

노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 영향 요인

김은미¹ · 신주현²

이화여자대학교 간호대학 석사졸업생¹, 이화여자대학교 간호대학 부교수²

Factors Influencing Patient-Centered Care by Nursing Staff in Nursing Homes

Kim, Eun Mee¹ · Shin, Juh Hyun²

¹Master's Degree Student, College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul

²Associate Professor, College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to determine individual and organizational factors that influence patient-centered care. **Methods:** Data were collected through convenience sampling and hierarchical linear modeling (HLM) 7.0 was conducted to analyze the effects of individual and organizational factors for patient-centered care. **Results:** One hundred and thirty five participants were included, of which 42.2% were registered nurses (RNs), 20.0% certified nursing assistants, and 37.8% care workers. Among the 14 nursing homes assessed, the average proportion of registered nurses was 7.6%. Patient-centered care was explained by a power of 2.4% at the individual level and was significantly associated with religion of nursing staff. The explanatory variables were not significant at the organizational level. **Conclusion:** While previous studies have highlighted the association established between patient-centered care and both individual and organizational characteristics, the same degree of association was not found in the present study primarily due to convenience sampling. Possible avenues for improvement include further consideration of the differences between individual and organizational variables and the addition of more explanatory variables to measure their impact on patient-centered care. Nonetheless the present study provides informative perspectives on the perception of nursing staff regarding elder abuse and human rights sensitivity of nursing staff.

Key Words: Nursing homes; Workforce; Patient-centered care; Multilevel analysis

서론

1. 연구의 필요성

2018년 노인요양시설의 수는 총 3,389개로, 2008년 노인장기요양보험의 도입 시점에 비해 약 2.5배 수준으로 증가한 것으로 나타났다[1]. 노인요양시설 입소 노인은 치매, 중풍 등 노

인성 질환으로 일상생활을 유지하기 위해 타인에게 의존성이 높은 취약한 집단이며[2], 신체 및 정신적 기능의 저하로 인해 자율성과 자기결정권 등의 요구가 어려워 인권침해의 위험이 있다[3]. 장기요양제도를 먼저 도입한 일부 선진국에서는 노인요양시설 입소 노인의 존엄성과 자율성 보호 및 의사결정권의 보장 등을 목적으로 하는 인간중심케어를 제공하기 시작하였다[4].

주요어: 노인요양시설, 인력, 인간중심케어, 다층분석

Corresponding author: Kim, Eun Mee <https://orcid.org/0000-0001-8373-6141>

College of Nursing, Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 03760, Korea.

Tel: +82-2-3277-6692, Fax: +82-2-3277-2850, E-mail: kem02029190@ewhain.net

Received: Feb 12, 2019 / Revised: Oct 22, 2019 / Accepted: Feb 3, 2020

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

인간중심케어란 노인요양시설 입소 노인의 신체적·정서적·사회적·영적인 부분을 모두 고려하여 개인의 선호도와 가치에 맞춘 총체적인 케어를 제공하는 것이다[5]. 이는 입소 노인의 자율성 및 자기결정권을 보장할 뿐만 아니라[5] 일상생활 수행능력의 향상 및 무력감과 우울과 같은 부정적 정서의 감소, 전반적인 삶의 질 향상[6], 욕창 발생률, 연간 병원 입원율의 감소 등[7]의 결과로 보고되었다. 노인요양시설에서 직접 간호 및 요양서비스를 제공하는 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 수준은 케어의 질과 입소 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다[8]. 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력은 입소 노인의 다양한 요구 충족 및 유동적인 중재 제공의 핵심적인 역할을 하므로, 입소 노인의 삶의 질 저하, 인권 침해 등의 문제를 효율적으로 관리하기 위해 노인요양시설 간호 인력의 인간중심케어 향상을 위한 방안 모색이 요구되는 시점이다.

노인요양시설에서 인간중심케어의 정도는 돌봄 인력의 교육 수준, 임상 경력, 입소 노인과의 관계 형성, 개별화된 케어를 제공할 수 있는 직무역량[6,8], 직무만족, 자기개발능력, 인간중심케어에 대한 지식수준 등[9,10]의 개인적 요인의 영향을 받는 것으로 나타났다. 또한 시설 규모, 직원 대 노인 비율, 상급자의 리더십, 물리적 환경 등 조직적 요인의 영향을 받는 것으로 보고되었다[11]. 뿐만 아니라 보건의료 교육 이수 경험, 충분한 자원 및 역할 갈등에 대한 낮은 스트레스, 업무의 높은 숙련도, 리더십의 강화, 혁신적인 분위기, 집단 간의 협력 정도가 노인요양시설의 수준 높은 인간중심케어에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다[11]. 그리고 고용상황이 안정될수록, 간호사 비율 및 기관 평가등급이 높은 시설에서 근무하는 간호 인력일수록 더 높은 수준의 인간중심케어를 제공하는 것으로 보고된 바 있다[12]. 이러한 결과는 인간중심케어의 실천을 위해서 인력 및 시설의 조직적 특성을 함께 고려한 방안 마련이 필요하며 이에 영향을 미치는 개인적·조직적 요인의 파악이 선행되어야 함을 시사한다.

이와 더불어 최근 노인요양시설에서 의사결정권의 제한, 안전하지 않은 환경, 필요한 의료서비스를 신속하게 제공하지 않는 행위, 억제대의 사용, 감금 및 격리, 불필요한 약제의 사용, 목욕 및 기저귀 교환 시 신체 부위의 노출로 성적 수치심을 느끼게 하는 행위 등 입소 노인의 인권침해가 문제시 되고 있다[13]. 또한 입소 노인의 삶의 질을 위협하고 존엄성 및 인권 침해의 대표적인 행태인 노인학대가 지속해서 증가하는 추세이다[14]. 이에 노인인권보호의 실천을 위해서 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권의식 함양 및 옹호적 태도가

요구된다. 인권의식의 기본 요소인 인권감수성은 특정 상황에 대해 인권과 관련된 상황 인식 및 행동으로 인해 자신과 타인에게 나타날 결과 예측, 인권과 관련한 행동에 대한 책임 지각과 실천 의지를 포함하는 것으로[15], 인권의식의 고양을 위해 인권감수성은 필수적으로 갖춰져야 할 요소라고 할 수 있다. 뿐만 아니라 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력은 노인학대 신고 의무를 가지고 있으므로(노인복지법 제39조의6) 노인학대 인식을 통한 법적 책임 및 예방과 중재 등 적절한 대응 방안 마련을 기대할 수 있다. 따라서 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권감수성과 노인학대인식의 고취는 노인학대나 인권침해 피해를 최소화하며 노인요양시설 내의 노인 인권 존중 및 권리 보장의 궁극적인 목표라 할 수 있다. 그러나 노인학대 예방 등 시설 종사자를 대상으로 하는 인권교육의 중요성이 점차 강조되는 것에 반해 실제로 인권 존중이나 권리에 기반을 둔 케어와 관련한 제도 및 연구는 미흡한 실정이다[14]. 이에 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권감수성과 노인학대인식의 함양이 케어의 질 향상에 영향을 미치는 지에 대한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

노인요양시설은 가정과 같은 환경 조성을 통해 입소 노인의 케어의 질 향상을 위한 노력을 하므로[2] 조직적 특성의 영향을 받는 위계구조를 가진다. 이에 본 연구에서는 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어에 영향을 미치는 요인을 위계선형모형(Hierarchical Linear Model, HLM)을 통해 개인과 조직수준으로 구분하여 분석하고자 한다. 또한 인권감수성 및 노인학대인식이 인간중심케어에 미치는 영향을 확인하여 입소 노인의 삶의 질과 노인인권 향상, 시설 내 학대 예방을 위한 기초자료를 마련하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권감수성, 노인학대인식, 인간중심케어 정도를 파악하고, 위계선형모형을 활용하여 인간중심케어에 영향을 미치는 개인수준과 조직수준의 요인을 파악하기 위함이며 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 일반적 특성 및 조직적 특성을 파악한다.
- 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권감수성, 노인학대인식 및 인간중심케어 정도를 파악한다.
- 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어에 영향을 미치는 개인 및 조직수준의 요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 다층모형을 활용하여 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어에 영향을 미치는 개인 및 조직 수준의 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

위계선형모형의 적절한 검정력 산출을 위한 표본 수에 대한 명확한 지침은 없는 상태이나[16] 적정 표본 수로 30(조직):30(개인)이 권고된다[17]. 이는 높은 수준의 검정력을 확보하기 위해 적어도 30개의 집단이 필요로 하며 각 집단에서 30명의 개인이 포함되어야 함을 의미한다. 그러나 연구설계 특성에 따라 달라질 수 있으며 개인을 많이 확보한 경우에는 집단의 수가 적어도 무방하다고 제기된 바 있다[16,17].

본 연구의 참여 노인요양시설은 서울, 부산, 경기, 경남 지역에 소재한 1,514개 중에서 노인복지법(제34조 제1항)에 근거하여 입소정원이 10인 이상의 규모를 가지고, 연구자의 지리적 접근성 및 실질적 자료 확보 가능성을 고려한 28개의 시설에서 편의 추출되었다. 이 시설 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 14개 노인요양시설을 선정하였다. 본 연구에서 개인수준의 대상자는 노인요양시설 간호사, 간호조무사, 요양보호사를 대상으로 하였다. 의료기관 직무 및 조직의 적응 기간으로 최소 6개월 이상이 적합한 것을 고려하여[18] 2018년 6월 기준 노인요양시설 6개월 이상의 경력을 가진 간호사, 간호조무사, 요양보호사를 대상으로 선정하였다. 연구대상자 수는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 다중회귀분석 검정 시 유의수준 .05, 효과크기 .15, 검정력 .80, 독립변수 11개를 기준으로 하였을 때 최소로 필요한 표본 수가 123명으로 산출되었다. 설문에 동의한 간호사, 간호조무사, 요양보호사에게 탈락률 10%을 고려하여 설문지 135부를 배부하였으며, 탈락 없이 최종 연구 분석에서 135부 모두 사용되었다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

본 연구의 일반적 특성은 개인수준 분석에 사용된 변수들로, 선행연구[12]의 인간중심케어와 관련성이 있는 변수들을 선정하였다. 성별, 나이, 학력, 종교, 결혼 여부, 직종, 재직 기

간, 고용상황을 포함한 일반적 특성은 설문지를 통해 수집하였다.

2) 인권감수성

인권감수성은 인권과 관련한 상황에서 인권 중심의 지각 및 해석, 행동하려는 심리적 과정을 의미하며 국가인권위원회 [15]가 개발한 성인용 인권감수성 척도를 사용하였다. 총 10가지의 인권 관련 사례를 제시하며 각 사례별 6개의 문항이 포함되어 총 60문항으로 구성된다. 5점 리커트 척도를 이용하여 인권이 문제되는 갈등 상황의 사례에서 인권을 옹호하는 문항과 다른 가치를 나타내는 문항에 대해 중요도를 평정하였을 때 인권과 관련된 문항에 더 높게 평정한 평정치만 합산하여 인권감수성 원점수를 계산하였다. 영역별 점수는 0점에서 5점으로, 하나의 사례에서 최고점은 15점이 부여된다. 인권감수성 전체 척도에서 총합의 범위는 0점에서 150점에 해당하고 점수가 높을수록 인권감수성이 높은 것을 의미한다. 국가인권위원회의 연구[15]에서 인권감수성의 Cronbach's α 는 .88로 측정되었으며, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .81로 확인되었다.

3) 노인학대인식

노인학대인식은 노인에게 가해지는 모든 학대에 대하여 분별하고 판단하여 아는 것을 의미하며, Moon과 Williams [19]가 개발하고 Bang [20]이 한국인의 정서에 맞게 번역 및 수정한 도구를 사용하였다. 총 12개의 사례가 제시되며 4점 리커트 척도를 사용하여 '전혀 학대가 아니다' 1점에서 '학대가 확실하다' 4점까지 평정하였다. 노인학대인식 총합의 범위는 12점에서 48점으로 점수가 높을수록 노인학대인식이 더 높음을 의미하며, Bang [20]의 연구에서 Cronbach's α 는 .81, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .73으로 확인되었다.

4) 인간중심케어

인간중심케어란 대상자의 심리적 욕구 및 능력과 가치를 존중하며 독립성, 자율성, 자존감을 증진시키기 위한 인식과 실천을 의미하는 것으로, White 등[21]이 개발한 Measure of Person-Directed Care를 Choi와 Lee [22]가 수정 및 번안한 Korean Measure of Person-Directed Care를 사용하였다. 이 도구는 인간중심케어와 관련한 5가지 영역인 자율성(autonomy), 개별 노인에 대한 이해(knowing the person), 개인적 특성(personhood), 안위(comfort care), 지지관계 형성(support relationship)과 인간중심케어를 위한 환경과 관련

한 2가지 영역인 입소 노인과의 업무 공유(work with residents), 경영 구조(management structure)의 총 7개 하위영역으로 구성되며, 총 30문항으로 이루어져 있다. 각 문항은 5점 리커트 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 평정하였고, 총합의 범위는 30점에서 150점에 해당하며 점수가 높을수록 인간중심케어 정도가 높음을 의미한다. White 등[21]의 연구에서 Cronbach's α 는 .85였고, Choi와 Lee [22]의 연구에서 Cronbach's α 는 .93, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .94로 확인되었다.

5) 조직적 특성

본 연구에서 선정된 변수로는 노인요양시설 고용 간호사·간호조무사·요양보호사 수, 노인요양시설 내 간호사 비율, 노인요양시설의 소재지, 시설소재 도시 규모, 시설운영 목적(영리, 비영리), 설립주체(개인, 사회복지법인, 의료법인, 학교법인), 2015년 장기요양기관평가 등급판정 결과, 인지 및 신체기능 재활 프로그램 수, 설립기간, 정원규모, 정원충원율이 해당된다. 노인요양시설 내 간호사 비율은 간호사 및 간호보조 인력 중 간호사의 비율을 의미하며, (간호사 수/간호사+간호조무사+요양보호사)×100의 계산식으로 산출하였다. 설립기간은 2018년 9월 기준 참여 시설의 설립기간을 의미한다. 정원충원율은 노인요양시설의 입소 가능한 총 정원 수(정원규모) 중 현원의 비율로, (현원/정원)×100의 계산식으로 산출하였다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 대상자의 윤리적 보호를 위하여 이화여자대학교 생명윤리위원회 승인(No.165-9)을 받고 2018년 10월 19일부터 11월 9일까지 시행하였다. 지리적 접근성을 고려하여 편의 추출된 서울, 부산, 경기, 경남 소재 28개의 노인요양시설 관리자급(시설장, 사무국장, 간호부장)에게 유선으로 연구의 목적 및 방법에 대해 설명 후, 연구참여 및 시설 방문을 허락한 14개의 노인요양시설에 연구자가 직접 방문하였다. 연구대상자에게 연구목적과 내용을 설명 후 자발적으로 연구에 참여하길 원하는 대상자에 한하여 서면으로 동의서를 받은 뒤 설문지를 작성하도록 하였다. 설문지 작성 시간은 약 40분 정도 소요되었으며 연구참여에 따른 시간적 손실에 대한 보상으로 2,000원 상당의 답례품(문구류)을 증정하였다.

연구에 참여한 노인요양시설의 조직적 특성에 대한 자료는 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지(<http://www.longtermcare.or.kr>)에 공표된 자료 및 해당 기관 시설장 또는

간호부장을 통하여 수집하였다.

5. 자료분석

본 연구에 수집된 자료는 IBM SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하였다. 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 일반적 특성, 조직적 특성을 파악하기 위하여 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였으며, 인권감수성, 노인학대인식, 인간중심케어 정도를 파악하기 위해 평균, 표준편차, 최솟값, 최댓값으로 분석하였다. 인간중심케어에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다층간 변수를 연계하여 관련성을 분석하는 위계선형모형을 활용하여 분석 및 설명하고자 하였다. 통계 프로그램 Hierarchical Linear Modeling (HLM) 7.0을 이용하였으며, 전체 평균 중심화(grand mean centering)를 통해 설명변수 척도를 변환하여 중심화해줌으로써 절편값의 해석을 용이하게 하였다. 다수준 분석에서 연구모형 1은 기초모형으로, 독립변수를 투입하지 않고 종속변수인 인간중심케어만을 투입하여 분석하였으며 연구모형 2는 개인수준의 일반적 특성 변수만을, 연구모형 3은 조직적 특성과 일반적 특성 변수를 함께 투입하여 분석하였다. 조직수준의 변수에서 정원규모 변수는 간호사 수($r=.90, p<.010$), 요양보호사 수($r=1.00, p<.010$)와 높은 상관성을 보여 다중공선성(multicollinearity) 문제가 발생할 수 있으므로[23] 분석에서 제외하였다.

연구 결과

1. 간호사 및 간호보조 인력의 일반적 특성

연구대상자 총 135명 중 여성이 132명(97.8%)으로 대부분을 차지하였고, 평균 연령은 53.0세였다. 최종학력은 4년제 대졸 이상이 58명(43.0%)으로 가장 많았으며, 전체 대상자 중 종교를 가지는 자가 111명(82.2%)으로 무교보다 높은 비율을 차지하였다. 또한 결혼 여부는 기혼자가 129명(95.6%)으로 확인되었다. 대상자의 직종은 간호사 57명(42.2%), 간호조무사 27명(20.0%), 요양보호사 51명(37.8%)으로 분류되었으며, 현재 근무하는 노인요양시설의 재직기간은 간호사 평균 4.71년, 간호조무사 평균 3.77년, 요양보호사 평균 3.85년이었다. 해당 직업으로 총 근무 경력은 간호사가 평균 14.63년으로 가장 높았으며 요양보호사가 평균 5.01년으로 가장 낮았다. 고용상황은 정규직 105명(77.8%), 계약직 30명(22.2%)으로 확인되었다(Table 1).

Table 1. Demographic Characteristics of Participants

(N=135)

Variables	Categories	n (%)	M±SD	Min	Max
Gender	Female	132 (97.8)			
	Male	3 (2.2)			
Age (year)	< 49	34 (25.2)	53.0±8.34	28.0	80.0
	50~59	74 (54.8)			
	≥ 60	27 (20.0)			
Education	≤ High school	38 (28.1)			
	College	39 (28.9)			
	≥ University	58 (43.0)			
Religion	Yes	111 (82.2)			
	No	24 (17.8)			
Marital status	Unmarried	6 (4.4)			
	Married	129 (95.6)			
Occupation	Registered nurse	57 (42.2)			
	Nursing assistant	27 (20.0)			
	Care worker	51 (37.8)			
Employment duration in current nursing home (year)	Registered nurse		4.71±3.90	0.50	14.08
	Nursing assistant		3.77±2.69	0.50	10.00
	Care worker		3.85±3.44	0.50	14.25
Employment duration in current occupation (year)	Registered nurse		14.63±8.41	0.50	34.00
	Nursing assistant		10.77±8.54	0.83	33.00
	Care worker		5.01±3.86	0.75	16.00
Employment condition	Full time	105 (77.8)			
	Part time	30 (22.2)			

2. 노인요양시설의 조직적 특성

총 14개의 시설은 모두 대도시에 소재하였으며 서울 4개 (28.6%), 부산 3개 (21.4%), 경기 5개 (35.7%), 경남 2개 (14.3%)로, 경기에서 가장 많았다. 시설의 운영은 비영리기관이 12개 (85.7%)로 높은 비율을 차지하였으며, 설립주체는 개인 4개 (28.6%), 사회복지법인 8개 (57.1%), 의료법인 1개 (7.1%), 학교법인 1개 (7.1%)였다. 참여 시설의 2015년 장기요양기관평가 등급판정 결과는 A등급을 받은 시설이 7개 (50.0%), B등급을 받은 시설이 4개 (28.6%), 평가 외 시설이 3개 (21.4%)였다. 해당 노인요양시설의 평균 간호사 수는 4.14명, 간호조무사 수는 2.43명, 요양보호사 수는 43.71명이었고, 각 시설의 총 간호사 및 간호보호 인력 중에서 간호사의 비율은 평균 7.6%로 확인되었다. 노인요양시설에서 시행되고 있는 인지 및 신체기능 재활 프로그램 수는 평균 13.71개였으며, 설립기간은 평균 9.03년이었다. 해당 시설의 정원 규모는 평균 106.79명이었고, 정원충원율은 평균 94.3%로 확인되었다(Table 2).

3. 대상자의 인권감수성, 노인학대인식, 인간중심케어 정도

대상자의 인권감수성, 노인학대인식, 인간중심케어 정도는 Table 3과 같다. 본 연구에서 인권감수성 정도는 평균 2.11점이며 하위개념에서 상황지각 2.03점, 결과지각 2.10점, 책임지각 2.18점으로 나타났다. 노인학대인식 점수는 평균 3.16점으로, 하위항목별 학대인식에서 '성적학대에 대한 인식' 정도(평균 3.95점)가 가장 높은 것으로 확인되었다. 또한, 방임(평균 3.56점), 재정적 학대(평균 3.42점), 정서적 학대(평균 3.26점), 신체적 학대(평균 2.31점) 순으로 학대인식 정도가 높게 나타났다. 인간중심케어 정도는 평균 4.02점으로, 하위영역인 인간중심케어 관련 영역은 평균 3.92점, 인간중심케어를 위한 환경 관련 영역은 평균 4.25점이었다. 하위영역의 각 항목에서 '입소 노인과의 업무 공유(평균 4.29점)', '안위(평균 4.24점)' 항목이 높은 점수를 보인 반면, '자율성(평균 3.28점)' 항목은 낮은 점수로 확인되었다.

Table 2. Organizational Characteristics of Participants

(N=14)

Variables	Categories	n (%)	M±SD	Min	Max
Geographical location	Seoul	4 (28.6)			
	Busan	3 (21.4)			
	Gyeonggi	5 (35.7)			
	Gyeongnam	2 (14.3)			
Operation	Profit	2 (14.3)			
	Non-profit	12 (85.7)			
Founder	Individual foundation	4 (28.6)			
	Social-welfare foundation	8 (57.1)			
	Medical-welfare foundation	1 (7.1)			
	Education foundation	1 (7.1)			
Public nursing home rating reports (rate)	A	7 (50.0)			
	B	4 (28.6)			
	Evaluation-excluding	3 (21.4)			
Number of employees by organization	Registered nurse		4.14±4.38	0.00	17.00
	Nursing assistant		2.43±2.14	0.00	7.00
	Care worker		43.71±29.18	14.00	130.00
Rate of nurse (%)			7.6±4.53	0.0	15.6
Number of programs			13.71±9.47	2.00	37.00
Establishment duration (year)			9.03±3.52	3.17	15.50
Capacity (people)			106.79±75.58	35.00	296.00
Occupancy rate (%)			94.3±12.49	60.9	100.0

Table 3. Levels of Human-Rights Sensitivity, Elder-Abuse Perceptions and Patient-Centered Care in Participants

(N=135)

Variables	Categories	M±SD	Min	Max	Range
Human-rights sensitivity	Total	2.11±0.85	0.40	4.90	0~5
	Situation awareness	2.03±0.90	0.50	5.00	0~5
	Consequence awareness	2.10±0.99	0.00	4.80	0~5
	Responsibility awareness	2.18±0.94	0.00	5.00	0~5
Elder-abuse perceptions	Total	3.16±0.37	1.75	4.00	1~4
	Physical abuse	2.31±0.61	1.00	4.00	1~4
	Emotional abuse	3.26±0.43	1.75	4.00	1~4
	Financial abuse	3.42±0.66	1.00	4.00	1~4
	Sexual abuse	3.95±0.22	3.00	4.00	1~4
	Neglect	3.56±0.51	1.00	4.00	1~4
Patient-centered care	Total	4.02±0.51	2.53	5.00	1~5
	Patient-centered care	3.92±0.54	2.40	5.00	1~5
	Autonomy	3.28±0.82	1.00	5.00	1~5
	Personhood	4.06±0.71	2.00	5.00	1~5
	Knowing the person	4.17±0.60	2.50	5.00	1~5
	Support relationships	3.84±0.74	2.00	5.00	1~5
	Comfort care	4.24±0.56	3.00	5.00	1~5
	Environment	4.25±0.54	2.80	5.00	1~5
	Work with residents	4.29±0.56	2.00	5.00	1~5
Management structure	4.21±0.60	2.80	5.00	1~5	

4. 위계선형모형을 활용한 인간중심케어에 영향을 미치는 요인

1) 기초모형(Unconditional model)

기초모형은 독립변수를 투입하지 않고 종속변수만을 투입하여 분석한 모형이다(Table 4). 위계선형모형은 개인 및 조직 수준 분산 값의 유의미한 차이를 확인하여 개인의 분산 중 조직적 특성에 의해 발생하는 분산량을 도출한다[23]. 본 연구의 기초모형에서 종속변수인 인간중심케어만을 투입하였을 때 분산 정도에 따른 개인 및 조직수준의 비중을 비교하여 다층모형의 적합성을 확인할 수 있다. 제시된 고정효과(fixed effect)는 절편 및 기울기의 추정계수가 하나의 값을 갖는 것이며, 임의효과(random effect)는 절편 및 기울기의 추정계수가 조직수준에 따라 여러 개의 값을 갖는 것을 의미한다[23]. 분석결과에서 절편 및 기울기는 개인수준에서 가지는 분산과 조직수준의 잔여분산을 제시한다. 고정효과(fixed effect)에서 인간중심케어의 전체 평균은 121.57이었다. 임의효과(random effect)에서 개인수준의 분산은 185.57, 조직수준의 분산은 51.88이었다. 총 분산에 대한 집단 간 차이에 의해 설명되어진 분산량을 의미하는 집단내 상관계수 ICC (Intraclass Correlation Coefficient)는 2수준의 분산을 1수준과 2수준 분산의 합계로 나눈 값을 의미하는 것으로, 5~25%수준으로 나타나는 것이 보편적이고 타당하다. 본 연구에서 집단내 상관계수 ICC가 $51.88 / (185.57 + 51.88) = 0.218$ (21.8%)로 산출되어 기준에 적합하므로 인간중심케어는 조직적 특성을 고려한 다층모형 분석이 필요함을 확인하였다.

2) 연구모형 2(Conditional model 1)

연구모형 2는 개인수준의 설명 변수를 투입한 모형으로, 성별, 연령, 학력, 종교, 결혼여부, 직종, 현시설 재직기간, 해당직업 근무경력, 고용상황, 인권감수성, 노인학대인식 변수를 투입하여 분석하였다(Table 4). 임의효과에서 개인수준의 분산은 180.74로 확인되었다. 분산량을 산출한 결과($185.57 - 180.74$) / $185.57 = 0.026$ 로 측정되었으며, 이는 인간중심케어의 약 2.6%가 개인수준과 연관되는 것으로 설명할 수 있다. 계수의 유의성 검증 결과를 통해 고정효과에서 종교가 없는 것이 인간중심케어의 부(-)적으로 유의한 영향을 미치는 것을 확인하였다(Coefficient. = -7.41, $p = .028$).

3) 연구모형 3(Conditional model 2)

연구모형 3은 개인적 특성과 함께 조직적 특성 변수인 시설

소재지, 시설운영, 설립주체, 기관평가등급, 간호사·간호조무사·요양보호사수, 간호사 비율, 인지 및 신체기능 재활 프로그램 수, 설립기간, 정원충원을 변수를 투입하여 분석하였다. 임의효과에서 개인수준 설명 변수들로 설명되지 않은 개인수준 잔차 분산은 181.05, 조직수준 설명 변수들로 설명되지 않은 조직수준 잔차 분산은 249.07이었다. 분산량 산출 결과, 1수준의 개인수준으로 설명된 분산량이 $(185.57 - 181.05) / 185.57 = 0.024$ 로 인간중심케어 분산의 약 2.4%를 개인수준이 설명하는 것으로 나타났다. 2수준의 조직수준으로 설명된 분산량은 기초모형의 51.88에서 249.07로 크게 증가하여 개인수준의 설명 변수를 투입한 연구모형 2보다 설명력이 개선되지 못한 것으로 판단되었으며[23], 이는 본 연구의 조직적 특성 변수가 인간중심케어에 영향을 미치지 않는 것으로 해석할 수 있다. 계수의 유의성 검증을 통해 연구모형 2와 마찬가지로 종교 없음 변수가 부(-)적으로 유의하게 나타났으며(Coefficient. = -7.38, $p = .035$), 이는 종교가 없을 경우 인간중심케어 수준이 낮은 것을 의미한다.

논 의

고령화로 인한 노인요양시설 수요가 증가함에 따라 노인요양시설 입소 노인의 케어 및 삶의 질을 향상시키기 위해 직접 간호 및 요양서비스를 제공하는 간호사 및 간호보조 인력의 수준 높은 인간중심케어가 요구된다. 본 연구는 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어에 영향을 미치는 요인을 개인, 조직수준으로 분류하여 위계선형모형을 통해 분석하고자 하였다. 또한 인권감수성 및 노인학대인식 정도를 파악하고 인간중심케어에 영향을 미치는지 확인하여 입소 노인의 삶의 질과 인권 향상, 시설 내 학대 예방을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

본 연구결과에서 노인요양시설의 간호사 및 간호보조 인력의 인권감수성은 평균 2.11점이었다. 하위영역에서 입소 노인에게 미칠 행동의 결과를 이해하고 공감하는 정서적 능력을 의미하는 결과지각(평균 2.10점)과 인권과 관련한 행동에 대해 실천 의지를 나타내는 책임지각(평균 2.18점)에서 상황지각(평균 2.03점)에 비해 다소 높은 점수를 보였으며, 이는 간호대학생을 대상으로 시행한 선행연구[24]의 결과와 유사하였다. 한편, 인권에 대한 보편적 지식을 바탕으로 인권과 관련된 상황으로 지각하는 인식 수준을 의미하는 상황지각이 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다. 우리나라는 인권보호 지침의 실천을 위해 노인복지시설 인권매뉴얼을 개발 및 보급, 시설

Table 4. Hierarchical Linear Model of Individual Level and Organizational Level on Person-Directed Care

Variables	Categories	Unconditional		Conditional 1		Conditional 2		
		Coef.	<i>p</i>	Coef.	<i>p</i>	Coef.	<i>p</i>	
Fixed effects								
Intercept (<i>100</i>)		121.57	< .001	96.99	< .001	744.11	.999	
Level 1 (Individual, <i>N</i> ₁ =135)	Gender (female)			11.06	.223	5.83	.544	
	Age (ref.= ≤ 40)							
	50~59			-1.88	.575	-0.14	.969	
	≥ 60			1.87	.671	3.29	.509	
	Education (ref.=high school)							
	College			-3.13	.425	-3.39	.405	
	≥ University			5.02	.181	5.25	.175	
	Religion (no)			-7.41	.028	-7.38	.035	
	Marital status (married)			-5.82	.365	-4.76	.469	
	Occupation (ref.=registered nurse)							
	Nursing assistant			4.82	.231	0.72	.869	
	Care worker			2.73	.534	-1.13	.812	
	Employment duration in current nursing home (year)			0.45	.259	0.49	.258	
	Employment duration in current occupation (year)			-0.05	.805	-0.11	.585	
	Employment condition (part time)			4.83	.182	6.76	.074	
	Human-rights sensitivity			0.03	.654	0.01	.870	
	Elder-abuse perceptions			0.38	.227	0.41	.223	
	Level 2 (Organizational, <i>N</i> ₂ =14)	Geographical location (ref.=Seoul)						
		Busan					123.84	1.000
		Gyeonggi					-52.78	1.000
Gyeongnam						-103.66	.999	
Operation (non-profit)						14.76	1.000	
Founder (social-welfare)						-14.22	1.000	
Public nursing home rating (ref.=A)								
B						-106.15	.999	
Evaluation-excluding						-155.63	1.000	
Number of registered nurses						78.75	.999	
Number of nursing assistants						20.47	1.000	
Number of care workers						-11.88	1.000	
Rate of nurse						-30.99	1.000	
Number of programs						3.23	1.000	
Establishment duration					1.19	1.000		
Occupancy rate					-2.66	.904		
Random effect								
Variance of the individual level		185.57		180.74		181.05		
Variance of the organizational level		51.88		36.88		249.07		
Deviance		1,100.87		1,041.88		967.73		

Coef.=Coefficient; ref.=Reference.

종사자를 대상으로 지속적인 교육을 제공하고 있으며[13], 2018년 6월 노인복지법 개정에서 노인복지시설 종사자 등에 대한 인권교육이 의무화되었다. 그러나 노인요양시설의 업무 특성상 많은 시간을 입소 노인과 함께 보내는 시설 종사자는 입소 노인과 관계 속에서 윤리적 딜레마를 직면하게 된다 [15]. 또한 노인의 인권 문제를 개개인이 어떻게 지각하고 해석하는지에 따라 인권 문제를 다르게 받아들이는 한계점이 따르게 되므로, 노인요양시설 인력의 인권감수성 차이를 인지하고 이를 고려한 인권교육 프로그램의 개선이 필요할 것으로 보인다. 뿐만 아니라 인권감수성은 인권 옹호 행동에 결정적인 역할을 하므로[15] 이를 향상시키기 위해 인권에 대한 추상적인 논의가 아닌, 노인의 인권 관점에 근거하여 시설에서 발생할 수 있는 실질적인 인권 침해 상황과 관련한 사례중심 인권교육 매뉴얼의 개발이 필요함을 시사한다.

노인학대인식 정도는 평균 3.16점이었으며, 노인학대인식의 하위영역에서 성적 학대인식 평균 점수가 3.95점으로 가장 높았고 신체적 학대인식 평균 점수가 2.31점으로 가장 낮았다. 노인요양시설 입소 노인을 대상으로 학대 경험에 대한 선행연구 결과를 통해 성적학대 경험에서 응답률이 가장 높고, 다른 사람 앞에서 신체 부위를 벗겨놓은 상태로 두는 등의 행위로 인한 성적 수치심이 주원인으로 보고되었다[2]. 현재 보건복지부의 노인주거 및 의료복지시설 대상 노인 인권 실태조사 점검 매뉴얼에서 노인이 성적 수치심을 경험할 수 있는 사례들에 대해 구체적으로 제시하고 있으며, 지역노인보호전문기관이 위와 같은 내용에 대한 교재 및 교육을 제공하는 등[13] 노인요양시설의 케어 과정에서 간과될 수 있는 성적학대 예방을 위한 제도적 노력이 성적 학대인식 개선에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 반면, 본 연구에서 노인요양시설 간호 인력의 신체적 학대인식 정도가 상대적으로 낮은 점수로 확인되었다. 선행연구의 노인학대 신고의무자를 대상으로 조사한 연구 결과에서 성적학대, 방임 등과 관련한 사례는 나쁜 의도를 가진 학대행위로 보는 것에 반해 신체적 학대와 정서적 학대로 분류되는 사례에 대해서는 노인을 케어하는 과정에서 발생하는 악의 없는 학대 행위로 인식하고 있는 것으로 나타났다[20]. 이처럼 노인학대인식 정도는 행위의 의도나 원인의 영향을 받을 수 있다. 따라서 노인요양시설 입소 노인의 장애, 질병, 치매 등으로 인한 의존성을 고려하였을 때 노인요양시설에서 케어의 제공과 함께 발생할 수 있는 의도하지 않은 학대 행위에 대한 주의가 요구된다. 또한 노인학대에 대하여 관대해지는 태도를 재고하기 위해 간호사 및 간호보조 인력을 대상으로 노인학대 유형, 사례 제시 및 예방 등에 대한 교육 제공이 필요함을 시사

한다.

인간중심케어 정도는 평균 4.02점으로, 같은 도구를 사용한 선행연구의 노인요양시설 간호 인력 인간중심케어 정도가 평균 3.76점[12], 노인요양시설 시설장 및 중간관리자급 이상의 인간중심케어 정도가 평균 3.93점[25]인 것에 비해 높은 점수로 측정되었다. 하위영역의 각 항목에서 입소 노인과 업무 공유(평균 4.29점)와 안위(평균 4.24점) 항목이 높은 점수로 확인되었다. 입소 노인과 업무 공유란 노인요양시설 종사자의 케어를 위한 협력 정도를 의미하며[21], 본 연구의 결과는 간호사 및 간호보조 인력이 입소 노인 중심의 케어를 위해 다양한 프로그램 및 활동에서 적극적으로 계획하고 협력하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 안위는 입소 노인의 선호와 욕구에 맞는 개별화된 케어를 통해 신체적·정서적 요구를 충족하고 일관된 케어를 지속적으로 제공함으로써 케어의 질을 더욱 향상시킨다고 보고된 바 있다[21]. 이는 입소 노인의 욕창 및 통증 관리, 시설 내 개별 공간의 마련, 목욕 방법의 자율화, 사례관리 등 입소 노인의 안위를 고려한 노인요양시설 케어의 실천 [21]이 이러한 연구결과에 영향을 미쳤을 것으로 보인다.

반면, 입소 노인의 케어 과정 및 환경에 대한 선택권을 의미하는 자율성(평균 3.28점) 항목이 가장 낮은 점수로 나타났다. 본 연구에서 자율성은 입소 노인이 케어와 서비스, 활동 등에 계획을 세우거나 의견을 반영할 수 있도록 하며 스스로 식사 장소나 시간을 자유롭게 선택할 수 있도록 지지하는 것을 의미한다. 자율성은 입소 노인 스스로의 결정에 대해 지지하고 격려해주는 환경에서 더욱 증진될 수 있다고 보고되나[26], 대부분 인지 능력 장애를 가진 노인요양시설 입소 노인이 자신에 대한 의사결정이 어렵고 타인의 결정에 의존할 수밖에 없는[23] 상황으로 인해 자율성 수준이 낮은 것으로 해석할 수 있다. 자율성은 노인요양시설 입소 노인의 권리를 증진시킬 뿐만 아니라 삶의 질을 향상시키는 요소이므로 간호사 및 간호보조 인력은 획일화된 케어가 아닌 입소 노인의 개별화된 케어와 의사결정권의 제공으로 자율성을 증진시킬 필요가 있다.

본 연구의 위계선형모형 적용 결과, 개인수준 변수에서 종교가 없는 경우 인간중심케어 수준이 낮은 것으로 나타났다. 이는 다시 말해 종교의 유무가 인간중심케어에 영향을 미칠 수 있는 것으로 해석 가능하다. 간호대학생을 대상으로 시행한 선행연구를 통해 종교가 있는 학생들에서 전문직 자아개념 및 간호에 대한 소명의식이 높은 것을 확인할 수 있었다[27]. 이와 비슷한 맥락에서 직접 간호 및 요양서비스를 제공하는 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 수준에 종교가 영향을 미쳤을 것으로 생각한다. 종교는 영적 수준에 영향을 미치

는 주요 변인으로, 이는 케어의 높은 성과 및 긍정적 간호태도에 영향을 미치는 것으로 확인되었다[28]. 또한 의과대학생을 대상으로 시행한 연구에서 환자의 정서적·심리적 측면을 고려한 인간중심케어를 제공하기 위해서는 케어 제공자의 종교적 신념 및 영성이 긍정적인 영향을 미친다고 보고된 바 있다[29]. 인간중심케어에서 의사결정권의 중심은 입소 노인에게 있으며 이를 위해 지지적이고 상호적인 환경을 제공하기 위한 영적인 케어의 제공은 중요하다. 뿐만 아니라 입소 노인 역시 영적 요구 충족에 대한 제공자 역할을 필요로 하므로[30], 입소 노인의 가치와 신념에 근거한 영적 관심사를 깊이 있게 이해하기 위한 케어 제공자의 종교적 신념은 인간중심케어에서 중요한 요인이 될 것으로 사료된다. 본 연구에서는 종교가 인간중심케어 향상에 영향을 미치는 개인수준의 요인으로서 가능성을 제시하였다. 그러나 인간중심케어에서 케어 제공자의 종교 및 영성의 역할에 대한 직접적인 관계를 조사한 연구가 전무하므로[29] 이를 확인하기 위한 후속 연구의 필요성이 요구된다. 또한 인간중심케어와 관련한 업무 능력 및 자신감, 지식 수준, 직무 만족도[6,8,9] 등 개인수준의 요인들이 인간중심케어 향상에 영향을 미친다는 선행연구결과의 근거를 마련하기 위해 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 향상을 위한 개인수준의 다양한 요인을 탐색하는 연구가 지속되어야 할 것을 제안한다.

한편, 조직수준의 변수들은 인간중심케어에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 선행연구를 통해 노인요양시설의 높은 기관평가등급, 안정적인 고용 상태, 높은 간호사 비율이 인간중심케어에 긍정적인 영향을 미친다고 보고된 바 있으나[12] 본 연구는 이러한 결과를 뒷받침하지 못했다. 그러나 노인요양시설의 물리적, 사회적 환경 및 지원 체계 등은 인간중심케어의 실천에 영향을 미치는 중요한 요소이므로[10] 효과적인 인간중심케어를 제공하기 위해서는 조직수준의 변수들을 배제할 수 없다. 따라서 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력이 인간중심케어를 적극 실천할 수 있도록 조직수준의 요인과 관련한 전략의 개발이 필요하다. 이외에도 노인요양시설 종사자가 인간중심케어를 위한 교육을 받았을 때 해당 시설 치매 노인의 타인과의 상호작용 정도가 증가하는 결과를 확인할 수 있었다[9]. 이는 인간중심케어 교육에 기반을 둔 중재가 입소 노인의 상태 개선에 기여했음을 고려할 수 있다. 또한 노인요양시설 인력의 이직률, 조직의 팀워크 및 효율적인 의사소통 시스템 등이 인간중심케어에 영향을 미친다고 보고되기도 하였다[9,10]. 그러나 이러한 변수들을 본 연구에서 포함하지 못한 제한점을 가지며 변인과의 관계를 밝혀내지 못하

였으므로, 인간중심케어에 영향을 미치는 다양한 조직수준의 변수를 포함하는 분석이 필요하다. 이에 지속적인 후속연구를 통해 조직수준의 다양한 요인들을 탐색하고 평가하여 인간중심케어를 향상시킬 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로 대상자를 지리적 접근이 용이한 편의 추출을 통해 14개 노인요양시설에서 자료수집이 이루어졌으며, 위계선형모형의 적정 수준 권고 표본 수인 30(조직): 30(개인)[17]을 확보하지 못해 위계선형모형 활용에 제한이 있을 수 있다. 또한 참여 노인요양시설의 간호사 비율이 평균 7.6%로, 비교적 간호사 비율이 높은 일부 시설이 편의 추출되었으므로[1] 전체성 및 대표성이 떨어져 외적 타당도에 부정적인 영향을 미칠 수 있고 연구결과의 일반화에 한계가 있을 수 있다. 따라서 향후 연구에서는 인간중심케어에 영향을 미치는 조직수준의 요인을 파악하기 위해 참여 시설의 다양성을 고려한 확대 연구를 반복적으로 시행할 필요가 있음을 시사한다. 마지막으로, 연구대상자를 통해 자가보고형 설문지를 이용해 자료수집이 이루어졌는데 이는 해당 시설에서 제공하는 있는 케어의 질 정도를 스스로 평가하여 응답하는 것으로 조직의 이익 및 사회적 바람직성을 고려하여 응답했을 가능성 등을 배제할 수 없다.

결론 및 제언

노인요양시설 케어의 질 향상을 위한 인간중심케어에 대한 다양한 연구가 지속되지만 인간중심케어에 기여하는 요인에 대한 조사는 충분하지 않은 실정이다. 본 연구는 위계선형모형을 사용하여 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 정도에 영향을 미치는 개인수준의 요인뿐만 아니라 조직수준의 요인을 파악하고자 하였으며, 이와 더불어 핵심 간호 인력의 인권의식 고취를 위한 인권감수성, 노인학대인식 수준을 확인하는데 의의를 가진다.

개인수준에서 종교가 인간중심케어에 영향을 미치는 것을 확인하였으며, 조직수준의 변수는 인간중심케어에 영향을 미치지 않았다. 본 연구의 결과를 토대로 인간중심케어를 향상시키기 위해 종교와 영성, 종교적 신념, 전문직 자아개념, 간호소명의식 등의 변수와 직접적인 상관관계를 고려한 후속 연구가 필요할 것으로 사료된다. 또한 종교를 가지는 것이 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 케어의 질에 영향을 미치는지 확인하기 위해서 노인요양시설의 특성을 고려한 반복적이고 장기적인 연구를 제안한다. 이와 더불어 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인권의식 증진을 통한 입소 노인

의 자율성과 자기결정권 향상을 위해 노인인권침해 및 학대와 관련한 실직적인 사례 제시 및 예방, 중재가 가능한 시설 차원의 매뉴얼, 단계적 교육 프로그램 등의 개발이 이루어져야 함을 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

AUTHORSHIP

Study conception and design acquisition - KEM and SJH; Data collection - KEM; Analysis and interpretation of the data - KEM and SJH; Drafting and critical revision of the manuscript - KEM and SJH.

ACKNOWLEDGEMENT

This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Ewha Womans University.

REFERENCES

- National Health Insurance Service. Long-term care insurance statistics yearbook 2018 [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service; 2019 [updated 2019 Aug 5; cited 2019 Aug 5]. Available from: <https://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet.xx?menuId=F332a>
- Bae JH, Jung MS. The effect of experience of abuse on life satisfaction of the elderly in long-term care facilities. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2017;17(6):591-9. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.06.591>
- Kim H. The influence of human rights perception and professionalism on types of the social work practice of practitioners in the senior welfare facility. *The Journal of Humanities and Social Science*. 2018;9(4):153-63. <https://doi.org/10.22143/HSS21.9.4.12>
- Edvardsson D. Notes on person-centred care: what it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(2):65-6. <https://doi.org/10.1177/0107408315582296>
- Sagong H, Lee GE. Person-centered care and nursing service quality of nurses in long-term care hospitals. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2016;27(4):309-18. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.4.309>
- Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Miller SC, Lepore M, Lima JC, Shield R, Tyler DA. Does the introduction of nursing home culture change practices improve quality? *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(9):1675-82. <https://doi.org/10.1111/jgs.12987>
- Anderson K, Bird M, Macpherson S, Blair A. How do staff influence the quality of long-term dementia care and the lives of residents? a systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*. 2016;28(8):1263-81. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000570>
- Yasuda M, Sakakibara H. Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging and Mental Health*. 2017;21(9):991-6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191056>
- Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Lix LM, Malloy DC. The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging and Mental Health*. 2016;20(7):700-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1056771>
- Roen I, Kirkevold O, Testad I, Selbaek G, Engedal K, Bergh S. Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(9):1279-90. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>
- Kim S. A study on the factors associated with nursing home staff's person centered care. *Health & Nursing*. 2017;29(2):59-71.
- Korea Elder Protection Agency. Human rights survey evaluation manual of elderly 2016 [Internet]. Seoul: Korea Elder Protection Agency; 2016 [updated 2016 May; cited 2018 Nov 11]. Available from: http://skcare.or.kr/include/asp/file_down.asp?fname=2016%B3%E2_%B3%EB%C0%CE%C0%CE%B1%C7%BD%C7%C5%C2%C1%B6%BB%E7%C1%A1%B0%CB%B8%C5%B4%BA%BE%F3.pdf&fpath=board_data01/201906/
- Korea Elder Protection Agency. Elder abuse report 2018 [Internet]. Seoul: Korea Elder Protection Agency; 2019 [updated 2019 Jun; cited 2019 Oct 1]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032903&CONT_SEQ=349797&page=1
- National Human Rights Commission of Korea. Developing indicators of psychological scale for human rights sensitivity [Internet]. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2003 [updated 2003 Jun 4; cited 2018 Oct 10]. Available from: <https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentpage=27&menuid=001003001004&page size=10&boardtypeid=16&boardid=483103>
- Yu JJ. Understanding and application of hierarchical linear model. *Korean Journal of Child Studies*. 2006;27(3):169-87.
- Kreft IG, De Leeuw J. *Introducing multilevel modeling*. 1st ed. Newbury Park, CA: Sage; 1998.

18. Ahn MK, Lee MH, Kim HK, Jeong SH. Job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among male nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2015;21(2):203-11.
<https://doi.org/10.11111/jkana.2015.21.2.203>
19. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*. 1993;33(3):386-95. <https://doi.org/10.1093/geront/33.3.386>
20. Bang HM. A study on the factors influencing the perception of elder abuse: focused on mandatory reporters. *Korean Policy Sciences Review*. 2009;13(1):211-34.
21. White D, Newton-Curtis L, Lyons KS. Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontologist*. 2008;48(suppl_1):114-23.
https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.114
22. Choi JS, Lee M. Psychometric properties of a Korean measure of person-directed care in nursing homes. *Research on Social Work Practice*. 2014;24(6):676-84.
<https://doi.org/10.1177/1049731513509897>
23. Lee HY, Noh SC. *Advanced statistical analysis theory*. 2nd ed. Gyeonggi: Moonwoosa; 2013. 435-44 p.
24. Hwang JY, Choi H. Nursing students' human rights sensitivity and perception of patients' rights. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2015;21(4):455-65.
<https://doi.org/10.5977/jkasne.2015.21.4.455>
25. Choi JS, Lim JS, Lee M. An exploratory study on culture change of nursing homes in South Korea. *Journal of Welfare for the Aged*. 2011;54:61-84.
26. Yoon JY, Roberts T, Bowers BJ, Lee JY. A review of person-centered care in nursing homes. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2012;32(3):729-45.
27. Yoo JH, Choi HJ. A study on the relationship between professional self-concept, interpersonal relationship, coping, clinical practice satisfaction of nursing college students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2019;20(3):553-61. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.3.553>
28. Lee KJ, Park YS. Nurses' spirituality and attitude toward terminal care in geriatric hospital. *Journal of Digital Convergence*. 2015;13(12):347-57.
<https://doi.org/10.14400/JDC.2015.13.12.347>
29. Ray C, Wyatt TR. Religion and spirituality as a cultural asset in medical students. *Journal of Religion and Health*. 2018;57(3):1062-73. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0553-3>
30. Vincensi BB. Interconnections: spirituality, spiritual care, and patient-centered care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2019;6(2):104-10.
https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_48_18