

## 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 비교

정 영 미<sup>1)</sup> · 김 주 희<sup>2)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

우리나라는 2000년을 기점으로 65세 이상 노령 인구가 총 인구의 7%를 상회하는 고령화 사회(aged society)에 돌입하였으며, 65세 이상 노인 단독가구 증가율이 크게 높아져 가족과 떨어져 혼자 사는 노인은 1985년 6.6%에서 1995년 13.2%로 10년 사이 두 배로 늘어가고 있는 실정이다(Korea National Statistical Office, 2000). 이런 사회현상은 최근 1세대 가구나 독신가구의 비율이 상대적으로 증가하는 전반적인 가족구조적 변화를 부분적으로 반영하는 것으로 노인 단독가구가 과도기의 일시적인 현상이 아니며, 하나의 가족형태로 자리잡고 있다는 것을 반영한다.

노화로 나타나는 두드러진 정신기능 변화로는 지적능력 감퇴, 감각기능 감퇴, 감정반응의 둔화, 인격변화, 그리고 우울 경향의 증가 등을 들 수 있다. 노인의 지적능력 감퇴와 감각기능 감퇴는 인지적 기능의 장애를 말하며, 인지기능 장애는 기억의 감소로 시작되어 계산착오, 지남력 장애, 판단력 장애와 이해능력 장애를 나타내고 우울과 불안으로 감정적 안정성이 약해진다(Yoon, 1996). 노인들중에서도 가족과 분리되어 독립된 가구로 생활하고 있는 단독가구 노인들의 문제는 특별한 외부 지원체계가 없는 상태에서 스스로의 욕구를 해결해 나갈 수 없는 경우 결정적인 어려움에 직면하게 된다. 또한 일상생활에 있어 도움을 받을 수 있는 지지망과 건강을 유지하기 위한 행위로서의 건강행위이행이 매우 취약한 집단

이라고 볼 수 있다(Kim, 1997). 따라서 노화에 따른 인지기능 변화와 더불어 노인의 신체적, 심리적 건강을 연구하는 것은 매우 의미있는 일이라고 할 수 있다.

실제적으로 단독가구 노인의 상당수가 자녀들과 별거하여 생활하는데 대한 어려움을 지적하고 있으며, 쓸쓸하거나 외로움을 느낄 때, 건강이 좋을 때 단독가구의 생활이 힘이 든다고 하였다. 이러한 스트레스가 지속되면 노년기에 우울을 초래하여 노인의 정신건강뿐만 아니라 신체건강의 약화를 가져와 노년기 삶의 질에 부정적인 결과를 가져오게 된다(Lee & Kim, 1999). 독거노인의 건강문제는 주로 고독과 어려움이라는 정신적인 문제도 있지만 이들에게는 돌봄 제공자가 가까이 없음으로 인한 영양불량이나 주거환경이 지지부진하고 개인위생이 불량한 것도 하나의 요인이 될 수 있다. 노인에게 영양평가가 강조되어야 하는 이유는 신체질환, 우울, 치매, 혼자 사는 삶, 낮은 소득 등의 원인으로 영양불량의 유병률이 높으며, 영양결핍은 질병의 이환율을 높이고 기존의 질병의 예후를 나쁘게 하여 노인의 건강악화 및 국민의료비의 증가를 일으키게 된다(Cho, Oh, Kim, Kim, Park, Lee & Yoo, 1997). 또한 독거노인은 부부가 함께 사는 노인에 비해 영양상태 불량 및 신체건강 악화(Joo & Yoon, 1993)와 더불어 독거노인 증가는 일반적인 노화현상에 따른 노인문제에 부가하여 사회적 부담감의 증가요인이 된다(Choi, 1998). 노인단독가구나 독거노인가구는 노년기의 일반적인 가구 형태중의 하나로써 전환되어간다는 점에서 아들에 대한 노인복지정책은 노인단독가구의 독특한 욕구나 현재의 생활실태 및 미래의 전환방향에 맞게 시행되어야 할 것이다(Lee, Lee & Kim,

주요어 : 인지기능, 영양상태, 우울, 동거유형

1) 한양대학교 간호학과 시간강사, 2) 한양대학교 간호학과 교수

투고일: 2003년 12월 23일 심사완료일: 2004년 5월 4일

2000).

노인에게 흔히 볼 수 있는 정신건강문제는 근심, 걱정, 더 나아가 우울증이 생길 수 있는데 이것은 노인의 고독과도 연관이 있으며, 인생에 대한 허무감이 생기고 자살로 연결될 우려도 있다(Choi, 1997). 노인들의 주관적 안녕감에 우울수준이 가장 큰 영향을 미치고, 여가만족도, 신체증상, 가족결속력, 경제, 건강수준, 부부 또는 가족과의 동거여부, 배우자 유무가 영향을 미친다(Kim, Kim, Kim, Lee & Kim, 1999). 또한 독거노인을 대상으로 우울에 영향을 미치는 요소는 일상생활활동, 자녀수, 질병순으로 영향을 미친다(Kim & Jung, 2002). 우울한 노인과 우울하지 않은 노인을 비교하였을 때 우울한 노인에서는 기억력 부족과 같은 인지장애가 52%인데 반해 우울하지 않은 노인은 13%로 낮았다고 보고하였다(Raskin & Rae, 1981). 특히 대인관계가 극히 제한적인 독거노인인 경우 가족과 함께 거주하는 일반노인에 비해 우울과 같은 정신건강이 더 잘 생길 수 있으며, 사회생활참여 유도와 가정방문, 상담과 같은 심리적 간호가 매우 필요하다고 할 수 있다.

선행연구를 살펴보면 독거노인의 건강상태와 삶의 질(Kim & Jung, 2002), 영양불량의 위험도(Lee, Lee & Kim, 2000), 주거환경, 생활만족도, 일상생활활동, 간호요구도, 자아존중감, 가족관계(Lee, 2003; Cho, 2002; Kim, 1999; Yoon & Lee, 1997) 등과 일반노인의 인지기능, 일상생활활동, 영양상태(Kim & Jung, 2001) 등이 조사되었다. 그러나 이는 다양한 가족구성을 가지고 있는 노인의 간호요구를 조사하기보다는 특정한 노인집단의 요구도를 파악하여 다른 집단에 속한 노인에게 연구결과를 적용하는데에는 한계가 있는 것으로 사료된다. 따라서 본 연구자는 동거유형에 따라 노인을 독거노인, 부부동거노인, 자녀동거노인으로 세분화하여 노인의 인지기능, 영양상태, 우울 정도가 어떻게 다른지를 비교분석함으로써 동거유형에 따라 노인의 건강관련정책과 간호사업이 다양하게 이루어지고 노인의 건강증진을 위한 중재프로그램시 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

### 연구목적

본 연구는 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울 정도를 비교해봄으로써 다양한 동거유형을 구성하는 노인을 위한 개별적인 간호접근을 위한 근거자료를 제시하고자 시도되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 동거유형에 따른 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자의 동거유형에 따른 인지기능, 영양상태, 우울의 차이를 확인한다.
- 대상자의 인지기능, 영양상태, 우울과의 관계를 알아본다.

### 용어정의

- 인지기능 : 개인이 지능을 이용하여 당면문제를 해결하는 정도를 말하며(Song, 1991), 본 연구에서는 한국판 MMSE-K(Mini Mental State Examination - Korea)로 측정된 점수를 말한다. 최저 0점, 최고 30점의 가능한 점수에서 점수가 높을수록 인지기능이 높다는 것을 의미한다.
- 영양상태 : 개인이 건강상태를 유지하고 신체활동을 수행할 수 있도록 하기 위하여 필요한 영양소를 적절하게 섭취할 수 있는 상황을 말하며(Kim & Park, 2000), 본 연구에서는 NSI(Nutrition Screening Initiative, 1998)에서 영양불량상태의 위험을 확인하기 위해 개발한 도구를 Kim과 Jung(2002)이 한국 실정에 맞게 수정한 도구로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 고위험 영양상태를 의미한다.
- 우울 : 개인이 받는 환경자극과 개인특성에 따라 나타나는 부정적인 정서반응을 말하며(Song, 1991), 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage(1986)의 노인우울척도로 측정된 점수를 말하며, 점수가 높을수록 우울이 심하다는 것을 의미한다.

### 연구 방법

#### 연구설계

본 연구는 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울의 정도를 비교분석한 비교조사연구(comparative survey study)이다.

#### 연구대상

본 연구의 대상은 S시에 거주하고 있는 만 60세 이상의 노인을 대상으로 하였으며, 독거노인집단은 혼자 살고있는 노인, 부부동거노인집단은 부부만 같이 살고 있는 노인, 자녀동거노인집단은 며느리거나 기혼자녀와 함께 살고 있는 노인으로 구분하였다.

#### 연구도구

- 인지기능 : 개인이 지능을 이용하여 당면문제를 해결하는 정도를, 한국판 MMSE-K(Mini Mental State Examination-Korea)를 사용하였으며, 총 12문항으로 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 등으로 구성되어있다. 최고 점수는 30점으로 19점 이하를 치매군으로 분류하며, 20-24점은 치매의심군, 25점 이상은 정상군으로 간주한다(Park & Kwon, 1989). 본 연구에서의

도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 이었다.

- 영양상태 : 영양불량상태의 위험을 확인하기위해 NSI (1998)는 대중인식 체크리스트를 개발하였는데, 총 10문항으로 구성내용은 질병, 불량한 식사, 치아손실/구강통증, 경제적 어려움, 감소된 사회적 접촉, 복합 약물복용, 비의도적인 체중감소/증가, 자가간호에 보조가 필요, 고연령 등에 관한 내용이 포함되었으며, 자신의 영양점수를 합산하여 세 단계의 영양상태로 구분하였다. 총 점수는 21점이며, 0-2점은 좋은 영양상태, 3-5점은 중정도 영양상태, 6점 이상은 고위험 영양상태이며(Nutrition Screening Initiative, 1998), 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75였다.
- 우울 : Sheikh와 Yesavage(1986)가 개발한 노인우울척도는 총 15문항으로 문항은 '예', '아니오'로 구성되어있다. 최고점수는 15점이며, 5점 이상은 우울상태로 간주하며(Sheikh & Yesavage, 1986), 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86이었다.

자료수집 기간 및 방법

자료수집은 2003년 3월부터 6월까지 3개월간 S시에 거주하는 노인집단을 대상으로 하였으며, 조사방법은 연구자와 훈련을 받은 조사원이 복지관과 경로당에 나오는 노인과 가정방문을 하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 구한 뒤 구조화된 질문지를 이용하여 자료수집하였다. 한글 해독능력이나 질문

지 해독능력이 떨어지는 노인일 경우 설문지 내용을 읽어주고 자료를 수집하였다.

자료분석

대상자의 일반적 특성과 연구변수에 대한 세 집단간의 비교를 위해  $\chi^2$ -test, ANCOVA, Scheffé test를 사용하였다. 또한 변수간의 관계를 분석하기 위해 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

전체 대상자 173명중 일반적 특성 및 그 특성들에 따른 세 집단간의 차이는 <Table 1>과 같다. 성별에서 독거노인집단은 남자노인이 10명(19.2%), 여자노인이 42명(80.8%), 부부동거노인집단은 남자노인이 14명(29.2%), 여자노인이 34명(70.8%), 자녀동거노인집단에서는 남자노인이 10명(13.7%), 여자노인이 63명(86.3%)으로 세 집단 모두 여자노인이 대부분을 차지하였다.

연령에서는 독거노인집단에서는 60-69세가 23명(44.2%), 70-79세가 24명(46.2%)이었으며, 부부동거노인집단과 자녀동거노인집단에서는 60-69세가 29명(60.4%), 34명(46.6%)으로

<Table 1> General characteristics of subjects

Characteristics	Class	Type 1	Type 2	Type 3	$\chi^2(p)$
		N(%)	N(%)	N(%)	
Gender	Men	10(19.2)	14(29.2)	10(13.7)	4.39(.111)
	Women	42(80.8)	34(70.8)	63(86.3)	
Age(year)	60 - 69	23(44.2)	29(60.4)	34(46.6)	8.27(.082)
	70 - 79	24(46.2)	19(39.6)	29(39.7)	
	> 80	5( 9.6)	0( 0 )	10(13.7)	
Education level	Illiteracy	31(59.7)	11(23.0)	18(24.7)	22.29(.001)
	Elementary school	10(19.2)	13(27.0)	25(34.2)	
	Middle school	5( 9.6)	8(16.7)	12(16.4)	
	High school	6(11.5)	16(33.3)	18(24.7)	
Religion	None	13(25.0)	19(39.6)	16(21.9)	12.58(.127)
	Buddism	20(38.5)	15(31.3)	33(45.2)	
	Protestant	12(23.0)	13(27.1)	18(24.7)	
	Catholic	7(13.5)	0( 0 )	5( 6.8)	
	Other	0( 0 )	1( 2.0)	1( 1.4)	
Monthly income (thousand won)	< 100	12(23.1)	3( 6.3)	6( 8.2)	27.19(.000)
	100 ≤ ~ < 200	21(40.4)	7(14.6)	32(43.8)	
	200 ≤ ~ < 300	10(19.2)	13(27.1)	17(23.3)	
	≥ 300	9(17.3)	25(52.0)	18(24.7)	
Present disease	Yes	44(84.6)	38(79.2)	57(78.1)	.87(.644)
	No	8(15.4)	10(20.8)	16(21.9)	

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

60대가 가장 많았다. 교육수준에서는 독거노인집단은 무학이 31명(59.7%)으로 가장 많았으며, 부부동거노인집단은 고등학교 졸업이 16명(33.3%), 그 다음 초등학교 졸업이 13명(27.0%)이었으며, 자녀동거집단에서는 초등학교 졸업이 25명(34.2%)으로 가장 많았고 그 다음이 무학과 고등학교 졸업이 각각 18명(24.7%)으로 그 뒤를 따랐으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=22.29, p=.001$ ).

종교에서는 독거노인집단과 자녀동거노인집단에서 불교가 각각 20명(38.5%), 33명(45.2%)으로 가장 많았고 부부동거노인집단에서는 무교가 19명(39.6%)으로 가장 많았다. 한달 수입에서는 독거노인집단은 10만원에서 20만원 사이가 21명(40.4%), 10만원 미만인 12명(23.1%)이었고 부부동거노인집단은 30만원 이상이 25명(52.1%), 20만원에서 30만원 사이가 13명(27.1%)이었으며, 자녀동거노인집단에서는 10만원에서 20만원 사이가 32명(43.8%), 30만원 이상이 18명(24.7%), 20만원에서 30만원 사이가 17명(23.3%)으로 수입면에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=27.19, p=.000$ ). 또한 현재 가지고 있는 질병유무에서 있다라고 대답한 경우가 독거노인집단에서는 44명(84.6%), 부부동거노인집단에서는 38명(79.2%), 자녀동거노인집단에서는 57명(78.1%)으로 대부분의 노인이 질환에 노출되어 있는 것으로 나타났다.

**인지기능 분석**

세 집단의 동질성 검증에서 교육수준과 한달 수입에서 유의한 차이를 보여 이를 공변량으로 한 세 집단의 MMSE-K 점수를 비교한 ANCOVA 결과는 <Table 2>와 같다. 독거노인 집단은 평균 21.50점, 부부동거노인집단은 평균 26.41점, 자녀동거노인집단은 평균 25.13점으로 세 집단간에 통계적으로 유

의한 차이를 나타냈다( $F=15.44, p=.000$ ). Scheffé test로 사후검정한 결과 부부동거집단( $M=26.41, SD=.5.57$ )과 자녀동거집단( $M=25.13, SD=4.24$ )이 독거노인집단( $M=21.50, SD=5.57$ )보다 인지기능점수가 높았다. 또한 한국판 MMSE-K에서 19점 이하를 치매노인군, 20점에서 24점을 치매의심군, 25점 이상을 정상 노인군으로 분류했을 때, 독거노인집단은 19점 이하가 19명(36.5%), 20-24점이 14명(26.9%), 25점 이상이 19명(36.5%)을 차지하였다. 또한 부부동거와 자녀동거노인집단에서는 25점 이상이 각각 38명(79.2%), 48명(65.87%)으로 정상군이 대부분을 차지하였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=27.34, p=.000$ )<Table 3>.

**영양상태 분석**

<Table 2>에 제시된 것과 같이 세 집단의 영양상태 점수는 0-21점 범위내에서 독거노인집단이 평균 8.84점, 부부동거노인집단이 평균 4.45점, 자녀동거노인집단이 평균 3.67점으로 교육수준과 한달수입을 공변량으로 한 ANCOVA로 분석한 결과 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $F=16.03, p=.000$ ). 영양상태는 점수가 높을수록 고위험상태를 말하는데, Scheffé test로 사후검정한 결과 독거노인집단이 다른 두 집단보다 영양상태가 불량한 것으로 나타났다. 또한 영양상태를 세부적으로 나타낸 결과는 <Table 4>에 제시되었다. NSI (1998)는 총 영양점수가 0-2점 사이를 좋은 영양상태, 3-5점은 중정도 영양상태, 6점 이상을 고위험 영양상태로 분류했는데 독거노인집단은 6점 이상이 38명(73.1%)으로 가장 많아 대상자 대부분이 영양상태가 불량한 것으로 나타났다. 또한 부부동거노인집단은 0-2점이 21명(43.8%), 3-5점이 11명(22.9%), 6점 이상이 16명(33.3%)이었으며, 자녀동거 노인집단은 0-2점

<Table 2> Comparison of MMSE-K, nutrition and depression according to living situations

	MMSE-K			Nutrition			Depression		
	M(SD)	Scheffé	F(p)	M(SD)	Scheffé	F(p)	M(SD)	Scheffé	F(p)
Type 1	21.50(5.57)			8.84(5.10)			9.71(4.21)		
Type 2	26.41(2.62)	1<(2,3)	15.44	4.45(4.06)	1>(2,3)	16.03	5.83(3.05)	1>(2,3)	21.81
Type 3	25.13(4.24)		(.000)	3.67(3.04)		(.000)	5.80(3.96)		(.000)

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

\* covariate : education level, monthly income

<Table 3> The level of MMSE-K according to living situations

MMSE-K	Type 1	Type 2	Type 3	Total	$\chi^2(p)$
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
below 19	19( 36.5)	2( 4.2)	8( 11.0)	29( 16.8)	27.34(.000)
20-24	14( 27.0)	8( 16.6)	17( 23.2)	39( 22.5)	
above 25	19( 36.5)	38( 79.2)	48( 65.8)	105( 60.7)	
	52(100.0)	48(100.0)	73(100.0)	173(100.0)	

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

<Table 4> The level of nutritional status according to living situations

Nutritional status	Type 1	Type 2	Type 3	Total	x <sup>2</sup> (p)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
0-2	6( 11.5)	21( 43.8)	30( 41.1)	57( 32.9)	28.50(.000)
3-5	8( 15.4)	11( 22.9)	22( 30.1)	41( 23.7)	
above 6	38( 73.1)	16( 33.3)	21( 28.8)	75( 43.4)	
	52(100.0)	48(100.0)	73(100.0)	173(100.0)	

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

이 30명(41.1%), 3-5점이 22명(30.1%), 6점 이상이 21명(28.8%)으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x<sup>2</sup>=28.50, p=0.000)<Table 4>.

### 우울 분석

노인의 우울정도를 비교한 결과는 <Table 2>와 같다. 5점 이상을 우울상태라고 판단할 때 (Sheikh & Yesvage, 1986), 독거노인집단은 평균 9.71점이며, 부부동거와 자녀동거노인집단은 각각 5.83점, 5.80점으로 세 집단 모두가 우울한 상태로 나타났으며, ANCOVA로 분석한 결과 집단간에 유의한 차이를 보였다(F=21.81, p=0.000). Scheffé test로 사후검정한 결과 독거노인집단이 다른 두 집단보다 우울정도가 더 높았다. 또한 정상군과 우울군의 분포를 보았을 때 독거노인집단은 정상군이 6명(11.5%), 우울군이 46명(88.5%)이었으며, 자녀동거노인집단은 정상군이 15명(31.2%), 우울군이 33명(68.6%), 자녀동거노인집단은 정상군이 34명(46.6%), 우울군이 30명(53.4%)으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x<sup>2</sup>=17.20, p=0.000)<Table 5>.

### 인지기능, 영양상태, 우울간의 관계분석

인지기능, 영양상태, 우울간에 상관관계를 분석한 결과, 전체노인집단에서 인지기능과 우울과는 역상관관계(r=-.574, p=.000)가, 인지기능과 영양상태는 역상관관계(r=-.404, p=.000)가, 영양상태와 우울은 순상관관계(r=.468, p=.000)가 있는 것으로 나타났다<Table 6>. 영양상태는 점수가 높을수록 고위험 영양상태를 말하는데, 인지기능이 높을수록 영양상태는 좋으며, 우울감은 낮고, 영양상태가 불량할수록 우울 또한 높은

것으로 나타났다. 독거노인집단인 경우 인지기능과 역상관관계를 나타낸 것은 우울(r=-.443, p=.001), 영양상태(r=-.347, p=.012)이었고 영양상태와 우울은 순상관관계를 나타내었다(r=.356, p=.010). 즉 인지기능이 높을수록 우울감은 낮고 영양상태가 좋았으며, 우울감이 높을수록 영양상태 또한 불량한 것으로 나타났다. 또한 부부동거노인집단에서는 변수간의 관계가 독거노인집단과 유사한 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 관계를 나타내지는 않았다. 또한 자녀동거노인집단에서는 인지기능은 우울(r=-.574, p=.000)과 영양상태(r=-.404, p=.000)에서 역상관관계를 나타내었고 영양상태는 우울과 순상관관계(r=.396, p=.001)를 나타내었다.

<Table 6> The relationships between MMSE-K, nutritional status and depression

	Class	Depression	Nutritional status
		r(p)	r(p)
MMSE-K	Type 1	-.443(.001)	-.347(.012)
	Type 2	-.249(.088)	-.105(.476)
	Type 3	-.624(.000)	-.392(.001)
	Total	-.574(.000)	-.404(.000)
Nutritional status	Type 1	.356(.010)	
	Type 2	.226(.123)	
	Type 3	.396(.001)	
	Total	.468(.000)	

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

### 논 의

대상자의 성별분포에서 세 집단 모두가 여성노인이 대부분을 차지하고 있는데, 이는 KNSO(2000)가 노인의 평균수명을 조사한 결과 남자는 70.6세, 여자는 78.1세로 나타난 것과 비

<Table 5> The level of depression according to living situations

Depression	Type 1	Type 2	Type 3	Total	x <sup>2</sup> (p)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
0-4	6( 11.5)	15( 31.2)	34(46.6)	55(31.8)	17.20(.000)
above 5	46( 88.5)	33( 68.8)	39(53.4)	118(68.2)	
	52(100.0)	48(100.0)	73(100.0)	173(100.0)	

\* Note: Type 1 = Living alone, Type 2 = Living with spouse, Type 3 = Living with children

교해볼 때, 남녀간의 성비의 차가 연령이 많을수록 현저하게 차이가 나타난다는 현상을 반영한다고 볼 수 있다. 또한 한달 수입에서 세 집단간에 유의한 차이를 보였는데, 독거노인집단이 다른 두 집단에 비해 낮은 수입양상을 보이는 것은 혼자 살고 있는 노인 대부분이 가족의 경제적 지원보다는 혼자 생활을 꾸려나가면서 어렵게 생활해나가거나 생활보호대상으로 선정되어 정부지원에 의존하여 생계를 유지하는 저소득층 노인이기때문이라고 생각된다. 또한 질병여부에서는 세 집단 모두에서 노인 대부분이 질병을 지니고 있다고 응답하였는데, 이는 독거노인집단을 대상으로 76.7%의 노인이 질병을 가지고 있다고 조사한 Kim(1999)과 대상자의 2/3가 건강상태가 좋지 않다고 인지한 Lee(2003)의 연구결과와 유사하며, 일반노인집단을 대상으로 약 70%의 노인이 질병을 가지고 있다고 조사한 Kim과 Jung(2002)의 연구와 유사한 것을 볼 수 있었다. 따라서 노화에 따른 만성 질환 1가지 이상을 가지고 있는 노인에게서 건강관리와 교육이 세 집단 모두에게서 이루어져야 할 것으로 생각된다.

노인의 지적능력 감퇴와 감각기능 감퇴는 인지적 기능의 장애를 말하며, 인지기능 장애는 기억의 감소로 시작되어 계산착오, 지남력장애, 판단력장애와 이해능력 장애를 나타내고 우울과 불안으로 감정적 안정성이 약아진다(Yoon, 1996). 본 연구에서 인지기능은 MMSE-K로 측정하였는데, 독거노인집단이 평균 21.50점으로 부부동거노인집단 26.41점, 자녀동거노인집단 25.13점에 비해 통계적으로 유의하게 낮은 결과를 보였다. 이는 국내에서 보고된 독거노인의 인지기능 26.25점(Kim & Jung, 2002)보다는 낮았으며, 재가노인을 대상으로 한 연구의 인지기능 25.52점과 26.16점(Kim & Jung, 2001; Kim, Bae, Lee & Cho, 1998)과는 유사하였다. 부부동거와 자녀동거노인집단은 인지기능이 정상인 반면에 독거노인집단이 인지기능 점수에서 낮은 것은 사회와 동떨어진 고립생활로 인한 자극과 감각의 결여, 단순한 생활의 반복과 무료함, 가족간의 유대관계저하 등의 요인이 작용한 것으로 사료된다. 또한 치매군으로 분류되는 19점 이하가 전체 노인집단중 29명이 이에 해당되었으며, 이중 19명이 독거노인집단으로 나타나 가족이 없는 노인에 대한 관리가 지역사회에서 체계적으로 이루어져야 함을 알 수 있었다.

영양상태는 독거노인이 평균 8.84점으로 다른 두 집단에 비해 현저하게 높아 고위험상태인 것으로 나타났다. 이는 노인가구가 자녀동거가구보다 영양소 섭취가 적게 나온 것과(Kim & Park, 2000), 독거노인의 영양상태가 평균 7.86점으로 나와 불량한 상태인 것(Kim & Jung, 2002)으로 나타난 연구결과와 유사하다. Biggs와 Freed(2000)는 가족이 노인의 영양상태를 파악할 수 있는 주요한 근원이라고 하였다. 즉 노인은 신체적, 심리적 노화로 인해 스스로 음식을 만들기 어려워 주로

같이 동거하고 있는 자녀의 도움을 받아 필요한 영양소를 섭취하며, 따라서 노인은 함께 거주하는 가족과 비슷한 식생활 양상을 보이게 된다. 그러나 혼자 사는 노인인 경우 경제적인 빈곤과 거동이 불편한 신체로 인해 음식을 조리하기가 어렵고 외로움과 가족의 지지부족은 규칙적인 식사와 다양한 영양소 섭취를 하지못하게 하는 요인이 되는 것을 알 수 있었다. 또한 조리기구의 부족, 치아불량, 만성질환 등은 노인의 영양상태를 더욱 불량하게 만드는 요소들이다. 또한 부부동거와 자녀동거노인집단에서도 고위험 영양상태가 각각 16명, 21명으로 나타난 것은 가족이 함께 거주함에도 불구하고 노인의 영양관리가 제대로 이루어지지 않고 있다는 점을 나타내 주고 있다. 즉 부부동거와 자녀동거노인집단에서는 하루 3회, 규칙적인 식사가 독거노인집단보다 잘 이루어지고 있지만 대부분이 음식의 양이나 종류를 변화시켜야하는 만성질환을 지니고 있었으며, 치아와 구강문제를 지녀 소화에 어려움을 가졌고, 자녀동거노인집단인 경우는 동거하는 가족이 있으나, 자녀의 학교나 직장 등으로 주로 혼자서 식사하기 때문에 귀찮아서 굶거나 제대로 차려먹지 못하는 점 등이 고위험 영양상태의 요인이라고 생각된다. 따라서 노인의 가족동거유형, 질병, 경제적인 여건, 나이, 신체적 건강상태 등을 고려한 영양교육과 저소득층 노인가구에 대해 무료식사공급 확대, 반찬 서비스 배달, 영양상태를 파악할 수 있는 정기적인 신체검진 등과 같은 노인복지정책이 이루어져야 할 것이다.

노인들은 노령화에 따른 여러 가지 스트레스들, 예를 들어 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 일상생활에 대한 자기통제의 불능, 지나는 세월에 대한 후회 등으로 인하여 우울경향을 경험하기 쉽다(Yoon, 1996). 본 연구에서 우울은 독거노인집단이 평균 9.71점으로 다른 두 집단에 비해 유의하게 우울이 높은 것으로 나타나 독거노인을 대상으로 한 우울을 조사한 연구(Kim & Jung, 2002)에서 우울이 평균 7.30점과 비교해볼 때 본 연구의 독거노인집단이 우울이 더 높은 것으로 나타났으며, 이는 사별로 인한 배우자의 상실이 우울증의 중요한 요소로 나타난 국내 연구보고(Kim, Lee, Jung & Kwak, 1998)와 유사하였다. 또한 전체노인중 118명(68.2%)이 우울군으로 분류되는 5점 이상에 해당되어 연령증가에 따른 우울경향이 노인에게 일반적인 현상이라는 것을 나타내었고 이는 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 만성질환, 인지기능장애 등의 요소가 우울과 관련있다는 연구(Kim, Lee, Jung & Kwak, 1998)에서와 같이 노인의 우울을 최소화시키거나 예방하는 차원에서의 심리적인 간호가 경로당, 보건소, 노인대학, 복지관 등 다양한 장소에서 이루어져야하며, 가족이 없는 독거노인은 일대일 자매결연이나 지지모임에 참여할 수 있는 동기부여를 통해 노인의 정신건강을 향상시켜야 할 것으로 생각된다.

전체 노인집단에서 인지기능은 영양상태와 우울과는 역상관 관계를, 영양상태는 우울과 순상관관계를 나타내었다. 이는 인지기능이 좋을수록 영양불량과 우울이 낮은 것이며, 영양상태가 불량할수록 우울이 증가하는 것을 의미한다. 이는 인지기능이 중등도 이상으로 나쁜 경우, 일상생활능력에 장애를 지닌 것으로 나타난 연구결과(Kim et al., 1998)와 비교해볼 때, 인지기능장애가 일상생활을 영위할 수 없게 하여 식사준비나 노인의 기분상태에 영향을 주는 것으로 생각된다 또한 우울증은 식욕감소, 음식을 장만하고 조리하는데의 관심결여, 단조로운 메뉴의 식사, 여러가지 약물복용등 사회적 고립과 관련이 있어 식생활에 영향을 준다(Rozzini, Biabchetti & Carabellese, 1988). 즉 우울은 신체활동 및 기분의 저하, 일상생활의 동기부여 결여등과 같은 문제를 초래하며, 이로 인한 부적절한 영양섭취는 노인의 영양결핍을 초래하여 기존에 가지고 있는 만성질환 악화나 새로운 질환의 이환, 수분 및 전해질 불균형 악화 등과 같은 신체적 증상으로 발전되기 쉬우므로 노인의 정서적인 지지가 절실히 요구되는 것으로 나타났다. 또한 심리적 건강상태를 유지하기 위해서는 노인의 인지기능이 노화에 따라 점차 감소하는 것을 최소화하거나 현재의 수준으로 유지될 수 있도록 인지기능장애의 조기발견이나 예방이 필요하며, 신체적 건강을 유지할 수 있는 적절한 영양상태를 유지하고 노인의 지적능력에 맞는 건강정보 제공과 심리적 안정을 유지할 수 있는 성직자나 상담가 의뢰와 같은 복지차원의 간호서비스가 제공되어야 할 것으로 생각된다.

이상의 결과에서와 같이 노인집단중 독거노인집단은 건강위험에 노출된 것으로 조사되었다. 독거노인가구는 노인부부가구나 기타 노인가구보다 높은 질병이환율을 나타내고 예방가능한 원인에 의한 가정내에서의 불의의 사망률도 높게 나타났다. 또한 혼자서 모든 것을 해결해야하는 독거노인의 실생활에 있어서 건강은 그들 최대의 관심사이자 삶 그 자체인 것이다(Kim, 1997). 실제로 본 연구에서 조사된 독거노인 대부분이 생활보호대상자나 저소득층 노인이었으며 부부동거나 자녀동거노인집단보다 주거환경이 열악하고 위생상태가 불량하여 노인의 건강에 악영향을 미칠 수 있는 잠재요소를 많이 내포하고 있었다. 특히 다른 두 집단에 비해 인지기능이 저하된 것으로 나타나 일상생활보조나 간호요구도가 매우 큼에도 불구하고 혼자서 힘들게 생활을 꾸려나가는 것을 볼 때, 독거노인을 위한 지역사회의 지지모임이나 보건소의 가정방문, 복지관이나 동사무소에서의 독거노인을 위한 주거환경지원이 정부차원에서 이루어져야 할 것이다. 실제로 독거노인이 생활보호대상자로 지정될 경우 정부에서 매달 생활비가 지급되지만 한달생활비에 턱없이 부족하기 때문에 많은 노인들이 공공근로사업에 종사하거나 일자리를 구해야 하는 것으로 나타났다. 경제적 빈곤은 결식이나 불량한 영양소 섭취와 같은 신체건

강악화와 사회적인 단절과 고립으로 인한 무기력감이나 우울과 같은 정서적인 문제를 초래하여 건강을 악화시키는 악순환이 되풀이되는 것으로 나타났다. 또한 독거노인이 부부동거노인집단에서 배우자와의 사별로 1인가구로 전환되었다는 점에서 볼 때, 본 연구에서 조사한 부부동거노인집단도 독거노인의 예비단계라고 가정하면 부부동거노인집단에 대한 건강관리도 함께 이루어져야 한다고 생각된다.

본 연구에서 세 집단 모두가 우울의 평균점수가 5점 이상인 우울군으로 분류된 것을 볼 때, 노인의 우울감소를 위한 지지적 간호가 필요하다는 것을 알 수 있었다. 우울이 노인자살의 주요원인이 될 수 있으며(Park, 1993), 노인의 자아존중감에 영향을 미친다는 연구결과(Lee, 2003)는 우울을 단순히 노화의 한 과정에서 생길 수 있는 개인적인 문제로 간주하기 보다는 치매나 만성질환과 같이 치료와 상담, 간호를 필요로 하는 문제로 인식할 필요가 있다. 또한 노인들을 지역사회 단체인 모임에 적극적으로 참여하여 건강상태가 불량한 대상자를 보호하고 조기발견하며, 건강문제가 더 이상 진행되지 않도록 예방하는 프로그램이 진행되어야 할 것이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 동거유형에 따른 노인의 인지기능, 영양상태, 우울 정도를 파악하는 비교조사연구로써 2003년 3월부터 6월까지 S시에 거주하는 노인 173명을 대상으로 실시되었다. 동거유형은 독거노인, 부부동거노인, 자녀동거노인 세 집단으로 분류하였으며, 자료분석은 SPSS/WIN 프로그램을 이용하여  $x^2$ -test, ANCOVA, Scheffé test, Pearson Correlation Coefficient 로 분석하였으며, 연구결과는 다음과 같다.

- 인지기능을 MMSE-K로 측정된 결과 30점 만점에서 독거노인집단은 평균 21.50점, 19점 이하가 19명(36.5%), 20-24점이 14명(26.9%), 25점 이상이 19명(36.5%)을 차지하였다. 부부동거와 자녀동거 노인집단은 각각 평균 26.41점, 25.13점으로 나타나 정상 노인군에 해당되었으며, 세 집단간의 인지기능은 통계적으로 유의한 차이를 보였다.
- 영양상태는 0-21점 범위내에서 독거노인집단이 평균 8.84점, 부부동거노인집단이 평균 4.45점, 자녀동거노인집단이 평균 3.67점으로 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 독거노인집단은 6점 이상이 38명(73.1%)으로 가장 많아 대상자 대부분이 영양상태가 불량한 것으로 나타났다.
- 우울에서는 5점 이상을 우울상태라고 판단할 때, 독거노인집단은 평균 9.71점이며, 부부동거와 자녀동거노인집단은 각각 5.83점, 5.80점으로 세 집단 모두가 우울한 상태로 나타났다. 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다.
- 전체 노인집단에서 인지기능과 영양상태, 우울간에 유의한

상관관계를 나타내었으며, 독거노인집단과 부부동거노인집단에서도 세 변인이 유의한 상관관계를 나타내었다.

본 연구의 결과를 통해 노인집단의 건강상태와 간호요구도가 동거유형에 따라 달라짐을 알 수 있었다. 특히 독거노인집단은 신체적, 심리적, 경제적인 요소 모두가 일반노인에 비해 열악한 상태에 있었으며, 이로 인해 일상생활의 어려움이나 영양불량, 무기력, 외로움, 우울과 같은 심각한 건강위기에 처해있는 것을 확인할 수 있었다. 또한 부부동거노인집단도 배우자 사별을 경험할 경우 독거노인가구의 예비집단인 것을 감안할 때, 노인단독가구에 대한 사회적 관심과 지원이 노인의 환경에 알맞는 개별적인 접근이 이루어져야할 것이다. 위의 연구결과를 기반으로 동거유형에 따른 노인의 스트레스와 간호요구도를 비교분석하여 각 노인에게 적합한 노인복지프로그램 개발을 위한 연구를 시행할 것을 제언한다.

## References

- Biggs, A. J., & Freed, P. E. (2000). Nutrition and older adults; What do family caregivers know and do? *J of Geronto Nur*, 26(8), 6-14.
- Cho, H. S., Oh, B. H., Kim, H. S., Kim K. W. Park, J. Y., Lee, H. R., & Yoo, G. J. (1997). Factors related to nutritional status of elderly in a Korean rural community. *J Korean Geriatrics*, 1(2), 120-139.
- Cho, K. W. (2002). The study on the degree of life-satisfaction of the female single aged. *J of Welfare for the Aged, Autumn*, 85-125.
- Choi, G. H. (1998). *Home care nursing needs of indigent elderly person in urban area*. Unpublished masters thesis, Kосin University, Pusan.
- Choi, S. H. (1997). *The Effects of Exercise Program on Health of the Elderly in Senior Citizen's Center*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Joo, S. S., & Yoon, S. R. (1993). A comparative study on the general health between the couple and single aged. *J Korea Geronto Soci*, 13(1), 55-62.
- Jung, Y. M. (2002). *An effect of health promotion program on health in the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Kim, C. I., & Park, Y. S. (2000). Comparing health-related behaviors, food behaviors and the nutrient adequacy ratio of rural elderly by single-elderly families vs. extended families. *Korean J Community Nutrition*, 5(2S), 307-315.
- Kim, G. B. (1997). Health promotion for the elderly. *The Korean Nurse*, 36(4), 6-13.
- Kim, H. R. (2003). Health status among community elderly in Korea. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 544-552.
- Kim, J. H., & Jung, Y. M. (2002). A study on health status and quality of life in living alone elderly. *J Korean Geronto Nur*, 4(1), 16-26.
- Kim, J. H., & Jung, Y. M. (2001). A study on the health age, activity daily of living and cognitive function of the elderly. *J Korean Geronto Nur*, 3(1), 22-31.
- Kim, J. H. (1999). *A study of the residential environment, mood states, ADL and nursing need of the elderly who live alone*. Unpublished masters thesis. Hanyang University, Seoul.
- Kim, J. S., Lee, H. S., Jung, I. K., & Kwak, D. I. (1998). Depressive symptoms of the spousal bereaved elders. *J Korean Neuropsychiatric Association*, 2(1), 85-92.
- Kim, M. Y. (1997). A study on the functional health status of living-alone elderly. *J Korea Community Health Nursing Academic Society*, 11(2), 94-105.
- Kim, S. M., Bae, S. T., Lee, C. W., & Cho, K. H. (1998). Relation between cognitive impairment and activity of daily living in the elderly of nursing home and community. *J Korean Geriatric Society*, 1(2), 95-103.
- Kim, T. H., Kim, D. B., Kim, M. H., Lee, Y. J., & Kim, Y. S. (1999). A Study on Improvement of the Quality of Life for the Aged(II). *J Korea Geronto Soci*, 19(1), 61-81.
- Korea National Statistical Office (2000). *Population of world and Korea*. KNSO.
- Lee, K. W., Lee, Y. M., & Kim, J. H. (2000). The health and nutritional status of low-income alone-living elderly. *Korean J Community nutrition*, 5(1), 3-12.
- Lee, M. S. (2003). Factors influencing health care needs of solitude elderly. *J Korean Acad Nurs*, 33(6), 812-819.
- Lee, Y. J., & Kim, T. H. (1999). A Study on the Buffering Effect of Social Support on the Stress of the Elderly who lives alone. *J Korea Gerontol Soci*, 19(3), 79-93.
- Nutrition Screening Initiative (1998). *Questions from the nutrition screening initiative : Determine your nutritional health*. NSI.
- Park, H. S. (1993). *The effect of group cognitive therapy on depression, self-esteem and loneliness of the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Kyungpook National University, Daegu.
- Park, J. H., & Kwon, Y. C. (1989). Standardization of Korean version of the MMSE-K for use in the elderly. Part II, Diagnostic validity. *J Korean Neuropsychiatri Assoc*, 28(3), 508-513.
- Raskin, A., & Rae, D. S. (1981). Psychiatric symptoms in the elderly. *Psychopharmacology Bulletin*, 17, 96-99.
- Rozzini, R., Biachetti, A., & Carabellese, C. (1988). Depression, life events and somatic symptoms. *Gerontologist*, 28, 229.
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press.
- Song, M. S. (1991). *Construction of a functional status*



*prediction model for the elderly*. Unpublished doctoral dissertation. Seoul National University, Seoul.

Yoon, C. H., & Lee, H. K. (1997). The effects of self-esteem, health status, family relationship and social participation

on the life satisfaction of aged widows. *J Korea Geronto Soci*, 17(1), 289-304.

Yoon, J. (1996). *Adult, elderly psychology*. Seoul : Chungang Aptitude Publishing.

## Comparison of Cognitive Levels, Nutritional Status, Depression in the Elderly according to Living Situations

Jung, Young-Mi<sup>1)</sup> · Kim, Ju-Hee<sup>2)</sup>

1) Part-time Instructor, Department of Nursing, Hanyang University, 2) Professor, Department of Nursing, Hanyang University

**Purpose:** The purpose of this study was to compare the degree of cognitive level, nutritional status and depression in elderly according to living situations. **Method:** The subjects consisted of 173 elderly classifying three groups(living alone, living with spouse, living with children). Data was collected from March to June, 2003 by a structured questionnaire that included general characteristics, MMSE-K, nutritional status and depression scale. The collected data was analyzed by the SPSS program including descriptive statistics,  $\chi^2$ -test, ANCOVA, Scheffè test and Pearson Correlation Coefficient. **Result:** In MMSE-K, the living alone group showed suspicious dementia while the other groups were normal. The living alone group showed a high nutritional risk and all three groups showed depression. In MMSE-K, the nutritional status and depression were statistically significant by the living situation. In each group except living with spouse, MMSE-K indicated a significantly negative correlation to depression and nutritional status, while nutritional status showed a significantly positive correlation to depression. **Conclusion:** It is necessary to develop supportive programs for decreasing the risk of bad health in the elderly and an individual approach according to their living situation. Especially, more concern and intervention is necessary for the solitary elderly.

Key words : Cognitive level, Nutritional status, Depression, Living Situations

• Address reprint requests to : Jung, Young-Mi

Part-time instructor, Department of Nursing, Hanyang University

103-205, Sang-rok Apt. Yeomni-dong, Mapo-gu, Seoul 121-768, Korea

Tel: +82-2-711-8977 Fax: +82-2-2295-2074 E-mail: youngmipig@hanmail.net