「장기요양기관의 업무환경이 종사자의 직무만족에 미치는 영향에 관한 연구」, 중앙대학교 대학원 석사학위논문.

홍석자(2005), 「노인요양시설에서의 TQM(총체적품질관리) 적용가능성에 대한 고찰」, 21c사회복지학회 21c사회복지연구, 2(1), pp.261~281.

황성용(2008), 「재가노인을 위한 복지서비스와 여가활동 서비스가 사회적 지지 및 심리적 복지감에 미치는 영향」, 용인대학교 대학원 박사학위논문.

[참고사이트]

국가통계포털사이트: <http://kosis.kr/>

국민건강보험공단 자료실: <http://www.nhic.or.kr/>

노인장기요양보험 자료실: <http://www.longtermcare.or.kr/>

보건복지부 자료실: <http://www.mohw.go.kr>

통계청: <http://www.nso.go.kr>

[외국문헌]

- Andersen, R. M & Newman, J. F(1973), “Social and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States”, *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*, Vol. 51, pp.95-124.
- Andersen, Ronald(1968), “A Behavioral Model of Families Use of Health Services”, *Chicago: Center for Health Administration Studies*.
- Bagozzi, R. L and Dholakia, U. M(2002), “International social action in virtual communities”, *Journal of Interactive Marketing Science*, 16(2): pp.2-21.
- Baltes(1990), “Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation” *Successful aging: Perspectives*,
- Bandura, A(1993), “Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning”, *Educational Psychologist*, 28(2), pp1.17-148.
- Bandura, A(1986), “Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory”, Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Bandura, A(1977), “Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral change”, *Psychological Review*, 84(2), pp.191-215.
- Bandura, A(1986), “Social foundations of thought and action”, New York: International University Press.
- Bentler, Peter m. & Bonett, Douglas G(1980), “Significance Test and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures”,

- Psychological Bulletin*, 88(3).
- Birch, D, A(1998), "Identifying sources of social support", *Journal of School Health*, 68, pp.159~161
- Bollen, Kenneth A(1989), "*Structural Equations with Latent Variable*", New York: John Wiley & Sons.
- Bower, B. J., Barbara Fibich, & Nora Jacobson(2001), "Care-as-Service, Care-as-Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents" Definitions of Quality: *Gerontologist*, 41(4): pp.539~545.
- Blanchard-Fields, F. & Coats, A(2008), "The experience of anger and sadness in every problems impacts age differences in emotion regulation", *Developmental Psychology*, 44, pp.147-1556.
- Bowling A., & Browne P, D(1991), "social network, Health and Emotional Well-Being Among the Oldest Old in London", *Journal of Gerontology*, 46(1).s20-s32.
- Brandburg, G(2007), "Making the transition to nursing home life: a framework to help older adult adapt to the long-term care environment", *Journal of Gerontological Nursing*, June, pp.50-56.
- Bruno M, Lesourd, Lynda Mazari, M. Ferry(1998), "The role of nutrition in immunity in the aged", *Nutrition Review*, 56(1):113s-125s.
- Campbell, A(1976), "Subjective measure of well-being", *America Journal Psychologist*, 3(1), p.117.
- Chen.(2008), Frisch, MJea, et al. "Gaussian 03, revision C. 02."
- Chenoweth et al(2009), "Caring for Aged Dementia Care Resident

- Study(CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial", *Lancet Neurology*, 8, pp.317-325.
- Cobb, S(1976), "Social support as a moderater of life stress", *Psychosomatic*, 38(5), pp.300-314.
- Cochran, William G.,(1977), "New York John Wiley & Sons", *Sampling Techniques*, 3rd ed.
- Cohen, S, & Hoberman, H, M(1983), "Positive events and social supports as buffers of life change stress", *Journal of Applied Social Psychology*, 13, pp.99-125.
- Cohen, Wills(1985), "Stress social support, and the buffering hypothesis", *Psychological Bulletin*, 98(2): pp. 310-357.
- Coulton, C., & Frost, A. K(1982), "Use of social and health services by the elderly", *Journal of Health and Social Behavior*, 23(11), pp.330-339.
- Crandall, L. G., et al(2007), "Initiating Person-Centered Care Practices in Long-Term Care Facilities", *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), pp.47-56.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A(1994), "SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions minus expectations measurement of service quality", *The Journal of Marketing*, 58(1), pp.125-131.
- Datta, D. K., J. P. Guthrie., & Wright, P. M(2005), "Human Resource Management and Labor Productivity: Does Industry Matter?", *Academy of Management Journal*, 48, pp.135-145.
- Donabedian, A(1997), "The Quality of Care: How Can It Be

- Assessed?", *Proquest Nursing Journals*, JAMA, 260(12), pp.1743-1748.
- Donabedian A(1980), "Criteria norms and Standards of Quality", *American Journal of Public Health*, 71(4), pp.405-412.
- Den Oudsten, B. L, Zijlstra, W. P, & De Vries, J(2012), "The minimal clinical important difference in the World Health Organization Quality of Life instrument-100", *Supportive Care in Cancer*, 21(5), pp.1295-1301.
- Edward M. F. Leung, FRCP(2008), "Changing Needs and Changing Service Delivery for Long-Term Care in Hong Kong", *Journal of aging & social policy*, 13(2), pp.155-168.
- Edvardsson, D., Koch, S., & Nay, R(2009), "Psychometric evaluation of the English language person-centred climate questionnaire", patient version. *Western Journal of Nursing Research*, 31, pp.235-244.
- Fitting, Z. M., Rabins, D., Lucas, M. J. & Eastham, J(1986), "Caregivers for dementia patient: a compassion of husband and wives", *The Gerontologist*, 26(3), 248-252.
- Fornell C. (1983), "Issues in the Application of Cavariance Structure Analysis : A Comment", *Journal of Consumer Research* 9.
- Gallagher, D. Rose, J. Rivera, P. Lovett, S. and Thompson, L. W.(1989), "Prevalence of depression in family caregivers", *The Gerontologist*, 29(4), pp.449-456.
- Gary S, Becker(1956), "A Theory of the Allocation of Time", *The economic journal*, 75(299), pp.493-517.
- Golden, J., & Conroy, R. M., & Bruce, I., & Denihan, A., & Greene, E.,

- & Kirby, M., & Lawlor, B. A.(2009), "Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), pp.694-700.
- Greenberg, Jay N. and Anna Ginn(1979), "A Multivariate Analysis of the Predictors of Long-Term Care Placement", *Home Health Care Services Quarterly* 1, pp.75-99.
- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. & Greenley, J. R.(1993), "Aging parents of adults with disabilities: the gratification and frustration of later-life caregiving", *The Gerontologist*, 33, pp.542-550.
- Haas, B. K.(1999), "Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts", *Journal of Neuroscience nursing*, 26(5): pp.288-297.
- Haley, Wil Strain, appraisal, coping and social support as predictors of
 liam E.; Levine, Ellen G.; Brown, S. Lane; Bartolucci, Alfred A.
Psychology and Aging. Vol 2(4), Dec 1987, pp.323-330.
- Harrington C, Woolhandler S, Mullan J, Carrilol H, Himmelstein DU (2002), "Does inverstor ownership of nursing homes compromise the quality of care", *International Journal of Health Services*, 32(2):315, 25.
- Harrington C, Zimmerman D, Sarita LK, Robinson J, and Beutel P (2000), "Nursing home staffing and its relationship to deficiencies", *Journal of Gerontology*, 55B(5):S278-S287.
- Havighurst, R. J. & Albrecht, R(1953), *Older People*. N. Y : Longmans, Green & Co.
- Havighurst R. J. Neugarten, B.L. Tobin, S.S.(1985), "Disengagement and Pattern of Aging, In B.L Neugarten *Middle Age and Aging*

- A Rader in Social Psychology", *University of Chicago Press*, and Aging, 2: pp.138-156.
- Heaney, C. A. & Israel, B.A.(2002), Social network sand social support, In K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis(Eds.). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*(3rd. ed.), SanFransisco: Jossey-Bass, pp.185-263.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B(2002), "Social support interventions: Do they work?", *Clinical Psychology Review*, 22(3), pp.381-440.
- Hooyman, N., & Kiyak, H. A.(1996). *Social Gerontoloty*(4th ed.).
- House, J, S(1981), "Work stress and social support, Massachusetts": Addison-Wesley Publishing Co, 3, pp.9~10.
- Joreskog, Karl G & Sorbom, Dag(1989), *LISREL 8: User's Reference Guide*, Mooresville, Indiana: Scientific Software International.
- Joynt, J., & Kimball, B(2008), "Innovative Care Delivery Models: Identifying New Models that Effectively Leverage Nurses", *White Paper, Health Workforce Solutions LLC*.
- Jette, Alan M., Laurence G. Branch, Lynn A. Sleeper, Henry Feldman, and Lisa M Sullivan(1992), "High Risk Profiles for Nursing Home Admission." *The Gerontologist* 32: pp.634-640.
- Kane, Rosalie A.(2003), "definition, Measurement, and Correlates of Quality of life in Nursing Homes", *Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda, Gerontologist*, 43(special issue ii), pp.28-36.
- Kaplan, H, B., Cassel, J, C, & Gore, S(1977), "Social support, and health", *Medical Care*, 15(5), pp.47-58.

- Kasser, T(2000), Goals and Quality of Life. In Ed Diener & D.R. Ryan(ed), *Advances in Quality of Life: Theory and Research*, *Kluwer Academic Publishers*, pp.4-8.
- Katz, MD; Amasa B. Ford, MD; Roland W. Moskowitz, MD; Beverly A. Jackson, BS; Marjorie W. Jaffe, MA JAMA.(1963), "Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function Sidney", 185(12), pp.914-919.
- Keller, H. H(2004), "Nutrition and health-related quality of life in frail older adults", *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 8, pp.245-252.
- Kindig, D. A., Booske, B. C., & Remington P. L(2010), "Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health", *Preventing Chronic Disease*, 7(4), A68.
- Kinney, J. & Stephens, M. A. P(1989), "Care Giving Hassles Scale: Assessing the Daily Hassles of Caring for a Family with Dementia", *The Gerontologist*, 29: pp.328-332.
- Konetzka RT, Spector W, Shaffer T (2004), "Effects of nursing home ownership type and resident payer source on hospitalization for suspected pneumonia", *Medical Care*, 42(10), pp.1001-1008
- Koren, M. J(2010), "Improving Quality in long-term care", *Medical care research and review*, 67(4), pp.141-150.
- Koren, M. J(2010), "Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement", *Health Affairs*, 29(2), pp.312-317.
- Kozma H, Stones MJ(1983), "Predictors of happiness". *Journal of*

Gerontology, 28: pp.626-628

- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A. & Rovine, M(1991), "A two-factor model of caregiving stress and psychological well-being", *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 46, pp.181-189.
- Lee, D., Woo, J., & Mackenzie, A(2002), "A review of older people's experiences with residential care placement", *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), pp.19-27.
- Lehtinen, U. & G Lehtinen(1982), "Service quality A study of quality dimensions", working Paper, Helsinki, Service Management Institute, Finland OY.
- Lemon, B. W., Bengston, W. L., & Peteson J. A(1972), "An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity types and life satisfaction among in moves to a retirement community", *Journal of Gerontology* 9, pp.384-390.
- Linda et al(2007), "Initiating Person-Centered Care Practices in Long-Term Care Facilities", *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), pp.47-56.
- Litwin, H(2001), "Social Network Type and Morale in Old Age", *The Gerontologist*, 41(4), pp.516-524.
- Magilvy(1985), "Quality of life Hearing-Impaired Older Women", *Nursing Research*, 34(2), pp.140-144.
- Maslow, A, H(1967), "A Theory of Metamotivation: The Biological Rooting of the Value Life", *Journal of Humanistic Psychology*, 7.
- Maslow, A, H(1959), "Creativity in Self-actualizing People", In H. H. Anderson. ed., *Creativity and Its Cultivation*, New York:

Haper & Row.

- Masterson D(1991), "What business are use it? In L. Friedman(ed),
The AMA handbook of marketing for the service industries",
NY: American Management Association.
- McDonald, C. and Zetlin, D.(2004), "The Promotion of Disruption of
Community Service Delivery Systems", *Australian Journal of
Social Issues*, 39(3), pp.267-282.
- Menne, H. L., & Whitlatch, C. J(2007), "Decision-making involvement
of individuals with dementia", *The Gerontologist*, 47(6),
pp.810-819.
- Miller, E., Booth, M & Mor, V(2008), "Meeting the demographic
challenges ahead: toward culture change in an ageing New
Zealand", *Australia & New Zealand Health Policy*, 5(5), 1-27.
- Miller, E. A. & Weissert, W. G(2000), "Predicting elderly people's risk
for nursing home placement, hospitalization, functional
impairment, and mortality: a synthesis", *Medical Care Research
& Review*, 57(3), pp.259-297.
- Milutinovic D., Brestovacki B., Martinov-Cvejin(2009), "Patients
satisfaction with nursing care as an indicator of quality of
hospital service", *Health Med*, 3(4), pp.412-419.
- Mitchell, J. & Krout, J. A(1998), "Discretion and Service Use among
Older Adults: The Behavioral Model Recisited", *The
Gerontologist*, 38(2), pp.159-168.
- Mui, A.C. & Burnette D.(1994), "Long-term Care Service Use by Frail
Elders: Is ethnicity a factor", *The Gerontologist*. 34(2),
pp.190-198.

- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S.(1979), "The measurement of life satisfaction", *Journal of Gerontology*, 16, pp.168-174.
- Neugarten, B. L., Havighurt, R. J., & Tobin, S. S.(1961), "The Measurement of Life Satisfaction", *Journal of Gerontology*, Vol. 16, pp.134-143.
- OECD(1996), "Responsive Government: Service Quality Initiatives", *Public Management Service, Paris*, pp.23-25.
- Oliver, R. L.(1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction decision". *Journal of Marketing Research*, 27, pp.460-469.
- Parker, S(1976), *Leisure: "The Basis of Leisure. London: Faber. People-Processing Organizations and Their Environments". Administration & Society*, 11(3): pp.251-281.
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne Soveri, H., & Noro, A(2006), "Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units", *Medical Care*, 44, pp.1114-1120.
- Pender, N. J(1996), "Health promotion in nursing practice(3rd ed)", stanford connecticut: Appletion and Lange.
- Pollard, E. I. & Lee, P. D(2003), "Child Well-being: a Systematic Review of the Literature", *Social Indicators Research*, 61(1), pp.59-78.
- Rabins, P., Mace, N., & Lucas, M. J(1982), "The impact of dementia on the family", *Journal of the American Medical Association*, 248, pp.333-335.
- Richman, J. M., Rosenfeld, L. B(1993), "The social support survey: A

- validation study of a clinical measure of the social support process”, *Research on Social Work practice*, 3(3), pp.288-296.
- Robinson, S. B., & Rosher, R. B.(2006), “Tangling with the barriers to Culture change: Creating a Resident-centered Nursing home environment”, *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10), pp.19-25.
- Rogers(1990), “Ethology and Sociobiology” 11(6), pp.497-509.
- Rosher, R. B., & Robinson, S(2005), “Impact of the Eden Alternative on family satisfaction”, *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3), pp.189-193.
- Siliman, R. A. & Sternberg, J.(1988), “Family caregiving impact of patient function and underlying causes of dependency”, *The Gerontologist*, 28(3), pp.377-382.
- Street, D., Burge, S., Quadagno, J., & Barrett, A(2007), “The salience of social relationships for resident well-being in assisted living”, *Journal of Gerontology*, 62B(2), S129-2134.
- Taylor-Gooby, P(2004), “Open markets and welfare values, Inequality and social change in the silver age of the welfare state”, *European studies*, 6(1): pp.29-48.
- Tett & John P. Meyer.(2006), “Job Satisfaction, Organizational Commitment, Turnover Intention. and Turnover: Path analyses based on meta: Analytic findings ROBERT P. Article first published online: 7(11).
- Thoits, P. A.(1982), “Conceptual, methodological and theoretical problems in studying Social Support as a buffer against life stress. *Journal of health and Social Behavior*, 23, pp.145-159.

- Timonen, V. & O'Dwyer, C(2009), "Living in institutional care: residents experiences and coping strategies", *Social Work in Health Care*, 48(6), pp.597-613.
- Van Houtven C. H & Norton, E. C(2004), "Infomal Care and Health Care Use of Older Adults", *Journal of Health Economics*, 34, pp.1159-1180.
- Walters, S. J., Munro, J. F., Brazier, J. E(2001), "Using the SF-36 with older adults: a cross sectional community based survey", *Age and Aging*. 30(4), pp.337-343.
- White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S(2008), "Development and initial testing of a measure of person-directed care", *The Gerontologist*, 48, pp.114-123.
- White, J. M. & Klein, D. M(2002), "Family theories: Understanding families, Thous and Oaks", CA: Sage Publications, pp.1~259.
- WHOQOL Group(1995), "The World Health Organization Quality of life assessment(WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Special Issue": 'Quality of life' in social science and medicine, *Social Science and Medicine* 41, pp.1403-1409.
- Wilson, S. A.,(1997), "The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions", *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp.864-871.
- Wood, R., & Bandura(1989), "Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanism and complex decision making", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp.407-415.
- Wood, R. E., Mento, A. J. & Locke, E. A(1987), "Task complexity as a moderator goal effects: A meta analysis", *Journal of Applied Psychology*, 72, pp.416-442.

Wylon, A(1980), "Design for Leisure Entertainment", Boston: Butter
Worth Inc.

李超(2005), 「大學生 尋求社會 支持的 現狀 及其 影響因素的 探究」, 北京
師範大學 碩士學位論文.

설문지(운영자)

안녕하십니까?

저는 조선대학교 대학원 사회복지학과 박사과정에 재학중인 대학원생입니다. 바쁘신 중에 귀중한 시간을 내 주시어 깊은 감사의 말씀을 드리며, 본 설문지는 노인요양시설에 입소한 장기요양보호 대상자를 중심으로 노인요양시설에 입소해 느끼는 생활만족도 수준을 파악하고 시설의 서비스 품질에 대한 여러분의 의견을 수집하여 보다 효율적인 운영방안을 연구하기 위해 실시하는 것입니다.

원장님의 솔직한 의견은 노인 장기요양시설 운영에 대한 합리적인 방안을 모색하는데 소중한 자료가 될 것입니다. 아울러 본 설문조사는 익명으로 실시되며, 「통계법」 제13조(비밀보호 등)에 의거 개인의 비밀이 철저히 관리하여 논문작성을 위한 학술적 목적으로만 사용할 것임을 약속드리겠습니다.

본 설문지는 정답이 있는 것이 아니므로, 평소 생각하셨던 바를 답해주시면 되며, 바쁘시더라도 평소 경험하고 느꼈던 점들을 빠짐없이 끝까지 응답해 주시면 감사하겠습니다. 그리고 귀하와 가족, 모두 함께 건강하시고, 행복이 함께하시길 소원합니다.

2015년 9월

조선대학교 대학원 사회복지학과

지도교수 : 김 용 섭

연구자 : 주 정 주

이 메 일 : silver-1004@hanmail.net

1. 다음은 일반적 특성에 대한 질문입니다. 아래의 각 질문에 대하여 본인의 생각과 가장 일치하는 해당란에 표기(√ 또는 ○)를 해주십시오.

1. 귀 시설의 규모는 어떻게 되십니까?

- ① 9인 이하 ② 30인 이하 ③ 50인 이하
 ④ 80인 이하 ⑤ 80인 이상

2. 귀 시설의 소재지는 어디입니까?

()사·도 ()시·군·구 ()동·면

3. 귀 시설의 운영주체는 어디에 해당됩니까?

- ① 사회복지법인 ② 사단법인 ③ 재단법인
 ④ 개인 ⑤ 기타()

4. 귀 시설의 종사자 숫자는 몇 명입니까?

()명

5. 귀 시설의 성비는 어떻게 되십니까?

- ① 남자어르신()명 ② 여자어르신()명

6. 효과적인 시설운영을 위해 가장 필요한 지원은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 노후시설 교체 ② 시설설비 보강 ③ 종사자 처우개선
 ④ 종사자 증원 ⑤ 직원 재교육 및 연수 ⑥ 체육시설 보강
 ⑦ 교육비 지원

7. 귀 시설 이용자 가족과의 교류는 어느 정도 이루어지고 있습니까?

- ① 매우 잘 이루어짐 ② 잘 이루어짐 ③ 보통
 ④ 잘 이루어지지 않음 ⑤ 매우 잘 이루어지지 않음

8. 귀 시설에 대한 이용자 가족들의 만족도는 어떻습니까?

- ① 매우 높음 ② 높음 ③ 보통
 ④ 낮음 ⑤ 매우 낮음

9. 이용자 가족의 만족도가 낮다면 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
- ① 홍보부족 ② 인력부족 ③ 프로그램 개발부족
④ 지역사회 인식부족 ⑤ 기타
10. 귀 시설의 재정상태는 어떻습니까?
- ① 매우 양호함 ② 양호함 ③ 보통
④ 열악함 ⑤ 매우 열악함
11. 입소자를 대상으로 서비스 질 향상을 위한 노인요양시설을 만들고자 할 때 시설에 가장 개선되어야 할 공간은 무엇이라고 생각하십니까?
- ① 침실 ② 식당 ③ 거실 ④ 휴게실 ⑤ 욕실
12. 이용자가 침실과 가장 가까운 곳에 무엇이 있어야 한다고 생각하십니까?
- ① 복도 ② 식당 ③ 거실 ④ 휴게실 ⑤ 의무실
13. 입소자가 생활하기에 가장 적절한 거주단위 수는 어느 정도라고 생각하십니까?
- ① 10명 이하 ② 20명 이하 ③ 30명 이하
④ 50명 이하 ⑤ 50명 이상
14. 귀 시설의 1개 그룹(유니트)의 거주인 수는 어느 정도입니까?
- ① 10명 이하 ② 10~15인 ③ 15~20인
④ 20~25인 ⑤ 25인 이상
14. 입소자가 선호하는 침실 거주 수는 어느 정도라고 생각하십니까?
- ① 개인실 ② 2인실 ③ 3인실
④ 4인실 ⑤ 5인 이상
15. 귀 시설 구조는 어떤 형태입니까 ?
- ① 복도형 ② 그룹형 ③ 회랑형(순환복도형)

설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

설문지(이용자)

안녕하십니까?

저는 조선대학교 대학원 사회복지학과 박사과정에 재학중인 대학원생입니다. 바쁘신 중에 귀중한 시간을 내 주시어 깊은 감사의 말씀을 드리며, 본 설문지는 노인요양시설에 입소한 장기요양보호 대상자를 중심으로 노인요양시설에 입소해 느끼는 생활만족도 수준을 파악하고 시설의 서비스 품질에 대한 여러분의 의견을 수집하여 보다 효율적인 운영방안을 연구하기 위해 실시하는 것입니다.

어르신의 솔직한 의견은 노인 장기요양시설 운영에 대한 합리적인 방안을 모색하는데 소중한 자료가 될 것입니다. 아울러 본 설문조사는 익명으로 실시되며, 「통계법」 제13조(비밀보호 등)에 의거 개인의 비밀을 철저히 관리하여 논문작성을 위한 학술적 목적으로만 사용할 것임을 약속드리겠습니다.

본 설문지는 정답이 있는 것이 아니므로, 평소 생각하셨던 바를 답해주시면 되며, 바쁘시더라도 평소 경험하고 느꼈던 점들을 빠짐없이 끝까지 응답해 주시면 감사하겠습니다. 그리고 귀하와 가족, 모두 함께 건강하시고, 행복이 함께하시길 소원합니다.

2015년 9월

조선대학교 대학원 사회복지학과

지도교수 : 김 용 섭

연구자 : 주 정 주

이 메 일 : silver-1004@hanmail.net

※ 아래의 각 질문에 대하여 어르신의 생각과 가장 일치하는 해당란에 표기(√ 또는 ○)를 해주십시오.

★ 치매어르신은 응답하지 않으셔도 됩니다.

1. 다음은 어르신의 입소시설의 서비스 품질에 대한 질문입니다.

항목	질문내용	①	②	③	④	⑤
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
시설서비스	1. 시설내부 환경은 긍정적인 느낌을 준다.					
	2. 복도, 화장실 등 이동공간은 편리하다.					
	3. 시설의 세탁서비스(의복, 침구류 등)는 잘 되고 있다.					
	4. 가족방문 시 시설 내에서 면회 장소 및 이용 공간이 있다.					
	5. 시설은 전체적으로 청결하다.					
	6. 시설은 자연경관이 좋다.					
	7. 여가시설(휴게실 등)은 갖추어져 있다.					
	8. 거실은 이용하기에 적당한 크기이다.					
	9. 욕실은 크기가 적당하고 목욕하기에 충분한 여건이 마련되어 있다.					
	10. 식당의 규모와 분위기에 만족한다.					
	11. 시설 내 편의시설(예: 복도 손잡이, 미끄럼 방지) 등이 잘 되어 있다.					
프로그램서비스	12. 시설의 프로그램 서비스는 전문성이 있다.					
	13. 시설의 프로그램 서비스는 다양하다.					
	14. 시설의 건강관리 프로그램(물리치료 등)은 잘 이루어지고 있다.					
	15. 시설의 사회교육 프로그램(노래교실, 건강교실, 댄스교실 등)은 잘 이루어지고 있다.					
	16. 시설의 여가 활동 프로그램(레크레이션 활동 등)은 유익하게 구성되어 있다.					
	17. 시설의 상담 프로그램(정기면담, 고민상담, 생활상담 등)은 운영이 잘 되고 있다.					
	18. 전반적인 측면에서 시설 프로그램에 대해 만족하고 있다.					

1. 다음은 어르신의 입소시설의 서비스 품질에 대한 질문입니다.

항 목	질 문 내 용	①	②	③	④	⑤
		전 혀 그 렇 지 않 다	그 렇 지 않 다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
의 료 서 비 스	19. 시설의 건강정보 제공은 잘 되고 있다.					
	20. 정기적인 건강검진(X-ray, 혈액검사 등) 서비스가 잘 실시되고 있다.					
	21. 시설 내 재활 및 물리 치료실이 잘 설치되어 있다.					
	22. 시설 내 재활 및 물리 치료실 이용이 편리하다.					
	23. 의료보조기기 대여 및 이용이 쉽다.					
	24. 지역 병·의원과 연계가 잘 되어 적절한 의료서비스가 제공되고 있다.					
영 양 서 비 스	25. 식품위생 관리가 잘 되어있다.					
	26. 식단이 잘 작성되어 공고되어 있다.					
	27. 특식 및 간식이 적절하게 제공되고 있다.					
	28. 식사배식 및 식사보조가 잘 이루어지고 있다.					
	29. 식사서비스(양, 질, 시간)에 대해 만족한다.					
	30. 제공되는 식사는 내 입맛에 맞는다.					
여 가 활 동 서 비 스	31. 여가활동 서비스가 적절하게 이루어지고 있다.					
	32. 본인이 원하는 여가활동에 참여할 수 있다.					
	33. 취미 및 문화 활동이 잘 이루어진다.					
	34. 종교 활동을 하는데 불편함이 없다.					

1. 다음은 어르신의 입소시설의 서비스 품질에 대한 질문입니다.

항 목	질 문 내 용	①	②	③	④	⑤
		전 혀 그 렇 지 않 다	그 렇 지 않 다	보 통 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
안 전 관 리 서 비 스	35. 시설내 편의시설(예: 복도 손잡이, 미끄럼방지시설 등)에 대해서 만족하십니까?					
	36. 시설의 안전시설(예: 야간 상용등, 비상벨 등)에 대해서 만족하십니까?					
	37. 화재에 대비한 소방시설물이 잘 설치되어 있다.					
	38. 시설 내 전기설비(전기용품, 콘센트) 등은 잘 관리되고 있다.					
	39. 일상생활용품(칼, 가위, 송곳)등은 잘 관리되고 있다.					
	40. 여가활동(산책활동, 프로그램진행)시 안전하게 진행되고 있다.					

II. 다음은 어르신의 사회적 지지에 관해 여쭙니다. 항목마다 동의하시는 정도에 표시하여 주십시오.

항 목	질 문 내 용	①	②	③	④	⑤
		전 혀 그 렇 지 않 다	그 렇 지 않 다	과 배 이 다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
사 회 적 지 지	1. 마음에 맞는 친구가 있다.					
	2. 친구들과 좋은 관계를 유지한다.					
	3. 나의 자녀들은 경제적으로 여유가 있다.					
	4. 나는 믿고 의지할 자녀가 있다.					
	5. 나는 자녀들과 관계가 좋다.					
	6. 나의 주위사람들은 나의 문제에 관심을 갖고 기꺼이 들어준다.					
	7. 나의 주위 사람들은 모두 내가 믿고 의지할 수 있는 사람들이다.					
	8. 상황이 별로 안 좋아도, 나는 무슨 일든 잘 할 수 있다.					
	9. 나의 주위사람들은 모두 나를 인격적으로 존중해준다.					
	10. 나의 주위사람들은 모두 내가 몸져 누워 있을 때 나의 일을 대신해준다.					

III. 다음은 어르신께서 평소 자신에 대해 어떻게 느끼고 생각하고 있는지를 알아보고자 하는 자기효능감에 대한 질문입니다.

항목	질문내용	①	②	③	④	⑤
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
자기효능감	1. 내가 세운 목표를 대부분 달성할 수 있다.					
	2. 어려운 일에 부딪혔을 때, 그것을 성취할 수 있다고 확신한다.					
	3. 일반적으로 나는 내가 중요시 하는 것을 얻을 능력이 있다고 생각한다.					
	4. 노력을 기울이면 무슨 일이든 성공할 수 있다고 믿는다.					
	5. 어려움이 닥쳐도 그것을 성공적으로 극복할 수 있을 것이다.					
	6. 다양한 종류의 일들을 잘할 수 있다고 확신한다.					
	7. 다른 사람보다 나는 대부분의 일을 더 잘 할 수 있다.					
	8. 상황이 별로 안 좋아도, 나는 무슨 일이든 잘 할 수 있다.					

IV. 다음은 입소 어르신의 일상생활능력에 대한 질문입니다.

구분	질문 내용	①	②	③	④	⑤
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
일상생활능력	1. 타인의 도움 없이 시설 내 이동이 가능하다.					
	2. 타인의 도움 없이 혼자서 먹을 수 있다.					
	3. 타인의 도움 없이 화장실을 이용할 수 있으며, 실금현상이 없다.					
	4. 타인의 도움 없이 목욕이 가능하다.					
	5. 타인의 없이 옷을 입고 벗을 수 있다.					
	6. 타인의 도움 없이 몸을 치장할 수 있다.					
	7. 타인의 도움 없이 전화를 걸고 받을 수 있다.					
	8. 자신의 물건을 잘 관리 할 수 있다.					
	9. 최근에 발생한 일에 대해서 이야기할 수 있다.					
	10. 타인의 도움 없이 약을 잘 챙겨 먹을 수 있다.					

V. 다음은 입소 어르신들의 생활만족도에 대한 질문입니다.

구분	질문 내용	①	②	③	④	⑤
		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	어쩔지 않다	그렇다	매우 그렇다
생활만족도	1. 이곳에서 받은 서비스는 나에게 큰 도움이 된다.					
	2. 나는 이곳에서 진정으로 내가 필요로 하는 도움을 받았다.					
	3. 내가 처음 이곳에 왔을 때보다 지금이 훨씬 좋아졌다고 생각한다.					
	4. 내가 아는 사람들은 이곳에서 내가 긍정적으로 변화되었다고 말한다.					
	5. 만일 다시 도움이 필요하면 이곳을 이용할 것이다.					
	6. 나는 이곳에서 건강이 더 좋아졌다고 생각한다.					
	7. 나는 요즘 들어 행복감을 느낀다.					

VI. 다음은 일반적 특성에 대한 질문입니다.

1. 어르신들의 성별은 무엇입니까?

- ① 남자 ② 여자

2. 어르신들의 연령은 어떻게 되십니까?

- ① 65세 미만 ② 65-70세 ③ 71-75세 ④ 76-80세 ⑤ 81세 이상

3. 어르신들의 교육정도는 어디에 해당됩니까?

- ① 무학 ② 초졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸이상

4. 어르신이 이용하고 계신 시설의 종류는 무엇입니까?

- ① 노인공동생활가정(9인 이하) ② 소규모요양시설(30인 이하)
 ③ 노인요양시설(복도형) ④ 노인요양시설(그룹형)
 ⑤ 노인요양병원

5. 어르신의 현재 요양시설의 입소기간은 얼마나 됩니까?
 ① 6개월-1년 미만 ② 1년 이상-3년 미만 ③ 3년 이상-5년 미만
 ④ 5년 이상-7년 미만 ⑤ 7년 이상
6. 어르신의 장기요양보험 등급은 어떻게 되십니까?
 ① 1등급 ② 2등급 ③ 3등급 ④ 4등급 ⑤ 5등급
7. 어르신의 요양시설 입소 동기는 무엇입니까?
 ① 돌봐줄 사람이 없어서 ② 가족과의 불화 ③ 안락한 노후생활을 위해서
 ④ 노인성 질환 때문에 ⑤ 경제적 어려움 때문에 ⑥ 기타()
8. 어르신의 시설서비스 이용료를 주로 부담하시는 분은 누구입니까?
 ① 이용자 본인 ② 배우자 ③ 자녀들 공동부담
 ④ 정부지원 ⑤ 개인연금 ⑥ 기타()
9. 어르신이 현재의 요양시설에 입소할 때 가장 중요하게 생각한 것은 다음 중 무엇입니까?
 ① 시설 ② 서비스 ③ 시설내의 프로그램 ④ 비용
 ⑤ 집과의 거리 ⑥ 주변환경 ⑦ 기타
10. 시설에서 제공하는 프로그램의 참여는 어느 정도입니까?
 ① 매일 1회 이상 ② 매주 1회 이상 ③ 매주 3회 이상
 ④ 월 1~2회 정도 ⑤ 전혀 안함 ⑥ 주변환경 ⑦ 기타
11. 어르신이 믿는 종교는 무엇입니까?
 ① 개신교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 원불교 ⑤ 기타
12. 어르신이 현재 입소하고 있는 시설의 지역은 어디입니까?
 ()시·도 ()시·군·구 ()동·면

설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

감사의 글

성탄절 늦은 밤에 학위논문을 마무리하며 그 동안의 일들이 파노라마처럼 펼쳐집니다. 몇 번씩이나 무력감에 포기할 생각도 했었지만 주위 많은 분들께서 격려와 용기를 주셔서 조그마한 결실을 맺게 되었음을 고백하고 감사의 마음을 담아 이 글을 올립니다.

본 논문을 완성하기까지 전 과정을 지도해 주신 박희서교수님, 김용섭교수님, 오세윤교수님, 배점모교수님, 김진숙교수님께 진심으로 감사드립니다. 특히, 학문적 지식이 부족한 저에게 현장실무를 적용한 논문을 쓸 수 있도록 격려해주시고 세심하게 배려해주신 김용섭지도교수님, 심사위원장을 맡아서 끝까지 열과 성을 다해서 지도해주신 박희서교수님 머리 숙여 감사드립니다.

극도로 사기가 떨어진 장기요양 현장에서 학문연구와 선진 케어시스템인 유니트케어를 도입하여 질 높은 서비스를 제공하고 있는 전국의 원장님들 특히, 강원도 이은영원장님 임재경원장님, 대구광역시 김석표원장님 김후남원장님, 전라북도 김재영원장님 이순종원장님, 전라남도 은광석원장님 정광석원장님 정성배원장님, 경기도 김영기원장님, 서울특별시 전숙영원장님, 광주광역시 정은미원장님 조미성원장님 바쁘심에도 불구하고 적극적으로 협조해 주셔서 감사드립니다.

또한 한국문화복지연구원 박사님들 감사합니다. 특히, 주영신박사님, 김선구박사님, 전성남박사님, 김은희박사님 곁에서 믿고 의지할 수 있는 방패막이가 되어주셔서 감사드립니다. 또한 굶은일 마다하지 않고 받을 답귀주신 서지연선생님, 송현주선생님 감사드립니다.

생각하면 생각할수록 많은 분들의 도움을 받았습니다. 힘든 과정이었지만 그래도 힘을 내어 여기까지 온 것은 항상 믿고 따라와 주신 용연가족들, 자나깨나 아들 걱정이신 구순을 바라보는 어머니, 사랑하는 이쁜 공주 현선이, 대들보 역할을 잘해주고 있는 귀하고 장한 아들들 현웅, 준형, 가장으로 부족함에도 말없이 따라주는 반려자가 있었기에 가능했습니다. 감

사드립니다.

끝으로 병마와 싸우고 있는 조카들 끝까지 용기를 잃지 않고 반듯이 이겨내기를 간절하게 기원하며.....

2015. 12. 24