

일 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질 영향요인

김민경¹⁾, 김현리²⁾
충남대학교 대학원¹⁾, 충남대학교 간호대학²⁾

Factors Affecting on the Quality of Life of the Elderly with Mild Dementia Living in Some Rural Community in Korea

Min kyoung Kim¹⁾, Hyunli Kim²⁾
Graduate School, Chungnam National University¹⁾
College of Nursing, Chungnam National University²⁾

= Abstract =

Objectives: The purpose of this study is to investigate the influencing factor of the quality of life of the elderly with mild dementia in rural community.

Methods: A total of 123 elderly who were managed by public health center participated. They were diagnosed as mild dementia by MMSE-DS and CDR. Data were collected during the period from May to September in 2017 by a structured questionnaire that included general characteristics, depression, dependence, comorbidity, sleep scale. Data were analyzed by t-test, ANOVA, Pearson's correlation analysis, and multiple regression analysis.

Results: The quality of life was correlated significantly with depression. Depression was the factor affecting the quality of life of the elderly with mild dementia in rural community. Depression accounted for 54.0% as a variable of quality of life.

Conclusion: This study was meaningful in that it directly measured the quality of life of the elderly with mild dementia is known to be difficult to measure and found meaningful results. it is necessary to identify the cause of depression and establish a linkage system between public health centers and health related organizations in the community. We suggest the need for individualized preventive intervention program and integrated psychological health service considering depression.

Key words: Rural community, Mild dementia, Quality of life

* Received September 17, 2018; Revised September 28, 2018; Accepted September 28, 2018.

* Corresponding author: 김현리, 대전광역시 중구 문화로 266 충남대학교 간호대학
Hyunli Kim, Chungnam National University College of Nursing, 266 Munhwa-ro, Jung-gu, Daejeon, 35015, Korea.
Tel: +82-42-580-8330, Fax: +82-54-580-8309, E-mail: hlkim@cnu.ac.kr

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구는 2015년 13.1%에서 2060년에는 40.1%까지 늘어날 전망이다[1]. 이에 따라 65세 이상 노인 인구 중 치매 유병률도 2015년 약 9.8%에서 2050년 13.2%까지 증가할 것으로 추정된다[1]. 이 중 경증 치매는 40.7%에 달해 가장 많은 비율을 차지하고, 경증 치매노인의 인지기능 악화를 방지하여 사회, 경제적 부담을 줄이고 삶의 질을 높이기 위한 정책의 필요성을 강조하고 있다[1]. 경증 치매노인은 사회생활이나 직업상의 능력이 부족하더라도 독립적인 생활이 가능해 적절한 관리로 나아질 수 있으므로[2], 치매 예방 및 초기 적극적인 개입으로 증상악화를 최대한 억제하는 것이 중요하고, 복지서비스의 사각지대에 놓일 가능성이 큰 경증 치매노인에 대한 연구가 시급하다고 하였다[2].

농촌은 도시에 비해 노인 인구 비율이 현저히 높으며 사회경제적 수준과 전반적 건강상태가 낮고 만성 질환률이 높아 치매발생 위험도가 높다[3]. 이에 반해 의료 기관에의 접근성, 생활환경, 보건 복지서비스 사용 정도는 낮게 보고되어 관리대책 마련이 시급하다[4]. 이러한 농촌과 도시의 환경 조건이나 생활방식의 차이는 노인들의 건강 측면에 영향을 미쳐 삶의 질에 상당한 차이를 나타냄을 보고하고 있다[4].

삶의 질은 개인이 주관적으로 느끼는 삶에 대한 전반적인 평가를 말한다[5]. 치매 유형중 알츠하이머형 치매는 71.3%로 가장 높은 비율을 차지하고[1], 현재 우리나라에서는 Logsdon 등의 알츠하이머병-삶의 질 척도 한국어판(Korean Quality of life-Alzheimer's Disease, 이하 KQOL-AD)이 개발되어 예비 연구결과, 치매 단계에는 영향을 받지 않으면서 검사의 신뢰도와 타당도가 매우 높고, 환자의 행동심리증상을 잘 반영하였다[6]. 치매노인의 삶의 질은 치매노인이 접근하기 쉽지 않기 때문에 심층적인 연구가 제대로 이루어지지 않고[7], 치매노인은 삶의 질과 같은 추상적인 개념을 표현하는 능력이 부족하기 때문에 중증 치

매노인의 삶의 질에 대한 효과성을 파악하는 것이 사실상 어렵다고 평가받고 있다[8].

경증 치매는 기억, 시공간 능력, 언어 등의 결합은 다소 있으나 비교적 온전한 판단력으로 독립적인 생활이 가능하지만, 이를 방치하면 인지 기능 저하, 일상생활동작의 손상 등으로 인해 독립적인 생활이 불가능한 중등도 치매로 이환될 가능성이 높아지며 진행 속도도 빨라져 삶의 질을 악화시키게 된다[9]. 경증 치매노인의 삶의 질 평가는 사회적 부담을 예측하여 구체적인 지원 체계를 수립할 수 있기 때문에 중요하다고 하였다[10].

경증 치매노인의 삶의 질에 영향을 미치는 일반적 특성은 성별, 연령, 학력, 소득, 독거여부, 주관적 건강인식, 배우자 유무, 종교 등이고, 주요 요인은 인지기능, 도구적 일상생활수행 능력, 취미생활, 주거환경, 수발환경에 대한 만족도, 동반 질환, 의존성, 자아존중, 거동능력, 수면, 우울, 스트레스 정도, 주변의 사회적, 정신적, 물질적지지 등[5,7,11-16]으로 제시되고 있다. 경증 치매노인에게는 인지훈련프로그램[2], 인지기능과 도구적 일상생활수행 능력, 우울, 삶의 질의 상관관계[9,11]등 중재 프로그램 적용이나 변수들의 단순한 관계 고찰에 관한 선행연구가 대부분이고, 방대한 개념을 설명하는 삶의 질에 관한 근원적인 영향요인을 본 선행연구는 미흡한 실정이다. 현재 경증 치매노인의 삶의 질에 관한 연구는 개인, 사회적 차원으로 증대되고 있는 문제인식에 비해 매우 부족한 상태로, 관련 연구 역시 제한적으로 시행되고 있을 뿐이다.

치매는 오랜 기간에 걸쳐 악화되는 질환의 특성상 진행기간 동안 다른 만성질환과 손상이 동반될 가능성이 높고 이로 인한 의존성도 가중되어 삶의 질 저하를 유도한다[15]. 또한 치매와 같이 인지기능 손상 노인들에서 수면장애는 매우 흔하기 때문에 치매노인에서 수면의 질 저하가 삶의 질을 직접적으로 손상시킬 수도 있고, 수면의 질 저하가 우울로 인해 삶의 질을 손상시킬 수 있다[17].

본 연구는 선행연구에서 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 알려진 일반적 특성과 주요 요인 중 우울, 의존성, 동반질환, 수면의 신체적·사회적·

심리적 영역을 통합적으로 고려하여 노인인구의 비중이 높고 보건의료 환경이 상대적으로 취약한 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 삶의 질 개선을 위한 다양한 건강관리 프로그램 개발이나 여러 정책적 방안을 체계적으로 구성하는데 기초 자료를 제시하여 궁극적으로 대상자의 삶의 질 향상에 도움이 되고자 시도되었다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질을 파악하고, 삶의 질에 미치는 영향요인을 규명하는 것으로, 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질을 파악한다.

둘째, 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질 영향요인을 파악한다.

3. 용어정의

1) 경증 치매노인

치매선별검사(MMSE-DS)를 통해 인지저하로 판정받고 정신과나 신경과 전문의에 의해 DSM-IV의 진단 기준에 의해 치매로 진단 받은후, 치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating; CDR) 검사상 1 로 판정받을 때, 경증 치매로 분류한다. 경증치매 진단을 받은 후 OO 군 보건소에 등록된 지역사회 재가 경증치매노인을 말한다.

2) 삶의 질

삶의 질이란 본인들이 살고 있는 문화와 가치 체계의 맥락에서, 그리고 목표, 기대, 기준, 관심과 관련된 삶에서 자신의 위치에 대한 개인적 자각으로(WHO, 1995), 치매환자의 삶의 질을 의미한다[6].

대상 및 방법

1. 연구설계

본 연구는 농촌지역 경증치매 노인의 삶의 질 정도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구자료 및 대상

본 연구의 대상자는 유의수준 .05, 검정력 80%, 효과크기 .15로 하여 최종 대상자 123명이 산출되었다. 본 연구의 선정기준은 OO군에 거주하는 65세 이상의 남녀 노인으로, 보건소 치매조기검진사업이나 방문보건사업 혹은 내소상담 등을 통해 MMSE-DS 검사상 인지저하에 해당하며, 전문의가 DSM-IV 진단기준에 의해 치매로 진단하고, 치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating, 이하 CDR)상 1인 경우, 보건소에 등록된 경증치매 노인 123명을 대상으로 하였다. 최종대상자 선정을 위한 제외기준은 다음과 같다.

- ① 장기간 입원하거나 와병, 장애로 바깥출입이 불가능한 자
- ② 요양시설 입소자
- ③ 의사소통이 불가능한 자

3. 연구변수

1) 삶의 질

삶의 질은 Logsdon 등[18]이 알츠하이머 노인의 삶의 질을 평가하기 위해 개발하고 Shin [6]이 번안하여 표준화한 Korean version of quality of life-Alzheimer's disease (QOL-AD)도구를 사용하여 측정하였다. QOL-AD는 신체건강, 원기/기운, 기분, 생활환경, 기억력, 가족관계, 결혼생활, 친구관계, 전체적인 자기 자신, 일상적인 집안일을 처리하는 능력, 재미 삼아 무슨 일을 할 수 있는 능력, 금전상태, 전체적인 생활 등의 13문항 4점 척도로, 1점(나쁘다)에서 4점(매우 좋다)의 점수 범위이며, 총점은 13-52점이다. 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다. QOL-AD도구 개발 당시 내적타당도인 Cronbach's α =.84이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α =.90으로 나타났다.

2) 우울

우울은 Yesavage 등[19]이 개발한 단축형 노인 우울척도를 2008년에 한국형으로 표준화한 한국어판 단축형 노인우울척도(Korean Version of the Short Form Geriatric Depression Scale, SGDS-K)수정판을 이용하였다[20]. SGDS-K는

총 15문항으로 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미한다. 총 6점 이상인 경우 우울증을 시사한다. 이 도구의 신뢰도는 Cho 등[20]의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.89$ 였고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.87$ 이었다.

3) 의존성

의존성은 Stern [12]이 1994년에 개발하고, Brickman AM. [21]이 수정한 도구로, Stern [12]이 직접 번역하여 제공한 한국판 의존성 척도 도구인 Dependence Scale (DS)로 측정하였다. 본 연구는 13개의 일상생활동작 수행에 도움이 필요한가를 측정하여 대상자의 전반적인 의존 수준을 측정하였다. 총 0-15점으로, 점수가 높을수록 의존성이 높음을 의미한다[12]. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.66$ 이었으며, 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.82$ 이었다.

4) 동반질환

동반질환은 Charlson comorbidity index (CCI)로 측정하였다[13]. 본 도구는 생존에 영향을 미치는 19개의 질환에 대하여 1년 이내 사망률의 상대 위험도로 가중치를 부여한 뒤 이들의 합으로 환자의 동반질환 중증도를 반영한다[13]. 점수가 높을수록 동반질환 중증도가 심각한 상태임을 의미한다. 기존 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.74$ 이었고, 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.62$ 이었다.

5) 수면

수면은 Buysse [14]이 개발한 Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) 도구로 사용하였다. PSQI는 주관적 수면의 질, 입면 시간, 수면 시간, 습관적 수면효율, 수면장애, 수면제의 복용, 주간 기능장애의 7개 범주, 19개 문항에서 0~3점의 범위로 산출되며, 수면에 아무런 문제가 없는 0점에서 심각한 수면장애를 나타내는 21점까지로 나타난다. 전체 PSQI점수가 5초과인 경우, 수면의 질이 나쁜 것으로 평가된다[14]. 도구 개발 당시 Cronbach's $\alpha=.94$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었다.

4. 윤리적 고려

본 연구의 자료수집기간은 2017년 5월부터 2017년 9월까지였으며, 본 연구는 *대학의 기관 생명윤리심의위원회를 거쳐 IRB 승인을 받았다(제2-1046881-A-N-01호-201705-HR-016). 연구자는 OO군 보건소 치매예방사업의 자료를 수집하는 기관의 승낙을 받기 위해 보건소의 책임자에게 연구의 목적과 절차에 대해 설명하고, 연구 진행에 대한 허락을 받았다. 자료수집은 보건소와 보건진료소 단위로 한 가정방문과 본 연구자가 보건소에 등록된 경증 치매 노인의 가정을 직접 방문하여 연구를 진행하였다. 대상자에게 본 연구의 목적을 설명한 후 연구 참여를 자의로 동의한 사람을 대상으로 설문을 진행하였으며, 연구에 참여하는 동안에도 언제든지 철회할 수 있음을 설명하였다. 본 연구의 설문지는 익명으로 처리되었으며, 신원을 알 수 있는 개인정보는 포함되지 않았다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 24.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 속성을 파악하기 위해 빈도분석을, 변인의 신뢰도 검증을 위해 신뢰도 분석을 실시하였다. 일반적 특성과 변수는 기술통계를 이용하여 분석하였다. 일반적 특성과 삶의 질의 영향요인, 삶의 질과의 연관성을 분석하기 위하여 평균차 검증(t-test), ANOVA, Scheffe 혹은 Tukey 사후 검정방법, Pearson correlation analysis를 수행하였다. 삶의 질의 영향요인이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가를 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석을 적용하기 위하여 정규분포, 등분산성, 다중공선성의 가정이 모두 만족되었음을 확인하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령대별 분포 중 75세 이상이 전체의 84.5%로 대부분을 차지했고, 성별은 여자 83명

(67.5%), 남자 40명(32.5%)로 나타났다. 교육기간은 교육을 받지 못한 경우가 59명(48.0%)로 가장 많았고, 다음으로 1~6년의 교육을 받은 경우가 43명(35.0%)의 순으로 나타나 6년 이하의 교육을 받은 경우가 대다수를 차지하였다. 배우자가 없는 경우가 64명(52.0%)이며, 배우자가 있는 경우가 59명(48.0%)이었다. 독거가 49명(39.8%), 가족동거는 74명(60.2%)이었다. 종교생활을 하지 않는 경우가 59명(48.0%), 종교생활을 하는 경우가 64명(52.0%)으로 나타났다. 가구소득을 보면 100만원 미만(월)이 118명(95.9%), 100만원 이상

(월)이 5명(4.1%)이었다. 주관적 건강인식에서 “보통”이라고 답한 경우는 49명(39.8%), “나쁨”이라고 답한 경우는 48명(39.0%), “ 좋음”이라고 답한 경우는 26명(21.2%)이었다. 치매의 유형에 따라 알츠하이머형 치매는 102명(82.9%), 혈관성 치매는 3명(2.4%), 불분명한 치매는 18명(14.7%)로 나타나 알츠하이머형 치매가 대다수를 차지했다. 대상자의 평균 연령은 80.61세(SD=6.48)이고, 교육 기간은 평균 3.59년(SD=4.38)으로 나타났다으며, MMSE-DS는 평균 19.52점(SD=3.38)이었다(Table 1).

Table 1. General characteristics of the participants

(N=123)

Characteristics	Categories	n (%)	Mean±SD
MMSE-DS*			19.52±3.38
Age (years)	65~69	5 (4.1)	80.61±6.48
	70~74	14 (11.4)	
	75~79	33 (26.8)	
	≥80	71 (57.7)	
Gender	Female	83 (67.5)	
	Male	40 (32.5)	
Spouse	No	64 (52.0)	
	Yes	59 (48.0)	
Religion	No	59 (48.0)	
	Yes	64 (52.0)	
Education (years)	0	59 (48.0)	3.59±4.38
	1~6	43 (35.0)	
	7~12	17 (13.8)	
	≥13	4 (3.3)	
Family living together	No	49 (39.8)	
	Yes	74 (60.2)	
Income (10000won)	<100	118 (95.9)	
	≥100	5 (4.1)	
Perceived health status	Good	26 (21.2)	
	Moderate	49 (39.8)	
	Poor	48 (39.0)	
Types of dementia	Alzheimer	102 (82.9)	
	Vascular	3 (2.4)	
	Unspecified	18 (14.7)	

*MMSE-DS=Mini-Mental State Examination for Dementia Screening

2. 대상자의 우울, 의존성, 동반질환, 수면, 삶의 질

대상자의 우울은 평균 5.96±4.26점, 범위는 0~15이었다. 우울군은 평균 9.71±2.76점, 정상군은 평균 2.50±1.70점이었었다. 의존성은 평균 4.18±3.46점, 범위는 0~13이었고, 동반질환은 평균 4.99±1.30점, 범위는 1~11이었다. 수면은 평균 7.54±4.67점, 범위는 1~21이었다. 수면장애군은 평균 10.36±4.03점, 정상군은 평균 3.42±1.18점이었었다. 삶의 질은 평균 30.14±6.62점, 범위는 15~52이었다(Table 2).

통계적으로 유의하게 높았지만(F=2.85, p=.040), 사후분석(Tukey test)에서 75~79세에서 31.94점으로 70~74세의 26.29점보다 높게 나타났다. 주관적 건강인식에서 건강인식이 “좋음”일수록 삶의 질이 통계적으로 유의하게 높았으며(t=19.79, p<.001), 사후분석(Scheffe test)에서 주관적 건강인식을 “좋음”으로 답한 경증 치매노인의 삶의 질이 “보통”으로 답한 경증 치매노인의 삶의 질보다 높고, “보통”으로 답한 경증 치매노인의 삶의 질이 “나쁨”으로 답한 경증 치매노인의 삶의 질보다 높게 나타났다(Table 3).

3. 대상자의 일반적 특성이 삶의 질에 미치는 영향

대상자의 연령에서 나이가 많을수록 삶의 질이

Table 2. Depression, dependence, comorbidity, sleep and quality of life of the participants

Variables	Mean±SD	Min. ~ Max.
Depression	5.96±4.26	0~15
Normal group (n=64)	2.50±1.70	
Depressed mood group (n=59)	9.71±2.76	
Dependence	4.18±3.46	0~13
Comorbidity	4.99±1.30	1~11
Sleep	7.54±4.67	1~21
Normal group (n=50)	3.42±1.18	
Disturbed sleep group (n=73)	10.36±4.03	
Quality of life	30.14±6.62	15~52

Table 3. Quality of life according to the general characteristics (N=123)

Characteristics	Categories	Mean±SD	t/F	p	Post-Hoc
Gender	Male	30.98±6.98	-0.97	.333	
	Female	29.73±6.44			
Age(years)	65~69(a)	27.20±5.40	2.86	.040	c>b (Tukey)
	70~74(b)	26.29±5.28			
	75~79(c)	31.94±5.62			
	≥80	30.27±7.06			
Spouse	No	29.44±6.74	1.23	.223	
	Yes	30.90±6.45			
Residence status	Alone	29.82±6.03	-0.44	.663	
	Family	30.35±7.01			
Religion	No	29.93±6.41	-0.33	.742	
	Yes	30.33±6.85			
Income (10000won)	<100	30.22±6.68	0.67	.506	
	≥100	28.20±5.07			
Perceived health status	Good(a)	34.96±5.37	19.79	<.001	c<b<a (Scheffe)
	Fair(b)	31.22±5.27			
	Poor(c)	26.42±6.46			

4. 대상자의 우울, 의존성, 동반질환, 수면과 삶의 질의 관계

변수들과 삶의 질과의 상관관계를 살펴보면, 주관적 건강인식($r=.51, p<.001$)은 통계적으로 유의한 다소 높은 양의 상관관계를 보여 주관적 건강인식이 좋을수록 삶의 질도 높았고, 의존성($r=-.26, p=.004$)에서 통계적으로 유의하지만 낮은 음의 상관관계를 나타내어 의존성이 높을수록 삶의 질은 낮았고, 우울($r=-.74, p<.001$)은 통계적으로 유의한 높은 음의 상관관계를 보여 우울수준이 높을수록 삶의 질은 낮았고, 수면($r=-.48, p<.001$)은 통계적으로 유의하면서 다소 높은 음의 상관관계를 나타내어 수면장애가 많을수록 삶의 질이 낮았다 (Table 4).

5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 삶의 질을 설명하는 예측변수를 규명하기 위해 상관관계에서 유의한 변수인 주관적 건강인식, 의존성, 수면, 우울을 대입하여 다중회귀분석을 실시하였다. 분석 결과, 우울이 통계적

으로 유의하게 나타났으며, 모형의 설명력을 나타내는 결정계수 $R^2=.57$ (Adj. $R^2=.54$)로 54%의 설명력을 나타냈고, 회귀모형은 $F=18.89$ ($p<.001$)로 통계적으로 유의하였다. 삶의 질에 영향을 미치는 우울의 상대적 영향력인 $\beta=-0.99$ ($p<.001$)이었다. 즉, 전체 예측 변수는 삶의 질의 변인으로써 54%를 설명하는 것으로 나타났고, 그 중에서 유의한 예측변수는 우울이었다(Table 5).

고찰

본 연구는 농촌지역 경증 치매노인을 대상으로 인구사회학적 특성, 동반질환, 의존성, 수면, 우울 등 관련요인을 중심으로 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 한 상관연구이다. 본 연구대상자의 삶의 질은 Logsdon 등[18]의 연구에서 알츠하이머 질환자의 삶의 질 평균 39.2 ± 4.7 점보다 낮았다. 또한 전국의 알츠하이머 질환자를 대상으로 한 김희진 등[10]의 연구에서 삶의 질 평균과 비슷하게 나타났다.

Table 4. Correlation among the variables

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Age	1								
2. Education	-.06	1							
3. Income	-.11	.29**	1						
4. Perceived health status	.13	.18*	.16	1					
5. Comorbidity	.23*	.32**	.06	-.07	1				
6. Dependence	.21*	-.01	-.06	-.14	.25**	1			
7. Depression	-.08	-.16	.06	-.56**	.05	.24**	1		
8. Sleep	-.09	-.04	-.02	-.57**	.14	.24**	.61**	1	
9. Quality of life	.04	.14	-.02	.51**	-.08	-.26**	-.74**	-.48**	1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Table 5. Factors influencing on the quality of life

(N=123)

Variables	β	t	p	R^2	Adj. R^2	F	p
Constant			<.001	.57	.54	18.89	<.001
Perceived health status	1.11	1.83	.071				
Dependence	-.14	-1.07	.288				
Depression	-.99	-7.41	<.001				
Sleep	.03	0.29	.776				

Logsdon 등[18]에서 서구노인들의 삶의 질 점수가 높은 것은 한국의 사회·문화적 환경과 복지 환경 수준의 차이로 인해 평균 수명의 10년 이상을 불건강 상태로 살아가는 우리나라 노인들이 서구 노인들에 비해 삶의 질이 상당히 낮은 수준으로 나타난 연구결과[22]와 일치한다. 또한 경증 치매노인이 인지하는 삶의 질은 다소 낮다는 결과와도 일치함을 알 수 있다[7]. 반면, 송민선 등[23]의 연구에서 농촌지역 치매노인의 삶의 질 평균 27.39점보다 높았다. 이는 농촌지역의 보건의료 환경이 지역 간 차이를 나타내고, 가족의 유대관계가 강한 우리나라의 문화적 배경을 토대로 배우자 등의 가족과 함께 사는 비율이 높은 본 연구 대상자들의 특성이 삶의 질에 영향을 미친 것으로 생각된다. 또한 학력 수준이 높더라도 인지기능의 제한에 따른 일상생활의 불편함 때문에 낮은 삶의 질을 나타낸다는 연구결과[7]에서 기존 연구의 대상자보다 연령과 교육수준이 다소 낮았던 본 연구대상자의 삶의 질과 일치함을 나타냈다. 높은 학력 수준으로 생활수준이 높아져 있다 노년기에 이른 자신의 실제 생활수준에 대하여 만족하지 못한다는 연구결과[24]와도 일맥상통한다.

본 연구결과 우울이 농촌지역 경증치매 노인의 삶의 질을 예측하는 유의한 영향 요인으로 나타났다. 이는 삶의 질과 가장 강하게 연관되어 있는 변수가 우울이고, 우울증상이 적을수록 높은 삶의 질을 나타낸다는 선행 연구결과[18]와 일치한다. 김희진 등[10]의 연구에서 본 연구 대상자의 우울 점수가 다른 경증 치매노인에 비해 높아 우울경향이 있음을 보여준다. 또, 선행연구에서 우울노인, 우울동반 치매노인, 치매노인 그리고 정상노인의 네 집단으로 구분하여 삶의 질을 비교하였는데 우울노인과 우울동반 치매노인이 치매노인과 정상노인에 비해 현저하게 낮은 삶의 질을 보고하는 것으로 나타나 삶의 질에서 우울이 중요한 변수임을 강조하였다[16]. 본 연구에서도 삶에 대한 개인적인 관점은 기분이나 정서에 의해 많은 영향을 받아 우울 정도가 높아질수록 삶을 부정적으로 지각한다는 결과를 나타내었다. 경증 치매노인의 낮은 삶의 질은 대상자의 우울 특성에서

기인한 것으로 추정할 수 있다. 또한 경증 치매노인의 우울이 치매로 인한 것인지, 기존에 우울이 있었던 경증 치매노인이었는지를 조사할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구에서 동반질환은 삶의 질에 영향을 미치지 않아 동반질환이 많을수록 삶의 질이 통계적으로 유의하게 낮은 연구결과[7]와 다른 결과를 나타냈다. 이는 만성질환과 같은 객관적 건강상태보다는 노인이 주관적으로 느끼는 건강에 대한 만족이 삶의 질을 예측한다는 선행 연구결과[25]와 일치한다고 보여진다. 경증 치매노인이 가지고 있는 동반질환의 비가역적 쇠퇴 과정과 변화하는 속성을 가지는 삶의 질을 고려할 때, 동반질환이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 결과는 분명하지 않고 상이하게 나타나는 것으로 사료된다. 그리고, 동반질환과 의존성이 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 동반질환과 의존성은 나이에 따라 증가하는 특성상 이를 확인할 필요가 있다고 생각된다.

의존성은 삶의 질과 상관관계를 보였지만, 유의한 영향을 미치는 변수로 나타나지는 않았다. 의존성을 고려하여 치매노인의 삶의 질을 높일 수 있다는 선행연구결과[15]와 다른 연구결과를 나타내었다. 의존성은 수면, 우울과 상관관계를 보였는데, 이는 수면문제와 우울이 건강의 악화로 이어져 다른 활동을 감소시켜 신체적 일상생활 능력의 의존성을 유발시키는 것으로 사료된다. 하지만, 일상생활 수행 의존성이 주관적인 건강과 관련된 삶의 질에 영향을 미치지 못하는 것은 연구 대상자들에게 있어 신체적인 의존성보다는 심리적인 우울이 더 강력한 영향을 미치기 때문에 회귀분석상의 설명력에서 배제되었다고 볼 수 있다.

수면도 삶의 질과 상관관계를 보였지만, 유의한 영향을 미치는 변수는 아니었다. 수면은 의존성, 우울과 상관관계를 나타냈다. 이는 기존 연구에서 수면장애가 있으면 삶의 질이 낮다는 연구결과[26]와 다른 결과를 보여주었다. 본 연구의 대상자인 경증 치매노인의 특성상 수면의 질이 저하되어 있어 우울이나 삶의 질 저하로 나타날 수 있지만, 이들에게는 수면이나 일상생활 수행 의

존성보다는 심리적인 우울 문제가 상대적으로 더 크기 때문에 다른 변수들의 영향력이 상쇄되었다고 사료된다. 또한 본 연구에서 수면의 질을 측정하기 위해 사용된 PSQI 설문지는 자기 보고형 설문지이기 때문에 실제 객관적인 환자의 증상을 측정할 필요가 있고, 수면의 평가와 치료에 있어서 수면 다원화검사와 같은 객관적인 도구가 함께 고려되어야 할 것이다.

일반적 특성 요인에서 연령은 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났고[27], 연령에 따른 삶의 질에 차이가 있다고 밝히기도 했다[28]. 본 연구결과에서는 연령이 삶의 질의 영향요인이 아니었으나, 연령에 따라 삶의 질은 다르고, 특히 75~79세와 70~74세의 삶의 질 차이를 확인하였다. 이는 연령 구분을 10년 단위나 평균 연령으로 본 선행연구와 달리 본 연구는 5년 단위 구분으로 경증 치매노인이 높은 비율을 차지하는 70대에서 미세한 차이가 나타난 것으로 사료된다.

주관적 건강인식이 좋을수록 삶의 질은 높다는 선행 연구 결과를 나타냈고[29], 본 연구결과, 주관적 건강인식에 따라 삶의 질은 다르고, 주관적 건강인식이 좋을수록 삶의 질 점수가 높음을 나타내어 선행 연구결과를 뒷받침하였다. 주관적 건강인식은 삶의 질과 상관성을 보였지만, 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것이다. 이는 주관적 건강인식이 자기 평가적 차원에서 전반적인 건강상태를 측정할 수 있는 신뢰 있는 자료임을 나타낸다는 선행연구결과[30]에 따라 주관적 건강인식이 삶의 질을 설명할 수 있는 변수이지만, 우울이 삶의 질을 설명하는 영향력이 크기 때문에 상쇄된 것으로 생각된다.

본 연구는 경증 치매노인을 대상으로 삶의 질에 대한 직접 측정이 가능하다는 연구결과[5]에 따라 경증 치매노인을 대상으로 연구를 진행하였고, 측정 대상에서조차 제외되었던 경증 치매노인의 삶의 질 측정이 가능하며 직접 자료조사를 통해 의미 있는 결과를 충분히 도출할 수 있다는 데에 의의가 있다고 본다. 이는 경증치매노인이라 하더라도 간결한 도구는 획득 할 수 있는 것으로 본 조사에서 확인 할 수 있었다는 점이 향후 연

구를 진행하는데 있어서 중요하다고 본다.

본 연구결과 우울이 농촌지역 경증치매 노인의 삶의 질을 예측하는 유의한 영향 요인으로 나타났다. 삶의 질은 자신의 삶에 대한 정서적이고 인지적인 평가로 측정되기 때문에 우울과 같은 심리적인 요소와 매우 관련성이 높아 개인적, 심리적 요인인 우울과 밀접한 관련성을 갖고 주요인으로서 작용한다고 볼 수 있다고 하겠다.

요 약

본 연구는 농촌지역 경증 치매노인의 삶의 질을 측정하고, 이들의 인구사회학적 특성, 주관적 건강인식, 동반질환, 의존성, 수면, 우울 등 대상자의 삶의 질에 관련된 요인들을 살펴본 상관연구로써, 대상자의 삶의 질 향상을 위한 여러 대안들을 위한 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시행하였다.

본 연구의 대상자는 본 연구의 수행에 동의한 충청북도 OO군 보건소에 등록된 65세 이상의 경증 치매노인으로, 대상자로부터 동의서를 받은 후 설문지를 이용하여 자료 수집을 하였다.

본 연구결과 농촌지역 경증 치매노인의 주관적 건강인식과 의존성, 수면, 우울이 삶의 질과 상관성을 보이는 것으로 나타났고, 우울은 삶의 질의 변인으로써 54%를 설명하는 것으로 나타났다. 결론적으로 삶의 질에 유의한 예측변수는 우울이었다.

위의 결과로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 우울의 원인을 파악하고, 그에 따른 지원정책을 분류하여 제공할 필요가 있다고 생각된다. 둘째, 대상자의 우울이 삶의 질에 영향을 주는 것으로 볼 때, 치매노인들의 정신적 건강상태에 따른 의료적 환경과 접근에 있어서 보다 더 용이한 환경이 되도록 보건소와 병원, 노인전문요양시설간의 지역사회내의 연계체계 구축을 통해 통합적 정신건강서비스를 제공할 필요가 있다고 생각된다. 특히 지역 간 보건의료자원의 불균형이 심한 농촌지역의 특성을 고려하여 보건소를 기점으로 보건지소나 보건진료소와 같은 공공보건의료체계를 포괄적이고 효

울적으로 보강할 것을 제언한다. 셋째, 본 연구는 일개 농촌지역에 국한되어 선정 기준에 맞는 대상자들만 연구에 포함시켰기 때문에 연구결과를 우리나라 전체 경증 치매노인에게 일반화시키는데 제한적이므로 연구지역을 확대할 것을 제언한다. 또한 경증치매 노인을 위해 개발되는 간결한 검증된 도구의 사용이 필요하다고 본다. 넷째, 경증 치매노인이 평균적으로 어느 정도의 우울을 동반하는지에 대한 후속 연구를 통해 치매정도를 고려한 인지향상 프로그램 외에 우울의 정도에 따른 개별화된 예방 중재 프로그램이 개발되어 장기적인 효과를 확인할 것을 제언한다.

REFERENCES

1. Kim KW, Kim HN, Ahn HY, Kim YJ, Hwang JE, Kim BN, et al. Korean dementia observatory 2016. Research Report. Sejong: National Institute of Dementia. *Ministry of Health and Welfare*. 2016 December. Report No.:NIDR-1603-0015 (Korean)
2. Jeon MS. A study on the effects of an integrative cognitive training program on the aged with mild dementia: Targeting elders in daycare. *Korean J of Geron Social Welfare* 2017;72(1):209-232 (Korean)
3. Song MS, Kim SK, Kim NC. A study on the correlation between elderly women's depression and physical fitness. *J Korean Bio Nur Science* 2011;13(1):37-43 (Korean)
4. Chun JD, Ryu SY, Han MA. Comparisons of health status and health behaviors among the elderly between urban and rural areas. *J Agric Med Community Health* 2013;38(3):182-194 (Korean)
5. Son HS, Park SJ. The study on quality of life-dementia. *J Public Welfare Admin* 2007;17(1):153-176 (Korean)
6. Shin HY. A preliminary study on korean version of the quality of life-alzheimer's disease (QOL-AD) in community-dwelling elderly with dementia. *J Prev Medicine and Public Health* 2006;39(3):242-248 (Korean)
7. Park SJ, Ko SH. The study on the rise in quality of life-dementia. *Korean J of Pub Admin* 2008;18(2):115-142 (Korean)
8. Berwig M, Leicht H, Gertz H. Critical evaluation of self-rated quality of life in mild cognitive impairment and alzheimer's disease-further evidence for the impact of anosognosia and global cognitive impairment. *J Nutrition, Health & Aging* 2009;13(3):226-230
9. Kang JS, Jeong IH, Yang JH. Effects on senior fitness, cognitive function and daily living activity of female elderly with light dementia by continuous and intermittent exercises. *J the Korea Acad Industrial Cooperation Society* 2010;11(11):4234-4243 (Korean)
10. Kim HJ, Moon SY, Kim SY. Assessment of the quality of life in patients with alzheimer's disease. *J the Korean Neur Association* 2008;26(4):308-313 (Korean)
11. Kim YO, Shim MS. Cognitive functions, instrumental activities of daily living, depression and quality of life in the elderly with mild cognitive impairment. *J Korean Public Health Nurs* 2015;29(2):219-230 (Korean)
12. Stern Y, Albert SM, Sano M, Richards M, Miller L, Folstein M, et al. Assessing patient dependence in alzheimer's disease. *J Gerontology* 1994;49(5):M216-M222
13. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *International J Chronic Diseases* 1987;40(5):373-383
14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The pittsburgh sleep quality index: A new

- instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989;28(2): 193-213
15. Kim EJ. Factors influencing care dependency in patients with dementia. *J Korean Society of Nurs Science* 2003;33(6):705-712 (Korean)
 16. Scocco P, Fantoni G, Caon F. Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: Comparing proxy and physician perspectives. *J Age and Ageing* 2006;35(2):166-171
 17. Kim CH, Jung JE, Chang MS, et al. The effect of sleep on quality of life in cognitively impaired elder. *J Sleep Medicine* 2008;5(2):82-88 (Korean)
 18. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Jf Psych Medicine* 2002;64(3):510-519
 19. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psych Research* 1983;17(1):37-49
 20. Cho MJ, Bae JN, Suh GH, Hahm BJ, Kim JK, Lee DW, et al. Validation of geriatric depression scale, korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsych Association* 1999;38(1):48-63 (Korean)
 21. Brickman AM, Riba A, Bell K, Marder, K, Albert M, Brandt J, et al. Longitudinal assessment of patient dependence in alzheimer disease. *Archives of Neurology Journal* 2002;59(8):1304-1308
 22. Marrelli M, Tanner K. Recognizing late-life depression: Why is this important for nurse in the setting. *Geriatric Nursing Journal* 2005;26(3):145-149
 23. Song MS, Choi CH. Study of difference on activities of daily living and quality of life of dementia patients reported by dementia patients and caregivers. *Korean J Oriental Physiology & Pathology* 2012;26(3):386-391 (Korean)
 24. Shin SI, Kim YH. A meta-analysis on related variables of elders' quality of life. *Korean J Counseling* 2013;14(6):3673-3690 (Korean)
 25. Campbell A. Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 1976;31(2): 117-124
 26. Lee SY. The effect of aromatherapy hand massage on cognitive function, sleep disturbance and problematic behaviors of elderly with dementia. *J Korean Clinical Nurs Research* 2008;14(2):115-126 (Korean)
 27. Kang LJ. The effects of related factors on quality of life for the elderly. *J Korean Home Management Association* 2008;26(5): 129-142 (Korean)
 28. Kim HR, Oh K, Oh KO, Lee SO, Lee SJ, Kim JA, et al. Quality of life in low income korean aged. *J Korean Society of Nurs Science* 2008;38(5):694-703 (Korean)
 29. Wegner C, Luy M. Determinants of general health status and specific diseases of elderly women and men: A longitudinal analysis for Western and Eastern Germany. *Vienna Institute of Demography Working Paper* 2009;05
 30. Cockerham WC, Rütten A, Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles. *The Sociological Quarterly Journal* 1997;38(2): 321-342