

지역사회노인의 우울과 인지기능

서성옥¹ · 소애영²

부승장기요양기관¹, 강릉원주대학교 간호학과²

Depression and Cognitive Function of the Community-dwelling Elderly

Seo, Seong Ok¹ · So, Ae Young²

¹Buseung Long-Term Care Institution, Wonju

²Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University, Wonju, Korea

Purpose: The purpose of this study was to examine the depression and cognitive function of community-dwelling older adults. **Methods:** 243 aged over 65 in Won-Ju in South Korea participated in this study. Data were collected from April to June 2013 through interviews. This study utilized the Geriatric Depression Scale Short Form, the Korean version of MMSE-DS (MMSE for Dementia Screening), and infirmity testing for basic health status. Descriptive statistics, χ^2 , t-test, ANOVA, Scheffé's test, and Pearson's correlation coefficient were used. **Results:** 75.3% of the participants belonged to the depression group, and the prevalence of cognitive impairment was 17.3%. There were significant differences in depression and cognitive function according to gender, educational level, type of insurance, subjective health, frailty, and whether to be a client of home care service. The level of depression was significantly higher and the level of cognitive functions was significantly lower in older adults in home care services than in community-dwelling older adults. **Conclusion:** This study is meaningful in that it included older adults in home care services to provide information to develop effective prevention programs for improving cognitive functions. The results of this study can be used to develop future community prevention and intervention.

Key Words: Depression, Cognition, Function, Health status, Aged

서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 인구의 고령화가 급진전됨에 따라 총인구 중 65세 이상 노인 비율이 2008년 10.3%로 고령화 사회에 진입하였으며 2017년 14.0%, 2026년에는 20.8%로 초고령 사회로 진입할 것으로 예상하고 있다[1]. 급속한 고령화로 치매 유병률은 계속 상승하여 2012년에는 65세 이상 노인의 9.18%로 2012년 약 54만 명에서 2030년에는 약 127만 명, 2050년에는 약 271만

명으로 매 20년마다 약 2배씩 증가할 것으로 추산된다[2]. 반면, 급격히 증가하고 있는 치매노인을 위한 약제비 지원, 장기요양서비스 등 다양한 보건정책이 시행되고 있으나, 이와 더불어 치매의 영향요인을 사전에 파악하여 유병률을 낮추는 지역 사회 기반 보건사업이 병행되어야 할 필요가 있다.

노인에게 나타나는 인지기능장애를 총칭하는 노인성 치매는 연령이 증가됨에 따라 그 유병률도 증가하여 사회전체에 커다란 건강문제로 대두되고 있다[3]. 치매진단기준으로 반드시 기억력 저하가 포함되어야 하고, 그 밖의 최소한 가지 영역 이상의 다른 인지기능저하가 동반되어야 한다고 하여 치매를 진

주요어: 우울, 인지기능, 노인, 주관적 건강

Corresponding author: So, Ae Young

Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University, 150 Namwon-ro, Heung-up-myeon, Wonju 220-711, Korea.
Tel: +82-33-760-8647, Fax: +82-33-760-8641, E-mail: aeyoung@gwnu.ac.kr

Received: Aug 27, 2015 / Revised: Jan 8, 2016 / Accepted: Mar 4, 2016

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

단할 때 인지기능에 대한 정확한 평가가 필요함을 강조하고 있다[4].

인지기능 장애의 대표적 질환인 치매에 걸리면, 뇌신경세포의 광범위한 소실로 사회생활과 인간관계를 원만히 수행하지 못할 정도로 심한 인지기능 저하가 초래되어, 의식주를 포함한 기본적인 일상생활활동을 수행하기 어렵게 된다[5]. 그러나 치매를 조기에 발견하여 치료·관리하면, 진행 속도가 지연되는 만큼 지역사회차원에서 적극적으로 홍보하고 인지기능에 대한 평가를 실시하여, 조기 발견 및 치료가 이루어질 수 있도록 체계적으로 관리해 나가야 한다. 인지기능과 관련된 요인들로는 성별[6], 연령[6,7], 학력[6,7], 건강보험가입유무[8] 등으로 보고되고 있다.

한편 노인문제 중 신체적 노화와 함께 흔하게 나타나는 문제는 우울이며[9], 우울을 그대로 방치하면 신체적, 인지적, 사회적 장애를 유발하게 되고 질병으로부터의 회복이 지연되며 병원 이용증가 및 자살로 이어질 가능성이 높아진다[10]. 그러나 노인우울증은 정상적인 노화과정으로 간주되어 전반적으로 저평가되어 노인뿐 아니라 그 가족의 삶의 질을 저하시키고 의료비용부담도 가중시키는 요인이 되고 있다[11]. 우울과 관련되는 요인들로 다루어지고 있는 주요내용들을 보면 성별[12], 만성질환수[13], 교육수준[14], 종교[14], 주관적 건강상태[12, 15]로 나타났다.

허약 관련 선행연구로는 Kim과 Park[16]의 경로당 노인대상 연구결과 허약노인이 37.2%로 나타났다. 허약노인은 장애노인의 전단계로 허약노인의 전반적인 건강상태를 파악하여 사전에 예방할 수 있는 서비스가 필요하며 이를 위해 보건의료인력과의 협력이 이루어진다면 의료기관이용이나 의료비지출에 긍정적으로 작용할 것으로 보여 진다. 노인의 건강수준을 올리고 노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 허약에 관한 지속적인 연구와 다양한 간호중재의 개발이 필요하다. 그러나 허약에 대한 연구는 많이 이루어지지 않고 있으며 허약을 우울과 인지기능의 변수로 이용한 논문은 전무한 실정이다.

우울과 인지기능 관련 선행연구로는 Kim과 Kim[17]의 보건소 방문건강관리노인대상 연구결과 73.8%가 우울을 호소하고 있는 것으로 보고하였으며, Moon[18]의 재가노인대상 연구에서는 35.1%가 경증 이상의 우울을 가지고 있는 것으로 나타났다. Yoo 등[19]의 방문간호여성노인대상 연구에서는 경증 이상의 인지장애가 60%로 나타났으며, 지역사회노인을 대상으로 연구한 Won과 Kim[20]의 연구에서는 경한 인지장애 이상이 37.3%로 조사되었다. 이와 같이 지역사회노인들이 흔히 겪고 있는 건강문제로 우울과 인지장애는 단순히 개인이나

가족의 문제가 아닌 사회문제로 인식되어야 하며, 이는 지역사회노인의 삶의 질을 전반적으로 떨어뜨리는 결과를 초래할 수 있다.

따라서 평균수명의 연장과 고령화에 따른 노인우울과 치매가 심각한 사회문제로 대두되고 있으며, 조기에 치료가 이루어지지 않을 경우 부정적인 결과를 야기할 가능성이 높아 지역사회에서 쉽게 접할 수 있는 건강문제로 노인우울과 인지기능 정도를 알아보고 관련 변수간의 관계를 분석해 보는 것은 의미가 있다고 생각한다.

이에 본 연구는 농촌 지역사회 노인의 우울과 인지기능에 대한 조사연구를 통하여 우울과 인지기능저하를 효과적으로 관리하고 예방할 수 있는 간호중재 프로그램개발을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 지역사회노인의 우울과 인지기능 정도를 파악하고 우울과 인지기능에 미치는 관련요인을 규명하기 위함이다.

- 대상자의 우울과 인지기능 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 우울, 인지기능 정도를 파악한다.
- 대상자의 우울, 인지기능 및 관련요인들 간의 상관관계를 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 일 지역 노인의 우울과 인지기능 정도를 파악하고 우울과 인지기능에 미치는 관련요인을 규명하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 강원도 W시 M읍에 거주하는 65세 이상 노인으로 본 연구목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 서면 동의한 자이다

본 연구의 대상자 수의 결정은 조사시점 현재 보건지소 방문건강관리대상으로 등록된 65세 이상 노인 174명을 표본 선정 프로그램인 Raosoft (<http://www.raosoft.com/sampleize.html>)에 의해 표본오차(sampling error) 5%, 신뢰구간(con-

fidence interval) 95%, 표집대상자가 설문에 고르게 응답할 확률을 50% 기준(디폴트로 50%로 설정됨)을 적용하여 산출한 결과 적합한 샘플사이즈가 120명이 산출되었으며, 비교대상 일반노인의 경우 방문건강관리대상 노인과 동일한 120명으로 선정하였다. 연구대상자는 2013년 4월 29일부터 6월 7일까지의 조사 기간 중 탈락을 고려하여 총 249명으로, 이는 M읍 보건지소 관할 지역 65세 이상 노인 전체의 11.5%에 해당한다. 이들 중 응답을 거부한 2명과 난청이 심하여 답변이 어려운 3명, 동서서 작성을 거부한 1명을 제외한 243명을 최종 연구대상자로 하였다.

연구대상자에 대한 윤리적 보호를 위해 연구자가 소속된 강원원주대학교의 연구윤리위원회로부터 IRB 승인을 받은 후 (GWNUIRB-2013-5), 서면 동의서에 동의를 받은 다음 설문조사에 응하도록 하였고, 수집된 자료는 연구목적외로만 사용되며, 대상자에게 설문지 응답 도중 중단되더라도 아무런 불이익이 없음을 설명하였다. 완성된 설문지는 코딩 후 연구자의 잠금장치가 있는 사물함에 보관하였다.

3. 자료수집

본 연구는 연구자가 직접 가정방문 또는 보건지소에 내소한 대상자를 면접하거나, 대상자가 많이 모이는 경로당, 교회 등을 방문하여 대상자와 일대일 면접으로 구조화된 설문지를 이용하여 내용을 대상자에게 읽어주고, 그 응답에 따라 기록하는 방식으로 자료를 수집하였다. 자료수집기간은 2013년 4월 29일부터 6월 7일까지로 설문 작성을 위한 면접 소요시간은 대상자 1명당 평균 30분이었다.

4. 연구도구

연구도구의 구성은 우울과 인지기능 평가를 위해 필요한 일반적 특성으로 기존 연구들에서 제시된 성별, 연령, 교육수준, 주관적 건강상태, 방문간호대상 유무, 만성질환 수이며, 건강보험 종류는 소득수준을 파악할 수 있는 간접 지표로 추가하였다. 독립변수로 중요한 허약정도는 방문건강관리사업에서 사용하고 있는 도구를 사용하였다. 종속변수인 우울, 인지기능은 별도로 개발된 도구를 사용하였으며 그 내용은 다음과 같다.

1) 우울

2013년 보건복지부 방문건강관리사업 지침에 따른 65세 이상 건강면접조사표에 제시된 노인우울검사도구(Geriatric

Depression Scale; short form)로 질문은 총 15문항으로, 최근 1주일 동안의 기분과 일치하면 예, 그렇지 않으면 아니오에 동그라미 하여 예 1점, 아니오 0점을 부과하였으며 1, 5, 7, 11, 13번 문항은 역으로 환산하였다. 점수의 범위는 총 0점에서 15점까지로 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것을 의미한다. 총 15점 중 0~4점은 정상, 5점~9점은 경증우울, 10~15점은 중증우울로 분류된다. 개발당시 Cronbach's α 는 .88이었고, Choi 등[21]이 일반노인을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α 는 .83이었다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .87이었다

2) 인지기능

보건복지부에서 치매선별도구표준화를 위해 개발한 치매선별용 한국어판 간이정신상태 검사(Korean version of MMSE for Dementia Screening, MMSE-DS)도구[22]이다. 이 도구는 19문항으로 지남력 10점, 기억력 6점, 집중력 5점, 언어능력 3점, 명령수행 3점, 도형모사 1점, 판단 및 상식 2점으로 총 0점에서 30점이다. 합계한 점수는 도구사용지침에 의거하여, 성별, 교육년수, 연령에 따라 판정하였으며, MMSE-DS 진단검사 의뢰점수에 의한 기준 점수 미만이면 인지저하, 기준점수 이상이면 정상으로 점수가 높을수록 인지기능이 높은 것을 의미한다. 개발당시 Cronbach's α 는 .83이었고[22], Lee[23]가 요양시설에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α 는 .84였다. 본 연구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .78이었다.

3) 허약

2013년 보건복지부 방문건강관리사업 지침에 따른 65세 이상 건강면접조사표에 제시된 기초측정표를 사용하였다. 문항들은 수단적 일상생활활동능력, 낙상위험도, 체중, 구강건강, 외출 및 인지적 기능등으로 구성되어 있다. 총 27문항 2점 척도로 예, 아니오로 답하게 하였으며 최소 0점에서 최대 29점까지로 26번 문항은 하나 이상의 질병을 갖고 있으면 2점, 28번 문항은 각각 1점씩 2점을 부여하였으며 점수가 높을수록 허약한 것을 의미한다. 0~3점은 건강군, 4~12점은 고위험 허약노인, 13점 이상은 허약군으로 분류된다. 본 연구의 Cronbach's α 는 .81이었다.

4) 주관적 건강감

본 연구에서 사용한 주관적 건강감 측정도구는 “당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?”의 1문항을 이용하여 매우 나쁘다(1점)에서 매우 좋다(5점)로 5점 Likert 척도로 측

정하였으며 점수가 높을수록 주관적 건강감이 좋은 것을 의미한다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적 분석방법은 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 일반적 특성에 따른 우울과 인지기능은 t-test, ANOVA 분석을 하였으며 집단 간 차이의 사후 검정을 위해 Scheffé test로 분석하였다.
- 우울과 인지기능 및 영향요인간의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson' correlation coefficient로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 76.5%가 여성이었고 연령은 75~79세가 36.6%로 가장 높은 비율을 차지하였다. 교육수준은 초등학교가 41.6%로 가장 많았으며 대상자의 71.2%가 건강보험대상자였다. 대상자가 갖고 있는 평균 만성질환수는 2.06 ± 1.10 이었고 주관적 건강감은 평균 2.64 ± 0.92 였다. 허약수준은 고위험 허약노인이 58.4%로 가장 높은 것으로 나타났으며 방문건강관리대상자는 49.4%로 거의 절반수준이었다(Table 1).

2. 대상자의 우울과 인지기능

우울은 중증 우울이 39.1%, 경증우울이 36.2%로 우울군이 75.3%를 차지하였고 인지기능은 정상이 82.7%, 인지저하가 17.3%였다(Table 2).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 우울

일반적 특성에 따른 우울은 성별, 교육수준, 건강보험가입유무, 주관적 건강감, 허약수준, 방문건강관리대상유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

성별에서 여성이 남성보다 우울이 높았으며($t=2.59, p=.010$), 교육수준에서는 무학인 경우 초등학교 졸업자보다 더 우울한 것으로 나타났다. 건강보험가입유무에서 기초수급자가 건강

Table 1. General Characteristics of Participants (N=243)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	57 (23.5)
	Female	186 (76.5)
Age (year)	65~69	15 (6.2)
	70~74	55 (22.6)
	75~79	89 (36.6)
	≥80	84 (34.6)
Education	None	80 (32.9)
	Elementary school	101 (41.6)
	Middle school	37 (15.2)
	≥High school	25 (10.3)
Type of insurance	Medicaid	70 (28.8)
	Medical insurance	173 (71.2)
Number of chronic disease		2.06±1.10
Subjective health status	Very bad	25 (10.3)
	Bad	83 (34.2)
	Moderate	92 (37.9)
	Good	39 (16.0)
	Very good	4 (1.6)
frailty level	Health group	13 (5.3)
	High risk frailty older adults	142 (58.4)
	Frailty group	87 (35.8)
Home care services	Yes	120 (49.4)
	No	123 (50.6)

Table 2. Depression and Cognitive function of Participants (N=243)

Characteristics	Categories	n (%)
Depression	Normal	60 (24.7)
	Mild depression	88 (36.2)
	Severe depression	95 (39.1)
Cognitive function	Normal	201 (82.7)
	Cognitive impairment	42 (17.3)

보험가입자보다 우울이 높았으며($t=5.50, p<.001$), 주관적 건강감에서는 자신의 건강이 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 경우에 우울이 유의하게 높았다($F=36.38, p<.001$). 허약수준에서는 허약군이 유의하게 우울이 높았다($F=56.41, p<.001$). 방문건강관리대상 유무에 따라서는 방문건강관리대상자가 일반노인보다 우울이 유의하게 높은 것($t=7.74, p<.001$)으로 나타났다(Table 3).

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 인지기능

일반적 특성에 따른 인지기능은 성별, 연령, 교육수준, 건강

Table 3. Depression according to General Characteristics

(N=243)

Characteristics	Categories	M±SD	t or F (p)	Scheffé
Gender	Male	6.49±4.21	2.59 (.010)	
	Female	8.14±4.20		
Age (year)	65~69	6.07±5.19	1.86 (.136)	
	70~74	7.40±4.42		
	75~79	7.55±4.53		
	≥ 80	8.50±3.54		
Education	None ^a	9.13±3.72	5.96 (.001)	a > b
	Elementary school ^b	7.53±4.02		
	Middle school	6.86±4.70		
	≥ High school	5.56±4.87		
Type of insurance	Medicaid	9.80±3.42	5.50 (<.001)	
	Medical insurance	6.92±4.29		
Subjective health status	Very bad ^a	11.64±3.71	36.28 (<.001)	a, b > c > d, e
	bad ^b	9.81±3.26		
	Moderate ^c	6.90±3.50		
	Good ^d	3.58±3.22		
	Very good ^e	0.33±0.58		
frailty level	Health group ^a	2.23±2.35	56.41 (<.001)	a < b < c
	High risk frailty older adults ^b	6.45±3.77		
	frailty group ^c	10.71±3.22		
Home care services	Yes	9.67±3.48	7.74 (<.001)	
	No	5.89±4.12		

보험가입유무, 주관적 건강감, 허약수준, 방문건강관리대상유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다.

성별에서 남성이 여성보다 인지기능이 높았으며($t=-2.33$, $p=.022$), 연령에서는 65~69세와 70~74세에서 75~79세보다 인지기능이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 교육수준에서는 무학이 인지기능이 유의하게 낮았고($F=32.73$, $p<.001$), 건강보험가입유무에서 건강보험가입자가 기초수급자보다 인지기능이 높았으며($t=-2.08$, $p=.038$), 주관적 건강감에서는 나쁨보다 좋음이 인지기능이 유의하게 높은 것으로 나타났다($F=5.05$, $p=.001$). 그리고 허약수준에서는 건강군의 인지기능이 유의하게 높았고 방문건강관리대상 유무에 따라서는 일반노인이 방문건강관리대상자보다 인지기능이 유의하게 높은 것($t=-3.04$, $p=.003$)으로 나타났다(Table 4).

5. 대상자의 우울과 인지기능 및 관련요인들 간의 상관관계

대상자의 우울과 인지기능 및 관련요인들 간의 상관성 분석 결과 우울은 연령($r=.14$, $p=.035$), 만성질환수($r=.22$, $p<.001$), 허약수준($r=.70$, $p<.001$)과 정적 상관관계를, 교육년수($r=-.28$, $p<.001$), 주관적 건강감($r=-.61$, $p<.001$)과는 부적 상관관계

를 보였다.

인지기능은 교육년수($r=.55$, $p<.001$), 주관적 건강감($r=.27$, $p<.001$)과 정적 상관관계를, 연령($r=-.29$, $p<.001$), 허약수준($r=-.44$, $p<.001$), 우울($r=-.27$, $p<.001$)과는 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 5).

논 의

본 연구는 지역사회노인들이 흔히 경험하고 있는 우울, 인지 기능 정도와 그 관련요인들 간의 관계를 분석하여 우울과 인지 기능저하를 효과적으로 예방 및 관리하기 위한 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구결과 대상자 36.2%에서 경증우울, 39.1%는 중증우울이 있는 것으로 나타나 연구대상자의 75.3%가 우울을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 이는 60세 이상 여성노인대상으로 한 Shin 등[24]의 연구에서 34.1%가 우울증상을 가지고 있다고 조사한 결과보다 높은 결과이며 Won과 Kim[14]의 방문간호대상노인 중 66%에서 우울이 있다고 보고하였고 Kim 등[25]의 서울 지역노인 대상 연구에서는 20.2%가 우울이 있는 것으로 조사되었다. Kim과 Park[12]의 연구에서는 도시 지역노인의 61.6%를 우울군으로 분류하여 본 연구결과 보다는 우

Table 4. Cognitive Function according to General Characteristics

(N=243)

Characteristics	Categories	M±SD	t or F (p)	Scheffé
Gender	Male	24.75±3.29	-2.33 (.022)	
	Female	23.54±3.92		
Age (year)	65~69 ^a	25.93±3.35	5.40 (.001)	a, b > c
	70~74 ^b	24.80±3.54		
	75~79 ^c	23.91±3.72		
	≥80	22.71±3.86		
Education	None ^a	21.38±3.22	32.73 (<.001)	a < b < c, d
	Elementary school ^b	23.96±3.46		
	Middle school ^c	26.46±3.20		
	≥High school ^d	27.20±2.14		
Type of insurance	Medicaid	23.03±3.91	-2.08 (.038)	
	Medical insurance	24.14±3.73		
Subjective health status	Very bad	22.64±4.04	5.05 (.001)	a < b
	bad ^a	22.78±3.65		
	Moderate	24.34±3.54		
	Good ^b	25.25±3.96		
	Very good	27.67±1.53		
frailty level	Health group ^a	27.46±2.37	17.87 (<.001)	a > b > c
	High risk frailty older adults ^b	24.47±3.40		
	frailty group ^c	22.22±3.96		
Home care services	Yes	23.08±3.81	-3.04 (.003)	
	No	24.54±3.69		

Table 5. Correlation among Depression, Cognitive Function & Related Factors

(N=243)

Variables	Age	Education	Number of chronic disease	Subjective health status	Frailty level	Depression	Cognitive function
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Age	1						
Education	-.17 (.008)	1					
Number of chronic disease	-.00 (.994)	-.05 (.469)	1				
Subjective health status	.00 (.956)	.27 (<.001)	-.29 (<.001)	1			
frailty level	.17 (.009)	-.30 (<.001)	.44 (<.001)	-.62 (<.001)	1		
Depression	.14 (.035)	-.28 (<.001)	.22 (<.001)	-.61 (<.001)	.70 (<.001)	1	
Cognitive function	-.29 (<.001)	.55 (<.001)	-.11 (.103)	.27 (<.001)	-.44 (<.001)	-.27 (<.001)	1

울 유병률이 낮았다. 이러한 차이는 농촌과 도시라는 지역적인 특성과 연구대상자의 성별 구성 및 측정도구의 차이에 기인한 것으로 보이며, 이처럼 높은 우울 유병률은 관련요인에 대한 정확한 사정을 통해 근거에 기반한 중재방법의 개발이 있어야 할 것이다.

일반적 특성에 따른 우울은 성별, 교육수준, 건강보험가입

유무, 주관적 건강감, 허약수준, 방문건강관리대상유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 이는 여성노인이 남성노인보다[13], 연령이 많을수록[11,14], 낮은 교육수준[17,20,25], 주관적 건강감이 나쁜 경우[12,26-28] 우울이 높게 나타난 연구결과와 Choi 등[21]의 연구에서 방문노인이 일반노인에 비해 우울이 높게 나타난 것은 본 연구결과와 일치한다. 따라서 노인의 우울

을 효과적으로 관리하기 위해서는 여성노인, 교육수준, 주관적 건강감, 허약정도를 고려하여 중재 프로그램을 개발할 필요가 있겠다.

인지기능에서는 인지저하가 17.3%였으며, 이는 본 연구와 유사한 인지기능 측정도구(MMSE-K)를 사용하여 보고한 Won과 Kim[14]의 방문간호대상 연구에서 중증치매 11.3%, Lee[27]의 연구에서 10.9%가 확정치매로, 본 연구보다 낮게 나타났다. 이는 인지기능 측정도구와 판정기준의 차이에 의한 것으로 다양한 도구를 적용한 반복연구가 요구됨을 알 수 있다.

일반적 특성에 따른 인지기능은 성별, 연령, 교육수준, 건강보험가입유무, 주관적 건강감, 허약수준, 방문건강관리대상유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 이는 연령이 적을수록[20,28], 높은 교육수준[27], 높은 주관적인 건강감[14, 27]인 경우 인지기능이 높았고 기초수급대상노인에 비해 일반노인의 인지기능이 유의하게 높았다는 연구결과[8]와 동일하다. 인지기능 저하를 미연에 예방하고 관리하기 위해서는 여성노인, 고령자, 기초수급자대상의 치매예방 프로그램과 허약을 예방하기 위한 만성질환관리와 운동 프로그램 진행 등 인지기능 향상을 위한 구체적인 중재방안이 요구된다.

우울과 인지기능은 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 보였다. 이는 우울이 낮을수록 인지기능이 높았다고 보고한 Kwon 등[28]의 연구와 동일한 결과이다. 이러한 결과를 토대로 인지기능저하가 초래될 경우 우울에 대한 관리도 이루어져야 한다. 즉, 인지기능저하를 예방하기 위하여 우울을 감소시킬 수 있는 간호중재도 함께 시행하여야 함을 시사한다.

우울, 인지기능, 연령, 교육년수, 만성질환수, 주관적 건강감, 허약수준은 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 허약은 다른 연구에서는 대부분 연구변수에 포함되어 있지 않아 본 연구결과와 비교할 수 없었다. 하지만 본 연구에서 허약이 우울과 인지기능에 영향을 미치는 중요한 인자로 확인되었으므로, 허약수준을 향상시키기 위한 프로그램개발이나 운동처방중재 등 다양한 프로그램 적용효과에 대한 연구가 이루어져야 하며, 또한 연구자마다 결혼형태, 성별, 독거 등 우울과 인지기능에 미치는 영향요인을 다르게 보고하고 있으므로 상관성이 있다고 밝혀진 변수들을 포괄하는 대상자 및 지역 확대를 통한 반복연구가 필요하다고 본다.

본 연구를 통해 대상자의 우울과 인지정도를 알 수 있었으며 우울과 인지기능 간에는 통계적으로 유의하게 관련이 있는 것으로 나타났다. Kim 등[25]의 연구에서 우울과 인지기능은 유의한 관련이 있는 것으로 보고 하였으며 또한 Lee[27]의 연구에서도 우울과 인지기능은 음의 상관성이 있다고 하였다. 우울

과 인지기능이 유의한 관련성이 있다는 것을 확인하였으므로, 지역사회차원에서 우울에 대한 사정 및 정도 평가를 통해 치매를 미연에 예방할 수 있도록 대상자 특성에 맞는 간호중재가 이루어져야 한다. 치매는 조기에 발견하여 치료·관리하면 진행속도가 지연되는 만큼 지역사회에서 노인들을 대상으로 치매검사를 실시하여 치매를 선별해냄으로써, 조기발견 및 치료로 이어져 노인들의 삶의 질 향상과 함께 사회적인 경제적 손실을 최소화 할 수 있어야 하며, 우울감소와 인지기능향상을 위한 개별화된 중재개발이 필요하다.

결론 및 제언

대상자의 75.3%가 우울을 가지고 있는 것으로 나타났으며 인지기능저하가 17.3%로 나타났다. 우울과 인지기능은 성별, 교육수준, 건강보험가입유무, 주관적 건강감, 허약수준, 방문건강관리대상유무에 따라 유의한 차이가 나타났으며 특히 방문대상관리노인이 일반노인에 비하여 우울정도가 높고 인지기능이 낮은 것으로 나타났다. 인지기능은 연령에 따라서도 유의한 차이를 보였다. 또한 우울은 교육수준, 주관적 건강감, 인지기능과 음의 상관관계를 보였고 연령, 만성질환 수, 허약과는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 인지기능은 연령, 만성질환 수, 허약, 우울과 음의 상관관계를 보였고 교육수준, 주관적 건강감과 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과는 지역사회노인의 우울을 완화하고 인지기능저하를 효과적으로 예방하고 관리할 수 있는 교육 및 간호중재 프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

결론적으로 우울을 완화하고 인지기능저하를 효과적으로 관리하기 위해서는 만성질환관리 및 허약과 주관적 건강감이 향상되어야 함을 확인하였다. 그러므로 보건소등 공공의료기관에서 지역사회노인을 대상으로 만성질환관리를 통한 허약정도 감소와 주관적 건강감 향상을 위한 운동중재 및 맞춤형 프로그램을 적극 개발할 필요가 있으며 우울감 감소를 위한 정신건강증진센터와 연계한 지역사회 지지자원을 활용할 것을 제안한다. 본 연구는 대상자를 일부 지역에 한정되어 조사하였기 때문에 전체노인에게 확대하여 일반화하는 데는 한계성을 가진다. 이에, 추후 지역과 대상자를 확대하여 우울과 인지기능에 미치는 다양한 변인으로 반복연구가 필요하며, 지역사회노인의 우울 감소와 인지기능증진을 위한 다양한 프로그램 적용 효과에 대한 중재 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2015 estimated future population 2010-2060 [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2015 [cited 2015 June 14]. Available from: http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1010
2. Ministry of Health and Welfare. 2013 report data [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare. 2013 [cited 2015 October 14]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=286138
3. Lee SO, Ha YS, Cho NO. Gerontological nursing. 6th ed. Seoul: Korea National Open University Press; 2009. 400 p.
4. Oh EA, Kang YW, Shin JH, Yeon BK. A validity study of K-MMSE as a screening test for dementia: Comparison against a comprehensive neuropsychological evaluation. *Dementia and Neurocognitive Disorders*. 2010;9(1):8-12.
5. Han YR, Song MS, Lim JY. The effects of a cognitive enhancement group training program for community-dwelling elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010;40(5):724-735.
6. Joo AR, Kim HW. Effects of Health-related characteristics, social support, and depression on cognitive function in elders resident in community health post areas. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2011;13(2):154-162.
7. Kim MH. The level of cognitive function and depression, and the risk factors of cognitive impairment in the community dwelling elderly. *Journal of The Society of Living Environment System Korea*. 2010;17(6):784-792.
8. Park JA, Cho YC. Comparison of depression and cognitive function between elderly welfare recipients and non-elderly welfare recipients in a public health center. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*. 2007;32(1):1-12.
9. Lee HJ, Kim HS, Jung YM. Depression and quality of life in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2009;20(1):12-22.
10. Kim KH, Park HJ, Kim LH, Kang YH, Shin KR. The correlation among quality of life, depression, and urinary incontinence of elderly women in a urban city. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2007;27(4):943-962.
11. Kim CG. The relationship of family support, health perception, nutritional status and depression in elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2007;9(1):14-21.
12. Kim CG, Park SM. Gender difference in risk factors for depression in community-dwelling elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(1):136-147.
13. Park YH, Suh EE. The risk of malnutrition, depression, and the perceived health status of older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2007;37(6):941-948.
14. Won JS, Kim KH. Evaluation of cognitive functions, depression, life satisfaction among the elderly receiving visiting nursing services. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(1):1-10.
15. Hyoung HK, Jang HS. The comparison of health status and health behavior among hypertension group, DM group, and hypertension DM group for the aged provided with customized home care service by visiting nurses. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2011;22(1):11-21.
16. Kim HY, Park MH. Physical function and ego-integrity in frail and non-frail elders in a local community. *Journal of the Korean Gerontological Nursing*. 2014;16(1):27-37. <http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2014.16.1.27>
17. Kim HS, Kim HY. Associated factors of depression among elderly for visiting health services in public health centers: Focused on social support and perceived health status. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2007;24(2):1-14.
18. Moon MJ. Factors influencing depression in elderly people living at home. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010;40(4):542-550.
19. Yoo MS, Jo EM, Kim YS. A study on daily living activity, cognitive function and depression of community dwelling elderly women served home visiting care service. *The Korean Society of Maternal and Child Health*. 2007;11(2):224-232.
20. Won JS, Kim JH. Influencing factors on cognitive function and depression in elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;12(2):148-154.
21. Choi MA, Kim JI, Chae YR, Jeon MY, Yoo JH. Levels of physical activity and relationship of factors related to physical activity in Korean elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2004;6(1):99-106.
22. Kim KW, Kim MH, Kim BJ, Kim JR, Kim TH, Moon SW, et al. Standardization of dementia diagnosis tool. Research Report. Seongnam: Seoul National University Bundang Hospital; 2009 December. Report No.: 11-1351000-000589-01.
23. Lee YS. Relationships among familiarity, depression, cognition, and activity of daily living in elders residing in long term care facilities [master's thesis]. [Seou]: Hanyang University; 2012. 69 p.
24. Shin KR, Kang Y, Jung D, Choi KA. A study on the depression, somatic symptom, activities of daily living for the elderly women in an urban area. *Journal of Korean Academic Nursing*. 2007;37(7):1131-1138.
25. Kim MA, Kim HS, Kim EJ. Cognitive function and depression in the elderly. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2005;7(2):176-184.
26. Kim KB, Sok SH. Factors Influencing depression of the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2009;20(2):197-206.
27. Lee SY. Influencing factors on cognitive function and depression in elderly. *Journal of Korean Academy of Society Home Care Nursing*. 2012;19(2):150-161.
28. Kwon YE, Kim YS, Suh GH. Cognitive function and depression of the elderly in a community setting. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2006;8(2):161-169.