

# 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도 평가

원종순<sup>1</sup> · 김계하<sup>2</sup>

<sup>1</sup>을지대학교 간호학과 부교수, <sup>2</sup>조선대학교 간호학과 전임강사

## Evaluation of Cognitive Functions, Depression, Life Satisfaction among the Elderly Receiving Visiting Nursing Services

Won, Jong-Soon<sup>1</sup> · Kim, Kye-Ha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Eulji University, Seongnam

<sup>2</sup>Full-time Instructor, Department of Nursing, Chosun University, Gwangju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to examine cognitive functions, depression, and life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. **Methods:** The subjects of this study consisted of 221 elderly individuals who were receiving visiting nursing services from a public health center located in Gyeonggi-do. The Mini-mental State Examination Korea version (MMSE-K), Geriatric Depression Scale-short form-Korea version (GDS-K), and Life Satisfaction Scale were utilized to determine cognitive functions, depression, and life satisfaction. Collected data was analyzed by the SPSS PC Win 12.0 program. **Results:** The prevalence of cognitive impairment (MMSE-K $\leq$ 24) was 86.4%, and the proportion of severe depression (GDS-K $\geq$ 10) was 22.6%. Older age, lower education, and low income were associated with cognitive impairment, and low education, no religion, and low income were associated with depression. Cognitive function negatively correlated with depression. Life satisfaction level was fairly low and was not associated with any variables. **Conclusion:** The high prevalence of cognitive impairment and low life satisfaction status were determined among low-income elderly who were registered at a visiting health care center. Thus, in the future at visiting health care services, efficient and various programs for the elderly should be tried, to improve cognitive functions and reduce depression. Additionally, consistent evaluation studies for those programs will be required.

**Key words:** Visiting nurse, Cognitive aspects, Depression, Satisfaction

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라는 노인인구의 증가, 질병 양상의 변화, 가족기능의 약화 등으로 인해 방문간호사업에 대한 필요성이 증가되고 있다. 방문간호사업이란 지역주민이 거주하는 곳을 공공보건(보건소, 보건지소, 보건진료소) 인력이 직접 방문하여 대상자 발견 및 상태 파악, 보건 교육, 예방, 치료, 추후 관리, 간호 등의 보건의료서비스를 제공하는 사업을 말한다(Ministry of Health & Welfare,

2002). 방문간호사업은 원래 1991년 서울시의 5개 보건소에서 처음 실시되어 일부 보건소에서 시행되었으나 1999년 시작된 공공근로 방문간호사업을 계기로 현재는 전국에서 실시되고 있다. 그러나 노인인구의 수와 비율은 계속적으로 변화하며, 지역마다 노인의 인구학적 특성과 건강문제가 다를 것이므로 그 지역 실정에 맞는 방문간호의 제공을 위해서는 이에 대한 조사 연구가 필수적이다. 보건복지부 역시 이러한 점을 감안하여 의료 취약계층의 건강수준 향상을 위해 맞춤형 방문건강 관리사업을 추진하도록 권장하고 있다(Ministry of Health & Welfare, 2007). 방문간호사업 대상자의 대부분은 저소득층 집단으로써 특히

주요어 : 방문간호, 인지기능, 우울, 생활만족도

Address reprint requests to : Kim, Kye-Ha

Department of Nursing, Chosun University, 375 Seoseok-dong, Dong-gu, Gwangju 501-759, Korea  
Tel: 82-62-230-6326 Fax: 82-62-230-6329 E-mail: kye-ha@chosun.ac.kr

투고일 : 2007년 6월 4일 심사완료일 : 2007년 9월 24일

가속화되고 있는 도시화로 인하여 도시 저소득계층에 대한 건강문제에 사회적 관심이 증가하고 있다(Ko et al., 2005). 이들은 일반인구 집단에 비해 낮은 교육수준, 고가의 의료비 부담과 사회적 소외감 등으로 인해 보건기관의 이용에 대한 동기유발이 적고, 신체적 기능상태의 장애를 가지거나 질병에 걸릴 확률이 높다. 질병은 신체적 건강만이 아니라 심리적, 정서적 건강에 대해서도 문제를 야기시킨다. 그 중에서 인지기능의 저하는 노인에게 발생하는 가장 큰 건강문제 중 하나로 도농복합지역 노인들을 대상으로 한 Ko 등(2005)의 연구에서는 대상자들의 건강문제 중 인지문제가 42.3%를 차지하는 것으로 나타났다.

노년기에 흔히 나타날 수 있는 또다른 정신건강 문제인 우울은 선행 연구들(Aneshensel et al., 2007; Ko et al., 2005)에 의하면 농촌지역 노인에게 비해 도시지역 노인에게서 더 많이 발생하는 것으로 보고되고 있어 도시지역 방문간호 대상 노인들에 대한 우울 평가는 중요한 항목으로 여겨진다. 우울과 인지기능과의 관련성에 대해서는 많은 논의의 여지가 있으나, Gatz, Tyas, John과 Montgomery (2005)는 우울이 치매의 위험인자인지는 확실치 않으나 우울 증상이 치매로의 진행을 예측할 수 있고, 인지기능장애가 진행되면서 우울이 초래될 수 있다고 하였다.

우울은 인생후기 삶의 만족도를 떨어뜨리고 삶의 기대를 감소시키며, 노인의 건강상태 저하 역시 생활만족에 부정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Moon, 2004). 생활만족도는 노인 자신의 일생에 관한 행복도 및 생의 목표달성도와 직접 연결된 심리적 요인과 환경적 요인에 영향을 받고 있는 한 개인의 전반적인 삶의 질을 파악하는데 매우 중요한 요소이다. 그러나 지금까지 방문간호사업과 관련한 최근 국내 연구로는 방문간호사의 업무분석 연구나 방문간호사업에 대한 평가(Cho & Ha, 2003; HwangBo & Kim, 2003), 서비스 이용실태에 관한 연구(Ko et al., 2005) 등이 대부분으로 향후 좀 더 효과적인 방문간호서비스를 실시하기 위해서는 지속적인 연구가 계속 필요하다. 또한 방문간호 요구를 조사한 기존의 국내 선행 연구들에서는 고혈압, 관절염, 당뇨병 등과 같은 주로 신체적인 질병에 대한 관심이 대부분으로 심리사회적인 부분에 대한 요구나 서비스에 대한 내용은 잘 다루어지지 않고 있는 것으로 보인다. 따라서 본 연구는 대상 노인들의 인지기능, 우울 및 생활만족에 대한 조사를 통해 실질적인 방문보건사업의 방향을 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 실시하였다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 보건소에 등록되어 방문간호 서비스를 받게 될 도

시 저소득층 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도를 파악하여 향후 좀 더 효율적인 방문간호서비스를 실시하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도를 알아본다.

둘째, 방문간호 대상 노인의 일반적 특성과 건강 관련 특성에 따른 인지기능, 우울 및 생활만족도를 비교한다.

셋째, 인지기능, 우울 및 생활만족도 간의 상관관계를 알아본다.

## 3. 용어 정의

### 1) 인지기능

인지기능이란 생각 또는 지각하는 사람이나 사물을 알아볼 수 있도록 하는 마음의 작용(Anderson, Keith, Novak, & Elliott, 1994)으로 본 연구에서는 Folstein, Folstein과 McHugh (1975)가 개발하고 Kwon과 Park (1989)이 우리나라 노인을 대상으로 표준화 한 Mini-mental State Examination Korea Version (MMSE-K)로 측정된 점수를 의미한다.

### 2) 우울

우울이란 근심, 침울감, 무력감, 무가치감을 나타내는 기분장애(Battle, 1978)로서 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage (1986)에 의해 개발된 Geriatric Depression Scale (GDS) Short Form을 우리나라 노인에 맞게 수정한 Kee (1996)의 한국판 노인 우울 간이 척도(Geriatric Depression Scale-Short Form; Korean Version, GDS-K)로 측정된 점수를 말한다.

### 3) 생활만족

생활만족이란 인간이 갖는 현재 상황 및 현재까지 살아온 생활에 대한 행복과 만족의 주관적 감정 또는 태도(Neugarten, Havingurst, & Tobin, 1961)로써 본 연구에서는 Choi (1986)에 의해 개발된 노인 생활만족 척도로 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 경기도 소재 1개 지역 방문간호 대상 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도를 평가하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 경기도 S시 1개 지역 보건소 방문보건센터에 등록되어있는 1,345명 중 60세 이상의 노인 221명으로써 구체적인 선정기준은 의사소통이 가능하고, 설문지의 내용을 이해할 수 있으며, 연구에 참여하기를 동의한 자이다.

## 3. 연구 도구

### 1) 일반적 특성 및 건강관련 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 성, 학력, 결혼 상태, 종교, 수입의 총 5문항으로 구성되어 있고, 건강관련 특성은 주관적 건강상태, 흡연, 음주, 규칙적 운동, 식이, 수면, 실금, 낙상 경험 등의 총 9문항으로 이루어져 있다.

### 2) 인지기능

대상자의 인지기능 정도를 알아보기 위해 Folstein 등(1975)이 개발하고 Kwon과 Park (1989)이 우리나라 노인을 대상으로 표준화 한 MMSE-K를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 전 세계적으로 가장 많이 사용되는 인지장애 측정 도구로써 시간에 대한 지남력 5점, 장소에 대한 지남력 5점, 기억 등록 3점, 기억 회상 3점, 주위 집중 및 계산 5점, 언어기능 7점, 이해 및 판단 2점으로 구성되었다. 측정가능한 점수는 총 0-30점으로 점수가 높을수록 인지기능이 높음을 의미한다. 또한 총합이 24점 이상이면 '정상', 18점 이상-23점 이하는 '경증 치매', 그리고 18점 미만은 '중증 치매'로 분류된다. 도구개발 당시의 신뢰도는 .86이었고 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's alpha 값은 .92였다.

### 3) 우울

우울은 Sheikh와 Yesavage (1986)에 의해 개발된 Geriatric Depression Scale Short Form을 Kee (1996)가 우리나라 노인에 맞게 수정한 한국판 노인 우울 간이 척도 GDS-K를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 15문항으로 이루어졌으며 각 문항에 대해 '예'는 1, '아니오'는 0으로 계산하였으며 부정적인 문항은 역으로 환산되었다. 측정 가능한 총합은 0-15점까지이며, 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미한다. 선행 연구들의 기준을 고려하여 총합에서 5점 이상부터 10점 미만은 경증 우울, 10점 이상은 중증 우울이라고 판단한다. Kee (1996)의 연구에서는 신뢰도 Cronbach's alpha 값이 .88이었고, 본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's alpha 값이 .84였다.

### 4) 생활만족

생활만족도를 측정하기 위해 우리나라 노인의 복지 연구를 목적으로 개발된 Choi (1986)의 노인 생활만족 척도를 사용하였다. 이 척도는 노인 생활만족을 일상생활의 행동 결과에 기초한 동적인 측면과 노인 개인의 생활에 대한 가치 인식에 기초한 정적인 측면을 함께 고려하여 과거와 현재, 그리고 미래의 생활과 삶에 대한 긍정적, 부정적 인지정도를 포함한 총 20문항의 5점 척도로 구성되어 있다. 측정가능한 점수는 20-100점이며 점수가 높을수록 생활만족도가 높은 것을 의미한다. 개발 당시의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .81이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 .89였다.

## 4. 자료 수집 절차 및 분석 방법

자료 수집 기간은 2005년 6월부터 8월까지였으며, 방문보건센터장의 협조로 10명의 방문간호사가 연구자로부터 자료 수집 방법을 훈련받은 후 직접 자신의 담당 가정을 방문하여 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다. 자료수집자들 간의 오차를 줄이고 원활한 진행을 위해 사전에 연구자들과 자료수집자들 간의 모임을 가져 연구자가 연구의 필요성과 목적을 설명하고, 자료 수집을 위한 질문법에 대해 함께 논의하였다.

수집된 자료는 SPSS PC win version 12.0을 사용하여 분석하였고 유의수준은 .05를 기준으로 하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성 및 건강관련 특성, 인지기능, 우울, 생활만족 정도를 알아보기 위해 평균, 표준편차, 실수, 백분율을 구하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 인지기능, 우울, 생활만족 정도를 비교하기 위해 t-test, one-way ANOVA를 실시하였고, 사후검정을 위해 Scheffe test를 이용하였다.

셋째, 대상자의 인지기능과 우울, 생활만족도 간의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson correlation coefficient를 구하였다.

## 연구 결과

### 1. 일반적 특성

대상자의 평균 연령은 74.20로 60대는 26.2%, 70대 49.8%, 80세 이상이 24.0%였다. 성별로는 남성이 21.7%였고, 여성이 78.3%로 여성의 비율이 더 많았다. 대상자들의 교육수준을 살펴보면, 글자를 해독할 수 있는 수준이 42.1%로 가장 많았으나 초등학교 졸업 학력과 문맹도 각각 26.2%, 22.6%로 많은 비율을 나타내었다. 결혼 상태는 사별한 대상자가 67.4%로 대다수

를 차지하였고, 배우자가 있는 경우는 24.0%, 별거나 이혼의 경우가 8.6%인 것으로 나타났다. 대상자들의 절반 정도(50.2%)가 현재 기독교를 믿고 있었으며, 종교를 믿지 않는 대상자가 26.7%, 불교 13.1% 순이었다. 대상자의 한 달 평균수입은 20만원 이상에서 40만원 미만인 경우가 31.2%로 가장 많았고, 40만원 이상에서 60만원 미만인 경우가 16.7%, 60만원 이상에서 80만원 미만이 15.4%로 나타났다(Table 1).

## 2. 건강관련 특성

대상자들이 인식하는 주관적 건강상태를 살펴보면, 보통 정도가 59.3%로 가장 많았고, '나쁘다' 라고 인식하는 경우가 26.2%로 다음을 차지하였다. 현재 흡연을 하고 있는 경우는 14.9%이었고, 15.8%가 현재 음주를 하고 있는 것으로 나타났다. 규칙적인 운동을 하는 대상자들은 26.7%였는데, 이들의 66.1%가 일주일에 3-5회 운동을 하고 있었다. 평소 식사하는 것이 '즐겁다' 라고 응답한 대상자는 52.5%이고, 그렇지 않은 경우가 47.5%였다. 대상자들의 평균 수면시간은 7.27시간으로 6-8시간 잔다고 응답한 경우가 55.2%로 가장 많았다. 대상자들이 지

**Table 1.** General Characteristics of Subjects (N=221)

General characteristics	N	%	M±SD
Age (yr)			
60-69	58	26.2	74.20±7.07
70-79	110	49.8	
80+	53	24.0	
Gender			
Male	48	21.7	
Female	173	78.3	
Educational level			
Illiterate (couldn't read)	50	22.6	
Literate (could read)	93	42.1	
Elementary school	58	26.2	
Middle school or more	20	9.0	
Marriage status			
Married	53	24.0	
Widowed	149	67.4	
Others	19	8.6	
Religion			
Protestant	111	50.2	
Buddhist	29	13.1	
Others	22	10.0	
None	59	26.7	
Income (10,000 won)			
None	30	13.6	
<20	22	10.0	
20≤-<40	69	31.2	
40≤-<60	37	16.7	
60≤-<80	34	15.4	
80≤-<100	29	13.1	

난 3개월간 실금이나 실변을 경험한 적이 있는가를 조사한 결과 없는 경우가 67.4%로 가장 많았으나 '드물게' 있는 경우는 22.2%로 나타났다. 지난 1년간 낙상한 경험이 있는 대상자는 21.3%이었다(Table 2).

## 3. 인지기능, 우울, 생활만족 정도

대상자들의 인지기능 및 우울, 생활만족의 정도는 Table 3에 제시되어 있다. MMSE-K로 측정한 대상자의 인지기능은 평균 20.07로 중간 수준보다는 높았고, cut-off point를 적용하여 그룹으로 나누어 본 결과, 경증 치매가 75.1%로 가장 많았으며, 정상군이 13.6%로 나타났다.

우울 정도는 평균 6.52로 나타났으며 대상자 중 경증 우울에

**Table 2.** Health-related Characteristics of Subjects (N=221)

Health-related characteristics	N	%	M±SD
Subjective health			
Good	17	7.7	
Fairly	131	59.3	
Bad	58	26.2	
Very bad	15	6.8	
Smoking			
Never	155	70.1	
Non-smoker	33	14.9	
Smoker	33	14.9	
Drinking			
Never	162	73.3	
Non-drinker	24	10.9	
Drinker	35	15.8	
Regular exercise			
Yes	59	26.7	
No	162	73.3	
Exercise frequency (n=59)			
1-2	4	6.8	
3-5	39	66.1	
6 over	16	27.1	
Pleasant eat			
Yes	116	52.5	
No	105	47.5	
Sleeping hours (hr)			7.27±1.54
4-5	32	14.5	
6-8	122	55.2	
9 or more	67	30.3	
Incontinence			
None	149	67.4	
Rarely	49	22.2	
Sometimes	5	2.3	
Often	9	4.1	
Every day	9	4.1	
Fall experience			
Yes	47	21.3	
No	174	78.7	

포함되는 경우는 43.4%이었고, 중증 우울은 22.6%이었다.

대상자들의 평균 생활만족도는 55.50으로 중간 정도의 생활만족도를 나타내는 것으로 조사되었다.

#### 4. 일반적 특성에 따른 인지기능, 우울, 생활만족 정도

대상자의 인지기능은 연령( $F=3.668$ ,  $p=.027$ ), 교육수준( $F=$

**Table 3.** Degree of Cognitive Status, Depression, and Life Satisfaction (N=221)

Health-related characteristics	M±SD	Observed range	Possible range	N (%)
Cognitive status	20.07±5.36	0-26	0-30	
Normal group				30 (13.6)
Mild dementia				166 (75.1)
Severe dementia				25 (11.3)
Depression				
Normal group	6.52±3.82	0-15	0-15	75 (33.9)
Mild depressed group				96 (43.4)
Severe depressed group				50 (22.6)
Life satisfaction	55.50±10.19	26-84	20-100	

7.280,  $p=.000$ ), 소득( $F=2.779$ ,  $p=.019$ )에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 났다. 사후검정 결과, 연령의 경우는 70대가 80세 이상 노인들보다 인지기능이 유의하게 높았고, 문맹인 대상자들이 글자를 읽을 수 있는 대상자들과 초등학교를 졸업한 대상자들보다 유의하게 인지기능이 낮은 것으로 나타났다. 그러나 소득에 있어서는 사후검정 결과 유의하지 않았다.

우울은 교육수준( $F=7.731$ ,  $p=.000$ ), 종교( $F=6.436$ ,  $p=.000$ ), 소득( $F=5.778$ ,  $p=.000$ )에 따라서 차이가 났다. 사후검정 결과에서 문맹인 대상자들이 글자를 읽을 수 있는 대상자들과 초등학교를 졸업한 대상자들보다 유의하게 우울 정도가 높은 것으로 나타났고, 종교를 가지고 있지 않은 대상자들이 다른 종교를 가지고 있는 모든 집단에 비해 우울 정도가 높았다. 소득이 없는 대상자들은 40만원 이상에서 60만원 미만의 소득이 있는 대상자들에 비해 우울 정도가 높았고, 20만원 미만의 소득을 가지는 대상자들은 20만원 이상에서 40만원 미만, 40만원 이상에서 60만원 미만, 80만원 이상에서 100만원 미만의 대상자들에 비해 우울 정도가 높게 나타났다.

**Table 4.** Cognitive Status, Depression, and Life Satisfaction by General Characteristics

(N=221)

General characteristics	Cognitive status		Depression		Life satisfaction	
	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Age (yr)						
60-69	19.50±7.40	3.668 (.027*)	6.24±3.59	.431 (.650)	56.30±9.67	.415 (.661)
70-79	21.00±3.00		6.47±3.61		55.54±10.04	
80+	18.75±6.21		6.91±4.46		54.52±11.11	
Gender						
Male	19.48±7.22	.682 (.498)	7.40±4.67	1.550 (.126)	55.94±11.86	.335 (.738)
Female	20.23±4.73		6.27±3.52		55.37±9.71	
Education						
Illiterate (couldn't read)	17.38±6.84	7.280 (.000 <sup>†</sup> )	8.52±3.35	7.731 (.000 <sup>†</sup> )	55.98±9.80	.394 (.758)
Literacy (could read)	20.46±3.78		6.22±3.45		55.77±10.58	
Elementary school	21.91±4.46		5.21±3.57		55.46±9.58	
Middle school	19.60±7.24		6.70±5.26		53.20±11.43	
Marriage status						
Married	18.70±7.78	2.401 (.093)	6.91±4.13	.424 (.655)	55.56±11.44	1.276 (.281)
Widowed	20.44±4.07		6.36±3.60		55.54±10.04	
Others	21.00±5.70		6.68±4.61		52.21±6.89	
Religion						
Protestant	19.72±5.60	.316 (.814)	6.23±3.60	6.436 (.000 <sup>†</sup> )	56.13±10.28	.316 (.814)
Buddhist	20.45±4.63		5.76±3.18		55.38±1.86	
Others	20.27±6.75		4.59±3.45		54.59±9.29	
None	20.46±4.70		8.14±4.12		54.68±10.60	
Income (10,000 won)						
None	17.10±6.40	2.779 (.019*)	8.20±3.60	5.778 (.000 <sup>†</sup> )	54.86±11.16	2.013 (.078)
<20	21.86±3.24		9.36±4.03		60.19±9.04	
20≤-<40	20.38±3.83		6.22±3.04		54.47±10.37	
40≤-<60	20.89±4.44		5.08±3.74		56.08±9.99	
60≤-<80	19.56±7.46		6.24±4.64		57.44±9.34	
80≤-<100	20.59±5.93		5.48±3.07		52.10±9.84	

\* $p<.05$ ; <sup>†</sup> $p<.01$ .



Table 5. Cognitive Status, Depression, and Life Satisfaction by Health-related Characteristics

(N=221)

Health-related characteristics	Cognitive status		Depression		Life satisfaction	
	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Subjective health						
Good	22.24±2.61	2.960 (.033*)	3.53±4.26	37.346 (.000 <sup>†</sup> )	55.19±9.62	1.424 (.237)
Fairly	20.54±4.28		3.00±0.26		54.93±10.22	
Bad	18.84±6.27		3.07±0.40		57.63±10.21	
Very bad	18.20±9.76		2.84±0.73		52.36±9.92	
Smoking						
Never	20.27±4.97	1.791 (.169)	6.15±3.69	2.775 (.065)	55.93±9.52	.545 (.580)
Non-smoker	18.48±1.32		6.94±3.56		53.97±12.36	
Smoker	20.70±4.19		7.79±4.39		55.00±10.95	
Drinking						
Never	20.31±4.88	4.247 (.016*)	6.19±3.75	2.784 (.064)	55.23±9.24	.739 (.479)
Non-drinker	20.91±2.39		8.00±3.26		54.54±12.60	
Drinker	17.17±9.45		7.03±4.27		57.38±12.42	
Regular exercise						
Yes	20.73±5.38	1.107 (.269)	4.93±3.47	-3.838 (.000 <sup>†</sup> )	56.31±10.68	.712 (.477)
No	19.83±5.35		7.09±3.78		55.20±10.02	
Exercise frequency (n=59)						
1-2	17.75±11.90	.808 (.451)	4.50±6.40	1.457 (.242)	62.50±9.85	1.060 (.353)
3-5	21.21±4.23		4.46±3.20		55.08±10.16	
6 over	20.31±5.94		6.19±3.19		57.69±11.97	
Pleasant eat						
Yes	20.59±4.56	1.541 (.125)	5.55±3.46	-4.086 (.000 <sup>†</sup> )	56.15±10.29	.976 (.330)
No	19.49±6.09		7.58±3.92		54.80±10.08	
Sleeping hours (hr)						
4-5	20.06±4.40	.187 (.830)	8.50±4.38	5.934 (.003 <sup>†</sup> )	54.84±8.90	.091 (.913)
6-8	20.25±5.47		5.95±3.65		55.51±10.43	
9 or more	19.75±5.63		6.60±3.56		55.78±10.46	
Incontinence						
None	20.94±4.10	16.223 (.000 <sup>†</sup> )	6.31±3.90	2.308 (.059)	54.88±10.25	.838 (.502)
Rarely	20.29±4.63		6.35±3.49		57.08±8.84	
Sometimes	14.80±8.76		8.20±2.77		60.80±13.18	
Often	18.89±4.04		6.44±3.57		55.89±6.70	
Every day	8.56±10.65		10.00±3.67		53.67±16.22	
Fall experience						
Yes	18.02±6.86	-2.445 (.018*)	7.30±4.12	1.589 (.114)	54.57±10.52	-.697 (.486)
No	20.62±4.75		6.30±3.71		55.75±10.11	

\*p<.05; <sup>†</sup>p<.01.

생활만족은 어떠한 일반적 특성에 따라서도 유의한 차이가 없었다(Table 4).

## 5. 건강 관련 특성에 따른 인지기능, 우울, 생활만족 정도

건강 관련 특성에 따른 대상자의 인지기능 및 우울, 생활만족 정도는 Table 5에 제시되어 있다. 인지기능은 대상자들의 주관적 건강( $F=2.960$ ,  $p=.033$ ), 음주여부( $4.247$ ,  $p=.016$ ), 실금실변 경험유무( $F=16.223$ ,  $p=.000$ ), 낙상경험 유무( $t=-2.445$ ,  $p=.018$ )에 따라 다른 것으로 나타났다. 그러나 주관적 건강은 사후검정 결과에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다. 현재 음

주를 하고 있는 대상자는 전혀 마신 적이 없는 대상자나 마시다가 끊은 대상자에 비해 인지기능이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 실금실변을 거의 매일 경험하는 대상자들은 실금실변 경험이 없거나, 드물게 하는 집단, 자주 하는 집단에 비해 인지기능이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 낙상 경험이 있는 대상자는 그렇지 않은 대상자에 비해 인지기능이 유의하게 낮았다.

우울은 주관적 건강( $F=37.346$ ,  $p=.000$ ), 규칙적인 운동 여부( $t=-3.838$ ,  $p=.000$ ), 식사를 즐겁게 하는가( $F=-4.086$ ,  $p=.000$ ), 수면시간( $F=5.934$ ,  $p=.003$ )에 따라서 유의한 차이가 있었다. 사후검정 결과에서 주관적 건강을 매우 나쁘게 생각하는 대상자들은 다른 집단의 대상자들에 비해 우울 정도가 유의

**Table 6.** Correlations among Cognitive Status, Depression, and Life Satisfaction (N=221)

	Cognitive status	Depression	Life satisfaction
Cognitive status	1	-.271 (.000*)	.036 (.597)
Depression		1	-.071 (.300)
Life satisfaction			1

\*p&lt;.01.

하게 높았다. 또한 규칙적인 운동을 하지 않는 대상자들은 규칙적인 운동을 하는 대상자들에 비해 유의하게 우울 정도가 높은 것으로 나타났고, 평소 식사를 즐겁게 한다고 응답한 대상자들은 그렇지 않은 대상자들에 비해 우울 정도가 유의하게 낮았다. 수면시간에 따라서는 6-8시간 수면을 취하는 대상자들이 4-5시간 수면을 취하는 대상자들보다 우울 정도가 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

생활만족은 어떠한 특성과도 관련이 없는 것으로 나타났다.

## 6. 인지기능, 우울, 생활만족도 간의 상관관계

본 연구에서 대상자들의 우울은 인지기능과 유의한 부적 상관관계( $r=-.271$ ,  $p=.000$ )를 나타내었고, 생활만족은 어떠한 변수와도 유의한 상관관계를 나타내지 않았다(Table 6).

## 논 의

본 연구는 1개 지역 보건소 방문간호 대상 노인의 인지기능과 정서 상태를 평가하기 위해 시도되었다.

본 연구의 대상자들은 MMSE-K로 측정한 인지기능 정도가 평균 20.07로 중간 수준보다 낮았으며, 경증 치매로 의심되는 대상자들이 75.1%였다. 이는 노인복지시설을 이용하는 노인들을 대상으로 한 Choi (2006)의 연구에서 대상자들의 평균 인지상태가 정상 범위에 속하였던 결과나 본 연구와 동일한 도구로 측정하였던 농촌 노인 대상의 Joo와 Park (2004)의 연구에서 제시된 평균 인지기능 점수 24.38보다도 낮은 수준이다. 또한 역시 동일한 도구로 노인대학 노인을 측정한 Won과 Kim (2003)의 연구에서 대상자들이 24.9%가 경한 인지적 장애를 나타내었고, 서울의 1개 지역에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 측정한 Kim, Kim과 Kim (2005)의 연구에서 경증 치매군이 26.6%로 나타난 결과보다 본 연구 대상자들에게서 더 많은 경증 치매군이 있음을 보여주고 있다. 본 연구의 대상자들이 저소득 계층이고, 방문간호사업의 대상 노인인 점을 감안하더라도 일반적 특성에서 타 연구 대상자들과 비슷한 분포를 보이고 있으므로

타 연구들에 비해 이들의 인지 상태는 현저히 낮은 것을 알 수 있다. 따라서 이들 지역의 방문 대상 노인에게는 인지기능 상태를 충분히 고려한 간호중재가 이루어져야 하고, 향후에도 인지기능의 저하를 예방할 수 있는 치매예방 프로그램 등과 같은 내용이 방문보건 사업에 적극적으로 도입될 필요가 있다. 대상자들의 인지기능은 연령, 교육수준, 소득, 그리고 대상자들의 주관적 건강과 음주여부, 실금실변 경험, 낙상경험에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있는데 이는 연령이 증가할수록 인지기능은 낮아지는 반면, 학력이 높을수록, 취업자나 소득이 높은 경우에 인지상태가 더 좋은 것으로 보고된 선행 연구들(Choi, 2006; Kim et al., 2005; Won & Kim, 2003)의 결과와 대부분 일치하는 결과이다. Schmutte 등(2007)은 수면시간이 길수록 기억력의 저하가 나타났다고 하였으나 본 연구에서는 이러한 결과는 나타나지 않았다.

우울 정도는 평균 6.52로 경증 우울의 수준이었으며 이 중 경증 우울군에 포함되는 비율은 43.4%이었고, 중증 우울군은 22.6%인 것으로 나타났다. 이는 본 연구에서 사용한 것과 동일한 도구로 측정한 Lee와 Hong (2005)의 연구에서 우리나라 노인복지시설을 이용하는 노인의 우울 평균 점수가 6.69였던 것과는 유사한 결과이지만, 서울의 1개 지역 노인들에게서 나타난 우울 분포 20.2% (Kim et al., 2005)와 노인대학 노인을 대상으로 한 Won과 Kim (2003)의 연구에서 우울 집단이 45.5%로 나타난 것보다는 우울 분포가 높은 결과이다. 본 연구의 대상자들이 우울의 절단점을 기준으로 볼 때, 중증 우울군이 22.6%나 되었고, 경증 우울군까지 포함하면 우울증을 의심해 볼 만한 대상자가 66%에 달하는 것으로 미루어 볼 때 저소득 계층 노인들의 우울은 건강관리 제공자들이 결코 간과해서는 안 될 심리적인 문제인 것으로 보인다. 따라서 이들에 대한 우울 치료 및 예방에 대한 집중적인 노력이 필요할 것으로 보인다. 우울은 교육수준, 종교, 소득, 그리고 주관적 건강, 규칙적인 운동, 식사를 즐겁게 하는가, 수면시간에 따라서 유의한 차이가 있었다. 이 결과 역시 선행 연구(Kim, You, & Han, 2002; Kim et al., 2005; Won & Kim, 2003)에서 제시된 결과와 유사하다. 그러나 대부분의 선행 연구에서는 여성이 남성에 비해, 그리고 사별한 노인들이 그렇지 않은 노인들에 비해 우울 정도가 높은 것으로 보고되는데 본 연구에서는 이러한 차이가 나타나지 않았다. 이는 본 연구 대상자들의 우울 정도가 전반적으로 그리 높지 않은 데에서 그 원인을 찾아볼 수 있을 것으로 여겨진다. 또한 외국의 경우, 과음이나 낙상, 그리고 요실금 등이 우울과 관련이 있다고 보고하였으나(Latimer, Cumming, Lewis, Carrington, & Le Couteur, 2007) 본 연구에서는 유의한 차

이가 없었다. 본 연구에서 노인의 음주, 낙상, 요실금 변수는 인지상태와는 관련이 있었으나 우울과는 통계적 유의성이 나타나지 않은 점은 우울과 치매가 유의한 부적 상관관계를 보인 본 연구 결과를 고려해 볼 때 음주, 낙상, 요실금 변수와 인지기능, 우울과 상호관련성은 추후 지속적인 연구가 필요하다.

대상자들의 평균 생활 만족도는 55.50으로 중간 정도의 생활 만족도를 나타내었다. 이는 평균평점으로 환산했을 경우 약 2.78로써 본 연구에서 사용한 것과 동일한 도구를 사용하여 경로당과 복지관 방문 노인의 생활만족도를 측정한 Moon (2004)의 연구에서 나타난 생활만족 정도 3.01이나 유료 노인복지시설 입소 노인의 생활 만족도 3.33 (Park, 2006)에 비해 낮은 수준이다. 이러한 결과는 본 연구의 대상자들이 시설노인에 비해서도 생활 만족도가 낮은 것을 보여주고 있으며 경로당, 복지관을 방문하여 사회적 관계를 유지하는 노인에 비해 본 연구 대상자들은 사회적 관계가 적을 가능성을 시사하는 대목으로 추후조사가 필요하며 따라서 저소득층 노인들의 생활 만족에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 구체적으로 조사하여 이를 향상시킬 수 있는 간호중재가 실시되어야 할 것이다. 생활만족도는 어떠한 일반적 특성이나 건강 관련 특성에 따라서도 유의한 차이가 없었다. 이는 성별에 따라 생활만족의 차이를 나타낸 Cheon (2005)의 보고와는 다른 결과이다. 또한 무의탁 독거여성노인을 대상으로 한 Cho (2002)의 연구에서 생활만족도를 지지해 주는 가장 중요한 요인이 경제상황이나 건강상태에 대한 주관적 인지였던 결과와도 차이가 나는 것이다. 본 연구의 대상자들이 저소득 계층임을 감안할 때 대상자들이 전반적으로 모두 경제적 어려움을 호소하고 있으므로 특별한 차이가 나지 않은 것으로 여겨진다. 또한 Cho (2002)는 생활만족이 자녀수나 사회관계와도 밀접한 관계가 있다고 하였는데 본 연구의 대상자들은 대부분 사별하여 혼자 살고 있는 상황이기 때문에 생활만족에 큰 영향을 미치지 않은 것으로 사료된다. 본 연구에서는 사회적 관계와 관련 변수가 조사에 포함되지 않았으므로 추후에는 사회적 지지와 관련된 저소득 노인들의 생활만족을 향상시킬 수 있는 조사연구가 실시되어야 할 것이다.

위의 결과들을 고려해 볼 때, 본 연구의 대상자들은 전반적으로 교육이나 소득과 같은 사회경제적 요인에 따라 인지기능과 우울 정도에 차이가 있는 것으로 보인다. 이는 본 연구의 대상자들이 저소득 계층으로서 다른 어떤 요인들보다 경제적인 것과 관련되어 많은 어려움을 겪기 때문에 민감하게 나타난 것으로 보인다. 따라서 이들의 인지기능이나 우울 정도를 향상시키기 위해서는 국가적인 차원에서의 복지 지원이 좀 더 많이 제공되도록 간호사들이 적극적으로 의견을 제시하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 생활만족도의 경우는 다른 집단의 노인들에

비해서도 낮을 뿐만 아니라 어떠한 요인과의 관련이 없는 것으로 나타났는데 저소득 계층 노인들에게 생활만족은 큰 관심사가 아닌 것으로 보인다. 따라서 향후에는 저소득 계층의 노인들에게 있어 생활만족이란 무엇인지에 대한 심층 조사와 함께 이들의 생활 만족을 증가시키기 위한 방법을 모색하는 추후 연구가 이루어져야 할 것이다.

대상자들의 인지기능과 우울은 유의한 부적 상관관계를 나타내었고, 생활만족은 어떠한 변수와도 유의한 상관관계를 나타내지 않았다. 기존의 선행 연구들에서는 인지기능과 우울과의 상관관계가 있음을 보여주는 결과가 더 많긴 하지만(Joo & Park, 2004; Kim et al., 2005; Kim et al., 2002; Won & Kim, 2003), 이와는 일치되지 않는 결과들(Brands et al., 2007; Choi, 2006)도 제시되고 있다. 또한 척수손상 환자들을 대상으로 실시한 Budh와 Osteraker (2007)의 연구에서는 우울 수준이 높을수록 생활 만족이 저하되는 것을 예측할 수 있다고 주장하였으나 본 연구에서는 두 변수 간에 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다. 기존의 연구들과 달리 본 연구에서 생활만족이 인지기능이나 우울과 유의한 상관성이 없게 나타난 이유를 유추해보자면 먼저, 본 연구에서 사용된 생활만족 도구의 내용을 살펴볼 수 있다. 우울의 경우, 한 달 이내의 정서상태를 반영하는 반면, 생활만족 도구는 과거와 현재, 그리고 미래에 대한 생활과 삶에 대한 긍정적, 부정적 인지정도까지 포함하고 있어 연관성이 없을 수도 있지 않을까 생각된다. 또한 본 연구의 대상자들의 상황을 고려해 볼 때, 그들이 향후 방문간호서비스를 받게 될 대상임을 감안한다면 좀 더 많은 서비스를 받기 위해 현 상황보다 불만족스럽게 응답하였을 수도 있다. 따라서 향후 연구에서는 대상자들의 상황에 맞는 좀 더 적절한 도구를 선별할 필요가 있겠으며, 이 변수들 간의 반복연구를 통해 본 결과에 대한 타당성을 검증해 보아야 할 것이다. 그러나 이들 변수들 간의 관련성이 부족하다 할지라도 간호사들은 인지기능과 생활만족을 증진시키고, 우울을 감소시키는 중재를 동시에 하는 것이 필요할 것이다. 현재 원에 요법이나 미술치료, 또는 치료레크리에이션 등 여러 중재 프로그램들이 노인의 인지기능 및 심리사회적 건강을 증진시키기 위해 다양하게 제시되고 있다. 따라서 방문간호에서 당장 시행될 수는 없을지라도 기관 차원에서 저소득 계층의 노인들을 위해 그들이 참여할 수 있는 다양한 프로그램들을 개발해야 할 필요성이 제시된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 보건소에 등록되어 방문간호서비스를 받게 될 저소



특층 노인의 인지기능, 우울 및 생활만족도를 파악하여 향후 좀 더 효율적인 방문간호서비스를 실시하기 위해 시행되었다. 연구 대상자는 경기도 S시 1개 지역 보건소 방문보건센터의 방문간호 서비스 대상자인 60세 이상 노인 221명이었다. 대상자의 인지 기능, 우울, 생활만족 정도를 알아보기 위해 MMSE-K, GDS-K 노인 생활만족 척도를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS PC win version 12.0을 사용하여 분석하였고 유의수준은 .05를 기준으로 하였다. 본 연구를 통해 얻어진 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상자의 인지기능은 평균 20.07이었고, 경증 치매군이 75.1%였다. 우울 정도는 평균 6.52로 나타났으며 경증 우울군과 중증 우울군에 포함되는 경우는 각각 43.4%, 22.6%였다. 생활 만족도는 55.50으로 중간 정도였다. 둘째, 인지기능은 연령, 교육수준, 소득, 그리고 대상자들의 주관적 건강과 음주여부, 실금실변 경험, 낙상경험에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 났고, 우울은 교육수준, 종교, 소득, 그리고 주관적 건강, 규칙적인 운동, 식사를 즐겁게 하는가, 수면시간에 따라서 유의한 차이가 있었다. 생활 만족도는 어떠한 일반적 특성이나 건강관련 특성에 따라서도 유의한 차이가 없었다. 셋째, 인지기능과 우울은 유의한 부적 상관관계를 나타내었고, 생활만족은 어떠한 변수와도 유의한 상관관계를 나타내지 않았다.

본 연구는 방문간호사가 간과할 수 있는 심리사회적인 부분에 대한 상태를 확인했다는 점에서 그 의의가 있다고 볼 수 있다. 이상의 연구 결과를 근거로 볼 때, 저소득 계층 노인들의 인지기능과 생활만족도는 매우 낮으므로 향후 방문보건서비스를 시행할 때에는 이에 대한 간호중재가 적극적으로 고려되어야 한다. 특히, 급속한 인구의 노령화로 인해 치매발생률이 증가하는 상황에서 취약한 저소득층 독거노인들의 인지기능 향상을 위한 다양하고 효율적인 치매예방 프로그램과 인지재활 프로그램의 적극적인 시도와 지속적인 효과 평가가 필요하다. 또한 보건기관에서는 심리정서적인 부분을 고려한 여러 프로그램들을 개발, 실시하여 대상자들의 심신의 건강이 함께 증진될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

## REFERENCES

- Anderson, D. M., Keith, J., Novak, P. D., & Elliott, M. A. (1994). *Dorland's illustrated medical dictionary* (28 ed.). Philadelphia, WB: Saunders Co.
- Aneshensel, C. S., Wight, R. G., Miller-Martinez, D., Botticello, A. L., Karlamangla, A. S., & Seeman, T. E. (2007). Urban neighborhoods and depressive symptoms among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(1), S52-S59.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychol Rep*, 42, 745-746.
- Brands, A. M., Van den Berg, E., Manschot, S. M., Biessels, G. J., Kappelle, L. J., De Haan, E. H., et al. (2007). A detailed profile of cognitive dysfunction and its relation to psychological distress in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Int Neuropsychol Soc*, 13, 288-297.
- Budh, C. N., & Osteraker, A. L. (2007). Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. *Clin Rehabil*, 21(1), 89-96.
- Cheon, E. Y. (2005). Effects of ADL, self-efficacy and social support on life satisfaction in elders with visual loss. *J Korean Gerontol Nurs*, 7, 195-204.
- Cho, S. H., & Ha, Y. S. (2003). Analysis of psychiatric home care implemented by psychiatric-mental health nurse practitioners. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(1), 76-87.
- Cho, K. W. (2002). The study on the degree of life-satisfaction of the female single aged. *J Welfare*, 17(1), 85-125.
- Choi, H. J. (2006). Depression and cognitive function of the elderly using the welfare facilities for the aged in the community. *J Korean Acad Public Health Nurs*, 20, 119-129.
- Choi, S. J. (1986). A study on the development of Life satisfaction Scale for elderly. *Korean Cul Res*, 49, 233-258.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Minimal mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Gatz, J. L., Tyas, S. L., St John, P., & Montgomery, P. (2005). Do depressive symptoms predict Alzheimer's disease and dementia? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60, 744-747.
- HwangBo, S. J., & Kim, H. R. (2003). Prevalence of chronic disease and visiting nurse services according to disease for low income urban elders using the health center. *J Korean Gerontol Nurs*, 5, 228-239.
- Joo, A. R., & Park, S. H. (2004). The relationship between cognitive function and depression in elderly people in rural areas. *J Korean Gerontol Nurs*, 6(1), 27-37.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 35, 298-307.
- Kim, H. S., You, S. J., & Han, K. R. (2002). The relation of cognitive function, physical health, self-esteem, social support and depression of elderly women in the community. *J Korean Gerontol Nurs*, 4, 163-175.
- Kim, M. A., Kim, H. S., & Kim, E. J. (2005). Cognitive function and depression in the elderly. *J Korean Gerontol Nurs*, 7, 176-184.
- Ko, I. S., Lee, T. W., Lee, K. J., Lee, C. Y., Lim, M. H., Cheon, E. Y., et al. (2005). Analysis of health problems of low-income home care elderly at a urban-rural composite area. *J Korean Gerontol Nurs*, 7, 136-147.
- Kwon, Y. C., & Park, J. H. (1989). Korean version of Mini-mental State Examination (MMSE-K)-Part I: development of the test

- for the elderly. *J Korean Neuropsychiatr Asso*, 28(1), 125-135.
- Latimer, H. E., Cumming, R. G., Lewis, R., Carrington, S., & Le Couteur, D. G. (2007). Sleep disturbances and falls in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(1), 62-66.
- Lee, J. R., & Hong, H. S. (2005). Effects of aromatherapy and foot reflex massage on stress, depression, and sleep pattern of the institutionalized elderly. *J Korean Biol Nurs Sci*, 7, 17-30.
- Ministry of Health & Welfare (2002). *The guide of Visiting Health Care operation*. Retrieved from www.mohw.go.kr
- Ministry of Health & Welfare (2007). *The start of health investment by visiting public health centers*. Retrieved from www.mohw.go.kr
- Moon, M. J. (2004). Analysis on the structural model of life satisfaction for elderly home residents. *J Korean Gerontol Nurs*, 6, 202-215.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*, 16, 134-143.
- Park, J. H. (2006). *A study on the life satisfaction of seniors in commercial welfare facilities for elderly*. Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul.
- Schmutte, T., Harris, S., Levin, R., Zweig, R., Katz, M., & Lipton, R. (2007). The relation between cognitive functioning and self-reported sleep complaints in nondemented older adults: results from the Bronx aging study. *Behav Sleep Med*, 5(1), 39-56.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink, *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: The Harworth Press.
- Won, J. S., & Kim, J. H. (2003). Influencing factors on cognitive function and depression in elderly. *J Korean Acad Psych Ment Health Nurs*, 12, 148-154.