

지역사회 인지저하 전·후기 노인의 건강 및 돌봄 요구 실태 -2020년 노인실태조사를 이용하여-

김지온*

부산카톨릭대학교 병원경영학과

The Health and Caregiving Needs of Community-dwelling Elderly Individuals with Cognitive Impairment in Early and Late Stages

-Using the 2020 National Survey of Older Koreans-

Ji-On Kim*

Department of HCM Catholic University of Pusan

요약

본 연구는 '2020년 노인실태조사' 자료를 기초로 전·후기 노인의 인지 저하에 영향을 미치는 인구사회학적 특성 및 건강 상태 특성을 살펴보고, 건강관리 행태 및 돌봄 요구도의 실태를 파악하기 위해 실시하였다. 연구방법은 인지저하 조사도구에 직접 응답한 65세 이상 노인 9,885명을 연구대상으로 하였다. 분석은 기술통계, Chi-square, t-test, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 연구결과 인지저하에는 연령, 교육수준, 소득, 거주지역, 건강수준, 우울증상이 영향을 주고 있었고, 인지저하 노인의 건강관리 행태 및 기능상태, 건강 및 사회만족도가 낮았으며, 집 거주를 위한 필요서비스가 높았다. 또한 인지저하 노인의 일상생활 수행 도움 요구도가 높았으나 충분히 충족되지 못해 향후 지역사회 내에서 돌봄을 안전하게 받을 수 있는 다양한 도움과 정책이 시행되어야 할 것이다.

Abstract

This study was conducted using data from the '2020 National Survey of Older Koreans' to investigate the sociodemographic characteristics, health status, health management practices, and caregiving needs that influence cognitive impairment in early and late-stage elderly individuals. The research targeted 9,885 individuals aged 65 and above. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square, t-tests, and logistic regression. The study found that cognitive decline in elderly individuals was influenced by age, education, income, location, health status, and depressive symptoms. Those with cognitive decline showed lower health management practices, functional status, and overall health and social satisfaction. There was a high demand for home residency services and assistance with daily activities among cognitively impaired individuals, indicating the need for diverse support and policies within local communities for safe caregiving in the future.

Key Words

Caregiving needs, Cognitive impairment, Early and late-stage elderly individuals, Health, National Survey of Older Koreans

1. 서론

우리나라는 베이비붐세대가 급격히 노령화 단계에 들어가면서 65세 이상 노인 인구수가

2020년 8,134,675명에 이어 2021년에는 8,577,830명으로 전체인구 51,333,253명 중 16.7%를 차지하게 되었다(2020년도 15.8%). 또한 이들 중 75세 이상인 후기 고령자는 2020년 43.0%, 2021년 42.2%로 고령화가 점차 심

이 논문은 2022년도 부산카톨릭대학교 교내연구비에 의하여 연구되었음

*Corresponding Author : Ji-On Kim(Catholic University of Pusan)

E-mail: jokim@cup.ac.kr

Received Sep 15, 2023

Revised Oct 03, 2023

Accepted Oct 19, 2023

화되고 있다는 것을 보여준다[1-2].

노인 인구가 급증하면서 노인 치매 환자 및 치매의 전 단계인 인지기능 저하군의 노인 숫자도 지속적으로 증가하고 있다. 전국 65세 이상 노인인구 중 치매환자 수는 2020년 약 83만명에서 2021년에는 약 89만명으로 치매유병률은 10.4%(2020년도 10.2%)로 나타났다[1-2]. 인지 장애의 시작 단계에 해당하는 인지기능 저하 노인인구의 비율 또한 2017년 14.5%에서 2020년 25.3%로 대폭 증가하고 있는 추세다[3].

‘경도인지장애’는 기억력 등이 저하되고 인지 기능이 줄어들지만 일상생활 수행능력은 정상수준을 유지하므로 문제가 없는 정상노인과 치매노인의 중간 시기라고 할 수 있는데, 치매의 주요 영향요인인 만큼 지속적 관찰 및 관리가 필요하다[4-5].

‘인지기능 저하’란 기억력, 언어능력, 주의력, 판단력, 시공간 능력 등이 감퇴된 상태를 뜻한다[6]. 이러한 노년기의 인지기능 저하는 개인이 가지고 있는 독립적인 삶을 영위할 수 있는 전반적인 능력을 저하시킨다는 측면에서 자신의 삶의 질을 악화시킬 뿐만 아니라 우리 사회가 책임져야 하는 ‘노인 돌봄’에 대한 부담을 크게 증가시킬 수 있다[4]. 다시 말해서 인지기능 저하는 정신적 증상과 노화로 인한 신체적 변화가 함께 발생되기 때문에 돌봄 부담이 상대적으로 큰 질환이라고 볼 수 있으며, 이런 이유로 치매 예방을 위한 ‘인지기능 저하 증상’ 관리와 건강에 영향을 미치는 주요 요인들에 대한 관리가 매우 중요해진다[7].

우리 사회가 직면하고 있는 ‘치매 유병률’의 증가는 치매관리를 위한 비용을 증가시킬 뿐 아니라 치매 환자 가족의 삶의 질을 저하시킨다[6]. 현재 치매국가책임제 실시와 더불어 256개의 치매안심센터 개설, 치매상담콜센터 운영 등의 국가차원의 치매관리시스템을 구축되어 있지만 지속적으로 증가하는 치매 환자들을 효율적으로 관리하고, 돌봄에 대한 부담을 줄여나가기 위해서는 보다 적극적이고 다양한 방법의 모

색이 필요하다[8-10].

이렇게 치매 환자로 전환되기 첫 단계인 인지 기능저하 노인들을 미리 발견하여 사회적 비용을 낮출 수 있는 방법을 모색하는 측면도 중요하지만, 또한 중요한 것은 이러한 인지기능저하 노인들의 삶의 질 만족도이며 그러한 점은 다양한 선행연구에서 제시한 문제점들에서 확인할 수 있다[5-6][11]. 특히, 인지장애가 있는 노인들 대다수가 우울감을 호소하며 배우자 유무, 거주형태, 읍주유무, 운동유무 등의 영향을 받는 것으로 나타나고 있어 일상생활수행능력의 저하에 따른 ‘집행기능 향상 프로그램’ 제공이 필요하고[12-13], 사회적 지지를 높일 수 있는 방안 또한 마련되어야 할 것이다[14].

이러한 방안 마련을 위해서는 전국적인 대규모 조사를 활용하여 인지저하 위험이 높은 65세 이상 노인을 대상으로 인지기능 저하에 영향을 미치는 요인을 분석하여, 위험 요인을 파악하고, 건강관리 행태와 돌봄 요구도를 분석하여 예방적인 중재를 시행하는 것이 필요하다. 그리고 스스로의 일상생활 영위 능력이나 건강문제를 관리하기 힘든 인지저하 노인들의 건강관리 행태와 돌봄 요구 현황을 파악하여, 적절한 중재를 통하여 건강관리 역량을 강화시키고, 지역사회 내에서 스스로 생활을 영위할 수 있도록 돌봄 체계를 구축하여, 건강 수준을 제고하고, 장애와 치매로 진행되는 것을 늦추거나 억제하는 것이 필요하다.

또한 2015년 UN에서는 범세계적인 노령인구의 증가 추세에 맞추어, 노인의 연령기준을 상향할 필요성이 제기되면서, 노인 연령을 80세로 조정하였고, 우리나라에서도 대한노인학회가 노인연령 기준을 70세로 상향 조정할 것을 제시하고 있다. 65세 이상 노인 인구집단의 크기가 커지고 초고령화가 진행되면서 과거처럼 노인을 단일집단으로 분류하는 것은 분명히 무리가 따르고 노령의 시기에 따른 건강문제와 건강 행태의 차이도 엄연히 존재하기 때문에 본 연구에서는 Neugarten[15]이 제시한 75세 미만의 전기노인과 75세 이상의 후기노인으로 나누어 연구

를 진행하고자 한다.

‘노인실태조사’는 노인복지법 제5조에 근거한 전국적 대표성을 가진 법정조사로 노인의 생활 현황과 특성 및 욕구를 파악함으로써 현재 노인의 삶의 질 향상을 위한 복지정책 마련의 기초 자료를 제공하기 위하여 2007년 법제화된 이후 2008년부터 3년 주기로 수행되는 조사이다. 이에 본 연구는 가장 최근의 조사자료인 ‘2020년 노인실태조사’ 자료를 이용하여 65세 이상 노인을 65-74세의 전기노인과 75세 이상의 후기노인으로 분류하고, 인구사회학적 및 건강관련 요인을 인지기능 저하 유무별로 나누어 파악하며, 건강관리 행태 및 돌봄 요구도에 관한 분석을 통하여 지역사회 내에서 인지기능 저하 노인들에 대한 효율적인 보건사업 및 돌봄 계획 수립을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다. 첫째, 지역사회 인지저하 노인을 65-74세의 전기노인과 75세 이상의 후기노인으로 분류하여 인구사회학적 특성 및 건강 상태 특성을 살펴보고, 인지 저하에 영향을 미치는 요인을 알아본다. 둘째, 인지저하 전·후기 노인의 건강관리 행태와 일상생활 영위 현황을 살펴본다. 셋째, 인지저하 전·후기 노인의 건강·생활만족도와 지역사회 내 돌봄 요구 실태를 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구대상 및 자료수집방법

본 연구는 ‘2020년 노인실태조사’의 원자료(Raw data)를 MDIS(Microdata Integrated Service)에서 제공받아 활용한 이차자료 분석연구이다. ‘2020년 노인실태조사’의 조사대상은 지역사회에 거주하는 만65세 이상 노인이며, 연구진이 설계한 조사표를 기초로 하여 교육을 받은 면접조사원에 의하여 2020년 9월 14일~11월 20일 기간 중 일대일 직접 면접으로 조사를 수행하였다. 설계된 표본추출방법에 따라 969개 조사구의 65세 이상 노인을 대상으로 조사를 수행하여, 최종적으로 10,097명에 대해 조사를

완료하였다. 본 연구에서는 인지저하 조사도구에 직접 응답한 노인 65세 이상 노인 9,885명을 연구대상으로 하였다.

2.2 사용변수

2.2.1 인구사회학적 특성

노인의 인구사회학적 특성은 노인의 인지저하 관련 변수로 유추되는 변수 중 원자료에서 조사한 성별, 연령, 교육수준, 소득분류, 경제활동여부, 지역구분(동, 읍면), 거주형태(독거 여부) 등을 선정하였다. 교육수준은 초등교육 이하, 중등교육(중학교와 고등학교) 이하, 고등교육(대학교육) 이상으로 분류하였다. 소득분류는 노인실태조사 원자료에서 조사한 연소득을 가구 균등화소득 5분위분류로 산출하여 사용하였다.

2.2.2 건강 상태

건강상태는 주관적 건강수준, 우울증상 여부, 만성질환 개수를 사용하였다.

주관적 건강수준은 5점 척도로 조사된 사항을 나쁨, 보통, 좋음 3단계로 구분하였다. 우울증상 유무는 단축형 노인우울척도(Short Form of Geriatric Depression Scale: SGDS)를 사용하여 노인의 우울 증상을 측정하여, 0~15점 중에서 8점 이상을 우울증상으로 분류하였다[3]. 만성질환 개수는 1개 미만, 2개, 3개 이상으로 분류하였다.

2.2.3 건강관리 행태 및 기능 상태

건강관리 행태는 ‘구강상태에 따른 음식 섭취 어려움’ 여부, ‘장보기, 음식만들기, 식사감당 어려움’ 여부, 지난 2년간 건강검진 여부(치매검사 제외), 지난 2년간 치매검사 여부, 현재 흡연 여부, 음주 정도(음주 안함, 1달에 2-3회 이하, 1주일에 1회 이상), 평소 운동 실행 여부를 선정하였다.

기능상태는 일상생활수행능력(ADL, Activities of Daily Living), 수단적 일상생활수행능력(IADL, Instrumental Activities of Daily Living)을 선정하였다. 일상생활수행능력(ADL)

은 옷 입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕 또는 샤워하기, 차려 놓은 음식 먹기, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷입기, 대소변 조절하기 7개 항목을 모두 수행할 수 있는 경우로 정의하였다. 수단적 일상생활수행능력(IADL)은 몸단장, 집안일, 식사 준비, 빨래, 제시간에 정해진 양의 약 챙겨먹기, 금전 관리, 근거리 외출하기, 물건 구매 결정·돈 지불·거스름돈 받기, 전화 걸고 받기, 교통수단 이용하기 등 10개 항목 항목을 모두 수행할 수 있는 경우로 정의하였다.

2.2.4 인지기능

인지기능을 측정하기 위하여 치매선별용 한국어판 간이정신상태 검사(Korean version of Mini-Mental State Examination for Dementia Screening) MMSE-DS를 사용하였다. 이 도구로 측정함으로써 총 30점 중 성별, 연령과 교육수준을 고려하여 계산된 일정 점수 미만인 경우에는 치매의심의 ‘인지저하자’로 판정하고, 치매확정을 위한 진단검사의 대상이 된다. 따라서 해당 점수 미만일 경우 ‘인지저하자’로 볼 수 있다 [3].

[Table 1] MMSE-DS diagnostic test referral score

[표 1] MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수

Age	Gender	Education training(year)			
		0-3	4-6	7-12	over 13
60-69	Male	20	24	25	26
	Female	19	23	25	26
70-74	Male	20	23	25	26
	Female	18	21	25	26
75-79	Male	20	22	25	25
	Female	17	21	24	26
over 80	Male	18	22	24	25
	Female	16	20	24	26

2.2.5 건강 및 사회 만족도

노인의 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 사회여가문화활동 만족도, 배우자 관계만족도,

자녀관계 만족도, 친구/지역사회만족도, 삶 전반 만족도, 노인사회존중도는 5점 척도(매우만족 1점, 만족 2점, 그저 그렇다 3점, 불만족 4점, 전혀만족하지 않음 5점)으로 조사되었고, 본 연구에서는 역코딩하여 사용하였다.

2.2.6 지역사회 지원 서비스 요구도

노후에도 지역사회에서의 계속 거주하고자 하는 욕구가 증가하면서, 노인이 지역사회에서 계속 거주하기 위한 서비스 요구도를 알아보았다. 본 연구에서는 노인의 집에서 계속 거주하기 위해 필요한 ‘편리하게 생활할 수 있는 주거환경 개선’ 요구도, ‘일상생활 지원(가사, 간병, 목욕, 요양, 식사 등)’요구도, ‘안전지원(정기적 안부 확인, 응급상황 발생 시 구조 연계 지원 등)’ 요구도, ‘의사, 간호사 등이 의료인이 찾아가는 의료건강서비스’ 요구도, ‘병의원 외출동행’ 요구도, ‘상담서비스(각종 생활에 필요한 정보 제공 등)’ 요구도를 선정하였다. 이 사항은 5점 척도(매우 필요 1점, 필요 2점, 그저 그렇다 3점, 불필요 4점, 전혀 불필요 5점)로 조사되었고, 본 연구에서는 역코딩하여 사용하였다.

2.2.7 노인의 일상생활 도움 현황

인지저하 노인의 일상생활 도움 현황을 알아보기 위하여 인지저하 노인 중 ADL 및 IADL을 완벽히 수행할 수 없는 노인의 일상생활수행에 있어 도움을 받는 여부를 선정하였고, 그 일상생활 도움의 충분도(5점 척도)를 역코딩하여 사용하였다. 인지저하 노인 중 ADL 및 IADL을 완벽히 수행할 수 없는 노인 중 일상생활수행에 있어 도움을 받지 않는 이유를 ‘도움이 필요 없어서(아직까지는 혼자서 할 수 있어서)’, ‘도움은 필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서’, ‘도움은 필요하지만, 도와 줄 사람이 없어서’, ‘도움은 필요하지만, 비용이 부담될 것 같아서’, ‘도움은 필요하지만, 도움 받는 방법을 알 수 없어서’, ‘도움은 필요하지만, 모르는 사람이 집에 오는 것이 싫어서’의 6개 이유로 분류하였다. 또한 인지저하 노인의 노인장기요양

등급 신청 여부와 신청결과를 1-5등급 내, 인지지원 등급, 등급 외로 분류하였다.

2.3 분석방법

첫째, 인구사회학적 특성 및 건강 상태 및 건강관리 행태 변수별로 인지저하 현황에 차이가 있는가를 검증하기 위하여 인지저하 분류별로 카이제곱(χ^2) 검증을 실시하였다. 인지저하 집단별로 건강 및 사회 만족도, 집 계속 거주 필요서비스 요구도에 차이가 있는가를 검증하기 위하여는 t-test 분석을 실시하였다.

둘째, 인지저하 관련 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 종속변수는 인지저하이고, 독립변수는 성별, 연령, 교육수준, 가구균등화소득 5분위분류, 거주 지역, 경제활동 여부, 가구형태(독거 여부), 주관적 건강상태, 우울증상 여부, 만성질환 개수로 선정하였다.

셋째, 인지저하 노인의 일상생활 도움 현황을 전·후기 노인별로 알아보기 위하여 카이제곱(χ^2) 검증을 실시하였다.

자료의 통계처리는 SPSS program(26.0)을 사용하였다.

3. 연구결과

3.1 인구사회학적 및 건강상태 특성에 따른 인지장애 경험

연구대상자 전·후기 노인의 인구사회학적 및 건강상태 특성과 그에 따른 인지저하 현황을 보면 [Table 2]와 같다. 65-74세 노인 연구대상자 5,960명 중 인지저하가 있는 사람은 1,365명으로 전체의 22.9%였고, 75세 이상 노인 연구대상자 3,925명 중에서는 1,199명으로 30.5%에서 인지저하가 나타나 후기노인에서 높았다.

성별로는 65-74세에서는 유의한 차이가 없었고, 75세 이상에서는 남자의 인지저하가 34.1%로 여자 28.5%보다 높았다($p < .01$).

가구균등화소득 5분위별로는 75세 이상에서는 유의한 차이가 없었고, 65-74세에서는 유의한 차이가 있었다. 3분위에서 29.9%로 가장 높았고, 5분위에서 17.3%로 인지저하가 가장 낮았다($p < .01$).

교육수준별로는 65-74세와 75세 이상 모두에서 유의한 차이가 있어 중등교육에서 가장 높고, 대학이상에서 가장 낮았다($p < .01$).

거주 지역별로는 65-74세에서는 유의한 차이가 없었고, 75세 이상에서는 읍면부에서 인지저하가 33.3%로 동지역 29.1%보다 높았다($p < .01$).

비경제활동자가 65-74세와 75세 이상 모두 경제활동자보다 인지저하가 높았으며, 건강수준별로도 65-74세와 75세 이상 모두 건강이 나쁠수록 인지저하가 높았다($p < .01$).

거주형태별로는 65-74세에서는 독거에서 25.7%로 높았고($p < .01$), 75세 이상에서는 유의한 차이가 없었다. 건강수준이 낮을수록 인지저하가 높았고, 우울증상이 있는 경우 65-74세 29.9%, 75세 이상 40.2%로 우울 증상이 없는 경우보다 인지저하가 높았다($p < .01$).

만성질환이 많을수록 65-74세와 75세 이상 모두에서 인지저하가 높았다($p < .01$).

3.2 인지저하 관련 요인

인지저하에 관련된 인구사회학적 및 건강상태 요인을 알아보기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다[Table 3].

로지스틱 회귀모형의 적합도 검증결과, Nagelkerke의 R^2 은 0.068로 약 6.8%의 설명력을 보여주고 있으며, 로지스틱 회귀모형의 유의성 검증결과 $\chi^2=472.456$ ($p < .01$)로 회귀모형은 유의한 것으로 나타났다.

인지저하에 관련된 요인은 연령, 교육수준, 소득수준, 거주지역, 경제활동, 건강수준, 우울증상이었다.

연령대가 높아질수록 인지저하가 높아져 65-69세보다 70-74세는 1.264배, 75-79세는 1.525배, 80세 이상은 1.631배 높아졌다

[Table 2] The status of cognitive impairment in early and late-stage elderly individuals according to general characteristics and health status

[표 2] 일반적 특성 및 건강상태에 따른 전·후기 노인의 인지저하 현황

(N, %)

Variables	65-74 years old				75 years or older				
	Normal	Cognitive impairment	Total	$\chi^2(p)$	Normal	Cognitive impairment	total	$\chi^2(p)$	
Gender	Male	1,959(77.9)	557(22.1)	2,516(100)		949(65.9)	490(34.1)	1,439(100)	
	Female	2,636(76.5)	808(23.5)	3,444(100)	1.441	1,777(71.5)	709(28.5)	2,486(100)	13.145**
Income by households equivalence scale	I grade	683(75.8)	218(24.2)	901(100)		743(69.8)	322(30.2)	1,065(100)	
	II grade	610(72.2)	235(27.8)	845(100)		786(68.9)	354(31.1)	1,140(100)	
	III grade	835(70.1)	357(29.9)	1,192(100)		528(66.9)	261(33.1)	789(100)	
	IV grade	1,182(80.5)	287(19.5)	1,469(100)		363(71.9)	142(28.1)	505(100)	
	V grade	1,285(82.7)	268(17.3)	1,553(100)	83.362**	306(71.8)	120(28.2)	426(100)	5.111
Education	Elementary	1,308(79.5)	337(20.5)	1,645(100)		2,010(72.6)	758(27.4)	2,768(100)	
	Secondary	2,951(75.1)	980(24.9)	3,931(100)		623(60.1)	414(39.9)	1,037(100)	
	Higher	336(87.5)	48(12.5)	384(100)	38.124**	93(77.5)	27(22.5)	120(100)	59.679**
Region	Urban	3,472(77.6)	1,001(22.4)	4,473(100)		1,840(70.9)	756(29.1)	2,596(100)	
	rural	1,123(75.5)	364(24.5)	1,487(100)	2.788	886(66.7)	443(33.3)	1,329(100)	7.319**
Economic activity	No	2,413(75.1)	798(24.9)	3,211(100)		2,083(67.9)	984(32.1)	3,067(100)	
	Yes	2,182(79.4)	567(20.6)	2,749(100)	14.982**	643(74.9)	215(25.1)	858(100)	15.596**
Household type	with family	3,492(78.0)	983(22.0)	4,475(100)		1,588(69.1)	710(30.9)	2,298(100)	
	Living alone	1,103(74.3)	382(25.7)	1,485(100)	8.915**	1,138(69.9)	489(30.1)	1,627(100)	0.318
Health status	Good	2,964(81.3)	680(18.7)	3,644(100)		963(74.9)	323(25.1)	1,286(100)	
	Moderate	1,174(71.5)	467(28.5)	1,641(100)		1,032(70.3)	436(29.7)	1,468(100)	
	Poor	457(67.7)	218(32.3)	675(100)	99.55**	731(62.4)	440(37.6)	1,171(100)	45.63**
Depression symptoms	No	3,801(78.7)	1,026(21.3)	4,827(100)		2,055(73.3)	748(26.7)	2,803(100)	
	Yes	794(70.1)	339(29.9)	1,133(100)	39.02**	671(59.8)	451(40.2)	1,122(100)	68.936**
Number of chronic illnesses	1 or less	2,540(79.1)	670(20.9)	3,210(100)		995(72.0)	387(28.0)	1,382(100)	
	2	1,160(76.2)	362(23.8)	1,522(100)		824(70.1)	351(29.9)	1,175(100)	
	3 or more	895(72.9)	333(27.1)	1,228(100)	20.518**	907(66.3)	461(33.7)	1,368(100)	10.874**
Total		4,595(77.1)	1,365(22.9)	5,960(100)		2,726(69.5)	1,199(30.5)	3,925(100)	

* p<.05, ** p<.01

($p < .01$). 교육수준별로는 초등학교보다 중등교육에서 1.87배 높았다($p < .01$). 가구균등화소득별로는 1분위보다 3분위에서 1.247배 높았고, 4분위는 0.821배, 5분위는 0.788배 낮았다($p < .01$). 거주지역별로는 동지역보다 읍면지역에서 1.187배 높았고, 경제활동자에서는 0.847배 낮았다($p < .01$). 건강수준에서는 나쁨보다 보통에서 0.83배, 좋음에서 0.588배 낮았으며, 우울증상이 있는 경우가 없는 경우보다 1.473배 높았다($p < .01$).

[Table 3] Logistic regression analysis of factors affecting cognitive impairment

[표 3] 인지저하에 영향을 미치는 요인에 대한 로지스틱 회귀분석

Variables	B	S.E.	Exp(B)	p	
Gender	Male		1		
	Female	-0.079	0.053	0.924	.138
Age	65~69		1		
	70~74	0.234	0.066	1.264	.001
	75~79	0.422	0.073	1.525	.001
	over 80	0.489	0.079	1.631	.001
Education	Elementary		1		
	Secondary	0.626	0.058	1.87	.001
	Higher	-0.059	0.14	0.943	.673
Income by households equivalence scale	I grade		1		
	II grade	0.08	0.072	1.084	.266
	III grade	0.221	0.073	1.247	.003
	IV grade	-0.198	0.08	0.821	.013
	V grade	-0.239	0.083	0.788	.004
Region	Urban		1		
	rural	0.171	0.053	1.187	.001
Economic activity	No		1		
	Yes	-0.166	0.056	0.847	.003
Household type	with family		1		
	Living alone	0.026	0.055	1.026	.639
Health status	Poor		1		
	Moderate	-0.186	0.069	0.83	.006
	Good	-0.531	0.075	0.588	.001
Depression symptoms	No		1		
	Yes	0.387	0.057	1.473	.001
Number of chronic illnesses	1 or less		1		
	2	0.007	0.059	1.007	.909
	3 or more	0.028	0.065	1.029	.662
Constant		-1.449	0.162	0.235	<.001
Nagelkerke R ²		.068			

3.3 인지저하에 따른 건강관리 행태 및 기능 상태

전·후기 노인의 인지저하에 따른 건강관리 행태 및 기능 상태를 비교해 보았다[Table 4].

구강상태에 따른 음식섭취 어려움은 65-74세에서는 5.9%가 있었고, 75세 이상에서는 12.7%가 있었으나 인지저하 여부별로는 유의한 차이가 없었다.

장보기, 음식만들기, 식사 감당 어려움은 65-74세 인지저하군에서는 12.7%로 정상군 9.5%보다 높았고, 75세 이상 인지저하군에서는 21.5%로 정상군 16.1%보다 모두 높았다($p < .01$).

지난 2년간 건강검진(치매검진 제외)을 받은 경우는 65-74세 인지저하군에서는 74.9%로 정상군 80.5%보다 낮았고, 75세 이상 인지저하군에서는 69.1%로 정상군 75.6%보다 모두 낮았다($p < .01$).

지난 2년간 치매검진은 65-74세에서는 유의한 차이가 없었고, 75세 이상 인지저하군에서는 48.0%로 정상군 52.2%보다 낮았다($p < .05$).

현재흡연은 65-74세 인지저하군에서는 11.0%로 정상군 14.3%보다 낮았고($p < .01$) 75세 이상에서는 유의한 차이가 없었다. 음주정도는 65-74세에서는 인지저하군에서 음주를 하지 않는 사람의 비율이 60.0%로 높았고, 1달에 2-3회 이하가 25.1%, 1주일에 1회이상인 14.9%로 정상군 보다 낮았고, 75세 이상에서는 인지저하군에서 1달에 2-3회 이하는 18.8%로 정상군 15.7%보다 높았고, 1주일에 1회이상인 6.5%로 정상군 9.3%보다 낮았다($p < .01$).

평소 운동은 65-74세 인지저하군에서는 54.0%로 정상군 58.2%보다 낮았고, 75세 이상 인지저하군에서도 37.3%로 정상군 48.0%보다 모두 낮았다($p < .01$).

ADL수행가능은 65-74세 인지저하군에서는 95.2%로 정상군 98.8%보다 낮았고, 75세 이상 인지저하군에서는 86.8%로 정상군 94.8%보다

[Table 4] Health Management Practices and Functional Status According to Cognitive Impairment in Early and Late-stage Elderly Individuals

[표 4] 전·후기 노인의 인지저하에 따른 건강관리 행위 및 기능 상태

(N, %)

Variables	65-74 years old				75 years or older				
	Normal	Cognitive impairment	Total	$\chi^2(p)$	Normal	Cognitive impairment	total	$\chi^2(p)$	
Difficulty in eating due to oral condition	Yes	220(4.8)	81(5.9)	301(5.1)		303(11.1)	152(12.7)	455(11.6)	
	No	4,375(95.2)	1,284(94.1)	5,659(94.9)	2.893	2,423(88.9)	1,047(87.3)	3,470(88.4)	1.983
Grocery shopping, Cooking, Difficulty managing meals	Yes	435(9.5)	174(12.7)	609(10.2)		440(16.1)	258(21.5)	698(17.8)	
	No	4,160(90.5)	1,191(87.3)	5,351(89.8)	12.345**	2,286(83.9)	941(78.5)	3,227(82.2)	16.467**
Health check-up in the past 2years (Exclusion dementia)	Yes	3,699(80.5)	1,023(74.9)	4,722(79.2)		2,061(75.6)	829(69.1)	2,890(73.6)	
	No	896(19.5)	342(25.1)	1,238(20.8)	19.736**	665(24.4)	370(30.9)	1,035(26.4)	17.922**
Dementia screening in the past 2years	Yes	1,681(36.6)	509(37.3)	2,190(36.7)		1,424(52.2)	576(48.0)	2,000(51.0)	
	No	2,914(63.4)	856(62.7)	3,770(63.3)	0.226	1,302(47.8)	623(52.0)	1,925(49.0)	5.871*
Current smoking	No	3,939(85.7)	1,215(89.0)	5,154(86.5)		2,532(92.9)	1,120(93.4)	3,652(93.0)	
	Yes	656(14.3)	150(11.0)	806(13.5)	9.725**	194(7.1)	79(6.6)	273(7.0)	0.358
Drinking habits	No	2,461(53.6)	819(60.0)	3,280(55.0)		2,044(75.0)	894(74.6)	2,938(74.9)	
	2-3times or fewer per month	1,278(27.8)	342(25.1)	1,620(27.2)		428(15.7)	226(18.8)	654(16.7)	
	Once or more per week	856(18.6)	204(14.9)	1,060(17.8)	18.910**	254(9.3)	79(6.6)	333(8.5)	12.282**
Routine exercise	No	1,923(41.8)	628(46.0)	2,551(42.8)		1,418(52.0)	752(62.7)	2,170(55.3)	
	Yes	2,672(58.2)	737(54.0)	3,409(57.2)	7.43**	1,308(48.0)	447(37.3)	1,755(44.7)	38.577**
ADL independent	No	54(1.2)	65(4.8)	119(2.0)		143(5.2)	158(13.2)	301(7.7)	
	Yes	4,541(98.8)	1,300(95.2)	5,841(98.0)	69.187**	2,583(94.8)	1,041(86.8)	3,624(92.3)	69.187**
IADL independent	No	165(3.6)	130(9.5)	295(4.9)		382(14.0)	319(26.6)	701(17.9)	
	Yes	4,430(96.4)	1,235(90.5)	5,665(95.1)	78.738**	2,344(86.0)	880(73.4)	3,224(82.1)	90.008**
전체		4,595(100)	1,365(100)	5,960(100)		2,726(100)	1,199(100)	3,925(100)	

* p<.05, ** p<.01

모두 낮았다(p<.01).

IADL수행가능은 65-74세 인지저하군에서는 90.5%로 정상군 96.4%보다 낮았고, 75세 이상 인지저하군에서는 73.4%로 정상군 86.0%보다 모두 낮았다(p<.01).

3.4 인지저하에 따른 전·후기 노인의 건강 및 사회 만족도

전·후기 노인의 건강 및 사회 만족도를 인지저하 여부별로 살펴보았다[Table 5].

65-74세에서는 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 배우자관계 만족도, 사회여가문화활동 만족도, 친구/지역사회 만족도, 삶 전반 만족도 모두 인지저하군이 정상군보다 낮았다(p<.01).

75세 이상 군에서는 건강상태 만족도, 경제상

태 만족도, 자녀관계 만족도, 사회여가문화활동 만족도, 친구/지역사회 만족도, 삶 전반 만족도, 노인사회존중도 모두 인지저하군이 정상군보다 낮았다(p<.05, p<.01)

3.5.인지저하에 따른 전·후기 노인의 집 거주 필요서비스

전·후기 노인의 집 거주 필요서비스를 인지저하 여부별로 살펴보았다[Table 6].

65-74세에서는 일상생활 지원 서비스, 안전 지원 서비스, 찾아가는 의료서비스, 병의원 외출 동행 서비스, 상담서비스의 요구도가 모두 인지저하군이 정상군보다 높았다(p<.05, p<.01).

75세 이상 군에서는 일상생활 지원 서비스,

[Table 5] Health and social satisfaction of elderly individuals in early and late stages of cognitive impairment

[표 5] 인지저하에 따른 전·후기 노인의 건강 및 사회 만족도

Variables	65-74 years old			75 years or older		
	Normal (n=4,595)	Cognitive impairment (n=1,365)	t(p)	Normal (n=2,726)	Cognitive impairment (n=1,199)	t(p)
	M±S.D	M±S.D		M±S.D	M±S.D	
Health satisfaction	3.63±.770	3.39±.836	9.614**	3.16±.897	2.91±.938	7.745**
Economic satisfaction	3.40±.882	3.33±.855	2.878**	3.07±.909	3.01±.882	2.174*
Spousal satisfaction	3.91±.703	3.86±.687	1.906**	3.81±.713	3.76±.699	1.218
Child satisfaction	3.92±.742	3.84±.738	3.36	3.81±.745	3.73±.724	2.906**
social, leisure, and cultural satisfaction	3.49±.843	3.34±.846	5.775**	3.26±.887	3.09±.908	5.544**
Friend/Community satisfaction	3.74±.704	3.57±.724	7.862**	3.56±.769	3.33±.737	8.903**
Life satisfaction	3.61±.677	3.49±.689	5.467**	3.39±.712	3.23±.703	6.559**
Elderly social respect	3.12±.913	3.07±.902	1.814	3.14±.919	2.99±.892	4.75**

* p<.05, ** p<.01

[Table 6] Home residency required services for elderly individuals in early and late stages of cognitive impairment

[표 6] 인지저하에 따른 전·후기 노인의 집 거주 필요서비스

Variables	65-74 years old			75 years or older		
	Normal (n=4,595)	Cognitive impairment (n=1,365)	t(p)	Normal (n=2,726)	Cognitive impairment (n=1,199)	t(p)
	M±S.D	M±S.D		M±S.D	M±S.D	
Housing environment improvement services	3.65±.896	3.69±.796	-1.527	3.66±.826	3.71±.840	-1.765
Daily living support services	3.68±1.037	3.78±.871	-3.711**	3.76±.921	3.85±.863	-2.77**
Safety support services	3.69±1.010	3.87±.890	-6.354**	3.79±.924	3.88±.868	-2.657**
Outreach medical services	3.77±1.027	3.85±.892	-2.78**	3.91±.911	3.92±.879	-480
Accompaniment for medical clinic visits	3.72±1.012	3.82±.847	-3.369**	3.85±.891	3.91±.842	-2.097*
Counseling services	3.55±.928	3.60±.812	-2.06*	3.61±.850	3.68±.821	-2.436*

* p<.05, ** p<.01

안전 지원 서비스, 병원 외출 동행 서비스, 상담서비스의 요구도가 모두 인지저하군이 정상 군보다 높았다(p<.05, p<.01).

3.6.인지저하 전·후기 노인의 일상생활 도움 현황

인지저하 전·후기 노인 중 ADL 및 IADL을 완벽히 수행할 수 없는 노인의 일상생활 도움 현황을 보면 [Table 7]과 같다.

인지저하 전·후기 노인 중 ADL 및 IADL을 완벽히 수행할 수 없는 노인이 일상생활수행에 있어 도움을 받는 경우는 65-74세는 51.5%로 75세 이상 62.1%보다 낮았다(p<.05).

일상생활 수행의 도움을 받은 경우 도움의 충분도는 65-74세는 5점 척도에서 3.09점, 75세 이상은 2.98점이었다.

ADL 및 IADL을 완벽히 수행할 수 없는 노인이 일상생활수행에 있어 도움을 받지 않는 이유는 65-74세는 ‘도움이 필요 없어서(아직까지는 혼자서 할 수 있어서)’가 42.9%로 가장 높았고, ‘도움은 필요하지만 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서’가 31.7%, ‘도움은 필요하지만 도

와 줄 사람이 없어서’가 12.7%, ‘도움은 필요하지만 모르는 사람이 집에 오는 것이 싫어서’가 6.3%, ‘도움은 필요하지만 도움 받는 방법을 알 수 없어서’가 4.8% 순이었다. 75세 이상에서도 ‘도움이 필요 없어서(아직까지는 혼자서 할 수 있어서)’가 42.1%로 가장 높았고, ‘도움은 필요하지만 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서’가 26.4%, ‘도움은 필요하지만 도와 줄 사람이 없어서’가 18.2%, ‘도움은 필요하지만 비용이 부담될 것 같아서’가 6.6%, ‘도움 받는 방법을 알 수 없어서’와 ‘모르는 사람이 집에 오는 것이 싫어서’ 3.3% 순이었다.

인지저하 노인들의 노인장기요양보험 등급 신청을 보면 65-74세는 2.1%, 75세 이상에서는 10.8%가 신청 경험이 있었다. 최근의 노인장기요양보험 등급 신청 결과 65-74세는 41.4%에서, 75세 이상에서는 67.7%에서 장기요양보험 등급(1-5등급)을 받았다.

[Table 7] Daily living assistance status in early and late-stage elderly individuals with cognitive impairment

[표 7] 인지저하 전·후기노인의 일상생활 도움 현황

(N, %)

Variables	65-74 years old	75 years or older	Total	χ ² /t-test(p)	
Assistance in ADL and IADL for elderly individuals unable to perform independently	Yes	198(62.1)	265(59.0)	4.235*	
	No	67(51.5)	184(41.0)		
	Total	132(100)	449(100)		
Adequacy of assistance for elderly individuals unable to perform ADLs and IADLs in their daily lives	M±S.D	3.09±.836	2.98±.871	3.01±.861	-.867
Reasons for non-receipt of assistance by elderly individuals unable to perform ADLs and IADLs	Not needing assistance	27(42.9)	51(42.1)	78(42.4)	4.432
	In need of assistance but reluctant to burden family members, etc	20(31.7)	32(26.4)	52(28.3)	
	In need of assistance but lacking support	8(12.7)	22(18.2)	30(16.3)	
	In need of assistance but concerned about the potential cost burden	1(1.6)	8(6.6)	9(4.9)	
	In need of assistance but unsure how to access help	3(4.8)	4(3.3)	7(3.8)	
	In need of assistance but uncomfortable with unfamiliar people coming to the house	4(6.3)	4(3.3)	8(4.3)	
	Total	63(100)	121(100)	184(100)	
Experience with applying for long-term care insurance grades for the elderly	Yes	29(2.1)	130(10.8)	159(6.2)	83.402**
	No	1,336(97.9)	1,069(89.2)	2,405(93.8)	
	Total	1,365(100)	1,199(100)	2,564(100)	
Result of application for long-term care insurance grades for the elderly	Level 1-5	12(41.4)	88(67.7)	100(62.9)	7.706*
	Cognitive support level	3(10.3)	11(8.5)	14(8.8)	
	Out of grade	14(48.3)	31(23.9)	45(28.3)	
	Total	29(100)	130(100)	159(100)	

* p<.05, ** p<.01

4. 고찰 및 결론

본 연구는 '2020년 노인실태조사' 자료를 기초로 65세 이상 노인을 65-74세의 전기 노인과 75세 이상의 후기 노인으로 분류하고 인지저하에 영향을 미치는 인구사회학적 특성 및 건강 상태 특성을 살펴보고, 인지 저하 전·후기 노인의 건강관리 행태 및 돌봄 요구도의 실태를 파악하여보다 효율적인 보건사업 및 돌봄 계획 수립을 위한 방안을 지역사회에 제공하고자 시도되었다.

분석 결과 75세 이상 후기 노인에서 인지저하를 보인 사람은 30.5%로, 65-74세 전기 노인 중 인지저하를 보인 사람 22.9%보다 높았다. 그러나 이미 65-74세인 전기 노인에서도 인지저하의 규모가 적지 않으므로 조기 검진을 통해 위험 인구를 선제적으로 파악하여 사회적 비용을 낮추고, 인지기능저하 노인군들의 삶의 질 만족도를 높일 수 있는 국가적 차원의 예방 프로그램의 실시와 관리가 필요하다.

성별은 64-74세에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었고, 75세 이상에서는 남자의 인지저하 비율이 높았다. 이는 '2017년 노인실태조사' 자료를 기준으로 한 Lee[16]의 연구결과에서는 여성의 인지기능 저하가 높게 나온 결과와는 차이가 있다. 또한 교육수준에서도 본 연구에서는 초등교육 수준에 비해 중등교육에서 인지저하가 높은 결과가 나왔으나 Lee[16]의 연구에서는 무학에서 가장 높게 인지기능 저하 비율이 나타났다. 이는 본 연구는 성별과 연령, 교육 수준별로 인지저하의 판단 점수를 다르게 적용하였지만 Lee[16]의 연구에서는 단일 점수로 분석하여 인지기능 저하의 기준이 다른 측면에서 차이가 있어 나타나는 결과일 수도 있으며, 추후 연구가 더 필요하다. 그러므로 인지장애를 낮출 수 있는 프로그램 적용 시 성별 및 교육수준 간의 치우침 없이 다양한 방법이 적용되어야 할 것으로 사료된다.

우울증상의 경우 우울이 있는 경우 인지저하가 1.473배 높은 것으로 나타났는데, 이는 우울

증상이 있는 노인에서 인지저하가 높게 나타난 Kim[17]의 연구 결과와 동일하다. 노인의 우울은 가까운 사람들의 죽음으로 인한 상실 등에 의해 생겨나며, 노인이 가장 많이 겪고 있는 정신건강적 문제이기 때문에 노인의 우울증을 예방할 수 있는 프로그램이 지역사회 단위로 적극적으로 시행되어야 할 것으로 보이며, 최근 Kim etc[6], Jeong & Han[18], Cha etc[19] 연구와 같이 실벗(Silbot), 지능형 로봇 등 소셜로봇을 이용한 프로그램과 신체활동 프로그램이 노인의 우울 영역에서 통계적으로 유의미한 긍정적인 효과가 있음이 확인되었으므로 지역사회 복지관, 치매안심센터 등에서 적극적으로 수용하면 좋은 결과가 있을 것으로 여겨진다.

인지저하에 따른 건강관리 행태 및 기능 상태에서는 평소 운동을 꾸준히 실천하는 경우가 인지저하군 노인에서 정상군에 비해 낮게 나타났다. Roh[20]의 연구결과에서도 규칙적인 운동을 하는 군보다 하지 않는 군에서 인지기능장애 수준이 낮게 나타났으므로, 지역사회 보건의료사업 계획에서 노인들을 대상으로 규칙적인 운동을 유지할 수 있는 프로그램이 많이 개설되어야 할 것으로 보인다.

ADL과 IADL 수행 가능자는 모두 인지저하 노인군에서 정상군보다 낮게 나타났다. 경도인지장애 노인들에게 제공되는 대표적인 프로그램인 작업치료, 뇌 운동, 음악치료, 미술치료, 원예치료 등은 최근 지역사회 치매안심센터 등에서 활발히 시행되고 있지만, ADL과 IADL에 초점을 맞춘 프로그램은 거의 없는 것으로 나타나 이제는 지역사회 등에서 노인들의 ADL 과 IADL 향상을 위한 중점적인 프로그램 개발과 확대가 필요할 것으로 여겨진다[13]. 또한 Hwang & Cho[13], Kim etc[21]의 연구에서 ADL을 향상시키는 운동 프로그램과 신체활동을 포함하는 복합적인 중재 프로그램이 인지기능 향상에 좀 더 효과를 보이는 것으로 나타난 만큼 추후에는 단편적인 활동 보다는 다양한 활동을 접목시킨 복합 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

음주 정도에 있어서는 인지저하 노인군 모두에서 정상 노인군보다 비교적 음주 빈도가 낮은 것으로 나타났는데 Roh[20]의 연구에서도 음주율이 인지기능 유지군에서 경도인지장애군보다 높은 것으로 나타났다. 이는 노화 및 인지저하로 인하여 신체적 기능 장애 및 폭넓은 사회적 관계에도 한계가 오기 때문에 생기는 결과로 보여진다.

지난 2년간 치매 건강검진 여부에서는 75세 이상에서 정상군보다 검진율이 낮게 나타났으며, 치매 건강검진을 제외한 일반 건강검진에서는 전·후기 노인 모두에서 정상군보다 수진율이 낮게 나타났다. Roh[20]의 연구에서도 국가 차원의 치매관리를 효과적으로 하기 위해서는 경도인지장애를 관리함으로써 경증치매를 조기발견할 뿐만 아니라 국가치매관리사업과 연계하여 예방 차원의 효과를 높일 수 있도록 하고 있어 전·후기 노인의 치매 및 일반 건강검진 수진율을 높일 수 있는 홍보 강화와 동기 부여 등 적극적인 대책이 필요할 것이다.

전·후기 노인군에서 건강상태 만족도, 경제상태 만족도, 사회여가문화활동 만족도, 친구/지역사회 만족도, 삶 전반 만족도에서 모두 인지저하군이 정상군보다 낮았다. 특히, 전기 노인군에서는 인지장애가 있는 경우 배우자 관계 만족도가 낮게 나타났는데, 이는 Park & Song[22] 연구에서 부부동거 노인보다 독거노인에서 인지기능 저하 발생률이 높게 나타난 것처럼 배우자가 먼저 사망하지 않고 함께 있는 것만으로도 인지기능 저하 발생률을 낮출 수 있으며, 부부간에 원만한 관계를 유지하면 할수록 인지기능 저하를 낮출 수 있다는 것을 의미하므로 지역사회 내 센터에서 노인부부의 관계회복을 위한 다양한 프로그램의 개발이 필요할 것으로 보여진다.

또한 후기 노인군에서는 자녀관계만족도가 정상군보다 낮게 나타나 배우자와 함께 생활하는 것도 중요하지만, 75세 이상 노인군에서는 자녀와의 관계 또한 중요한 요소로 작용하는 것으로 나타났다. Kim & Lee[23]의 연구에서도 노년

기에 배우자 및 가구원과의 동거/비동거는 인지기능 유지에 영향을 줄 수 있으며, 독거노인의 경우 급격한 인지기능 저하를 겪는 것으로 나타났고, Song[24]의 연구에서도 가족간의 갈등으로 우울감이 높아지고, 자아존중감이 떨어지는 것으로 나타나 노인들에게 있어서 가족의 존재와 원만한 가족이 영위될 수 있는 환경이 매우 중요한 것으로 나타났다. 이에 지역사회의 전반적인 관계 프로그램 진행 시에도 부부, 가족들과 함께 어울릴 수 있는 프로그램이 많이 도입하여야 할 것으로 보인다[25].

인지저하에 따른 전·후기 노인의 집 거주 필요서비스 중에서 전기노인군에서는 일상생활 지원, 안전 지원, 찾아가는 의료서비스, 병의원 외출 동행, 상담 서비스를, 후기노인군에서는 찾아가는 의료서비스를 제외하고는 전기노인군과 동일하게 요구도가 정상군보다 높게 나타났다. 특히 전기노인군에서 '안전 지원'과 '찾아가는 의료서비스'에 대한 요구도가 가장 높았으며, 후기노인군에서는 '병의원외출동행에 대한 서비스'와 '안전 지원'에 대한 요구도가 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 노인들이 집에서 안전하게 생활하기를 원하며, 일상생활에서 자립 기능이 저하되는 요인으로 인하여 찾아가는 의료서비스와 병의원 외출동행 서비스에 대한 요구도가 높은 것으로 판단된다[3]. 따라서, 국가단위의 사회복지정책을 시행함에 있어서 시설이 아닌 집에서 거주하는 노인들에게 찾아가는 의료서비스와 병의원 외출동행과 같은 직접적인 도움이 되는 서비스를 보다 적극적으로 확대할 필요가 있어 보인다.

인지저하 노인의 일상생활 도움 현황에서는 ADL 및 IADL 수행 불능 노인의 일상생활 수행에 있어서 도움이 75세 이상의 후기 노인군에서 전기 노인군보다 더 많이 받는 것으로 나타났으나, 도움의 충분도는 보통 정도로 크게 만족을 주고 있지는 못하였고, 75세 이상에서 더 낮아 고령의 인지장애 노인에 더 초점을 맞추어야 할 것으로 보인다.

ADL 및 IADL 수행 불능 노인이 도움을 받지

않는 이유로는 전·후기 노인 모두 ‘도움이 필요 없어서’가 가장 많았고, ‘도움은 필요하지만 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서’가 그 다음으로 많았다.

이는 우리나라 노인들이 가족들에게 도움을 요청하기가 쉽지 않은 사회분위기 속에서 생활하고 있다는 것을 보여주고 있어 앞으로 지역사회 단위에서 인지장애 노인들에게 ADL 및 IDAL 수행에 도움을 편하게 받을 수 있는 다양한 정책이 추가되어야 할 것으로 사료된다.

인지저하 노인을 제도적으로 도와줄 수 있는 노인장기요양보험 등급 신청 경험은 전기노인군에서 2.1%, 후기노인군에서 10.8%로 나타나 전반적으로 인지저하 노인군에서 노인장기요양보험 등급 신청 경험이 낮게 나타났다. 노인장기요양보험제도의 목적에 맞는 실효성이 높아질 수 있도록 국가적 차원에서 인지저하 노인들이 보다 적극적으로 노인장기요양보험 등급 신청을 할 수 있는 홍보와 제도적 장치 마련이 시급한 것으로 보인다.

본 연구의 결론은 다음과 같다.

첫째, 연구결과 전·후기 노인의 인지저하에는 연령, 교육수준, 소득, 경제활동, 거주지역, 건강수준, 우울증상이 영향을 주고 있어, 고령노인과 저소득층에 대한 배려와 건강증진, 정신건강 증진프로그램이 필요하다. 둘째, 인지저하 노인의 건강관리 행태 및 기능상태, 건강 및 사회만족도가 낮았으며, 집 거주를 위한 필요서비스가 높았고, 후기노인에게서 더 높아, 이에 대한 다양한 지역사회 내에서의 효과적 프로그램 제공이 요구된다. 셋째, 인지저하 노인의 일상생활 수행 도움 요구도가 높았으나 충분히 충족되지 못해 향후 지역사회 내에서 돌봄을 안전하게 받을 수 있는 다양한 도움과 정책이 시행되어야 할 것이다.

본 연구는 ‘2020년 노인실태조사’ 데이터를 기본자료로 사용하였기에 심도 깊은 문항이 부족한 편이며, 인지저하에 영향을 미치는 요인으로 선별한 경제활동, 건강수준, 우울증상 등의 변수들은 단면 연구가 가지고 있는 한계로 인하

여 인과관계를 확인하는데 있어 제약이 따르므로 정책수립의 기초자료로 충분히 활용하기에는 다소 제한점이 있다. 그러나 65세 이상 노인을 전기, 후기 노인군으로 구분하여 인지저하 현황을 도출하였으며, 사회적인 정책에 좀 더 쉽게 접근할 수 있는 건강 및 사회만족도, 집 거주 필요서비스, 일상생활 도움 현황에 대하여 세부적으로 분석하였다는데 본 논문의 의의가 있다. 향후 인지장애가 있는 전·후기 노인군을 대상으로 직접적인 국가적인 돌봄 및 요구도를 파악할 수 있는 후속연구를 제안한다.

References

- [1] National Institute of Dementia, “Korean Dementia Observatory” 2021.
- [2] National Institute of Dementia, “Korean Dementia Observatory” 2022.
- [3] Korea Institute for Health and Social Affairs, “National Survey of Older Koreans” 2020.
- [4] N-Y. You, ‘Study of risk factors on depression in cognitive impairment based on ICF model: Comparison of the Young-old and Old-old’, Master’s Thesis, *Kyung Hee University*, 2021.
- [5] Y-O. Choi and H-S. Woo, ‘The effect of cognitive decline of elderly on activity participation and social network’, *The Journal of Korean Society of Community Based Occupational Therapy*, Vol.9, no.1, pp.25-34, 2019.
- [6] S-K. Kim, Y-S. Hwang, J-W. Jang, H-S. J O, ‘Evaluation of the effectiveness of social robot by family caregivers nursing for the older adult with cognitive impairment: A randomized controlled trial’, *Journal of Korean Gerontol Nursing*, Vol.24, no.2, pp.142-150, 2022.
- [7] N-Y. You, S-R. Um, S-K. Kim, H-S. Lim, H-R. Shin, ‘The relationship between nutritional status and depression in the older adults with cognitive impairment group: Focusing on the moderating effect of social support’, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.43, no.5, pp.745-762. 2023.

- [8] <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148862221>
- [9] <https://www.nid.or.kr/sub/sub.aspx?seq=001001000>
- [10] C-H. Kim, 'Factor affecting socioeconomic status and the mental health status of old-old elderly living alone', *Journal of The Health Care and Life Science*, Vol.5, no.1, pp.55-65, 2017.
- [11] D-H. Han, 'The effectiveness of a program for improving cognitive function, physical efficacy, and emotional intelligence in community-dwelling older adults', *Korean Journal of Research in Gerontology*, Vol.32, no.2, pp. 65-77, 2022.
- [12] M-S. Jung, E-Y. Oh, K-I, Cha, 'A comparative study of changes in cognitive function, depression and activities of daily living in patients with dementia, mild cognitive impairment and ischemic stroke', *Journal of Digital Convergence*, Vol.20, no.3, pp.517-527, 2022.
- [13] Y-S. Hwang and E-Y. Cho, 'Research trends in intervention programs affecting ADL/IADL in the elderly with cognitive impairment: Focused on academic journal from 2010-2021', *Culture and Convergence*, Vol.44, no.12, pp.1223-1236, 2022.
- [14] K-H. Park, H-S. Kim, Y-J. Yi, 'Comparison on risk factors in cognitive impairment between non-depressive elderly and depressive elderly', *Journal of Contents*, Vol.13, no.7, pp. 301-310, 2013.
- [15] Neugarten, B. L, 'Age groups in American society and the rise of the young-old', *The annals of the American academy of political and social science*, Vol. 415, no.1, pp. 187-198, 1974.
- [16] H-W. Lee, 'Risk factors for cognitive decline of the old adults', Master's Thesis, *Kyung Hee University*, 2019.
- [17] J-O. Kim, 'Factors related to cognitive impairment experience and health care behaviors of elders aged 65 years or older: Using 2019 community health survey', *Korean Public Health Research*, Vol.47, no.4, pp.121-134, 2021.
- [18] H-J. Jeong and E-K. Han, ' Effects of a cognitive enhancement program combined Silbot on cognitive function, depression, and dementia prevention behavior in elderly: A pilot study', *Journal of the Korean Applied Science and Technology*, Vol.40, no.3, pp.402-411, 2023.
- [19] H-M. CHa, S-H. Lee, Y-J. Lee, K-Y. Kang, E-S. Kim, K-W. Yoo, A-R. Lee, H-J. Yoon, H-J. Lee, N-Y. You, S-R.Um, H-R.Shin, Y-S. Kim, 'The Effect of senior welfare center's program using robots on social health of older adults', *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.23, no.4, pp531-546, 2023.
- [20] E-H. Roh, 'Characteristics and factors associated with cognitive decline of elderly with mild cognitive impairment', *Journal of health informatics and statics*, Vol.48, no.3, pp.179-187, 2023.
- [21] W-Y. Kim, C-H. Han, E-J. Heo, H-W. Kang, W-K. Jeon, 'A review of non-pharmacological intervention efficacy in patients with mild cognitive impairment', *Journal of Oriental Neuropsychiatry*, Vol.22, no.3, pp.1-11, 2011.
- [22] H-A. Park and H-J. Song, 'Comparison risk factors of cognitive decline between aged living alone and with a spouse', *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education* Vol.22, no.3, pp.83-96, 2021.
- [23] J-Y. Kim and J-T. Lee, 'Living arrangements and cognitive function among Korean older adults', *Survey research*, Vol.19, no.1, pp.97-127, 2018.
- [24] J-Y. Song, 'The Effect of family conflict on depression in the elderly in the pre-and late period: focusing on the mediating effect of self-esteem', *GRI review*, Vol.25, no.2, pp.157-176, 2023.
- [25] C-H. Kim, 'A study on active aging activities of elderly lives alone and elder lives with family', *Journal of The Health Care and Life Science*, Vol.7, no.1, pp.11-20, 2019.