

재가노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인

김능연¹ · 정현종²

¹원광대학교 한의학전문대학원, 박사학위과정 · ²원광대학교 한의과대학 진단학교실, 교수

Factors Affecting on the Cognitive Function of the Community-dwelling Elderly

Neung Yeon, Kim¹ · Hyun Jong, Jung²

¹Professional Graduate School of Korean Medicine, Wonkwang University, Doctor course

²Department of Diagnostics, College of Korean Medicine, Wonkwang University, Professor

Abstract

Purpose : This study was done to identify the effects of the perceived health status, subjective memory, depression, Hwa-Byung (a nervous disorder caused by one's pent-up resentment) and Yangsaeng (regimen) on the cognitive function of the elderly. **Methods** : 220 persons aged over 65 in P city in South Korea participated in this study as interviewee subjects. Data were collected by structured interview questionnaires from May 14 to July 10, 2018. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients and stepwise multiple regression with SPSS version 23.0. **Results** : The mean score of cognitive function was 25.25 out of total 30 points. The factors influencing on cognitive function of the elderly were found to be significant with variables such as participation in cognition improvement program, subjective memory, age, Hwa-Byung, smoking, religion and education level, explaining about 54.9% of the variance. The strongest factor influencing on the cognitive function was found to be participation in cognition improvement program. **Conclusion** : The results suggest that it is necessary to develop a cognition improvement program for the elderly to prevent dementia. To improve the effectiveness of the program, the above major influencing factors should be considered to be practiced in the medical industry.

Key words : Cognitive function, Elderly, Health status, Depression

I . 서 론

1. 연구의 필요성

현대사회는 과학 기술의 발전으로 평균 수명이 연

장되었다. 2000년에 65세 이상 인구가 7% 이상인 고령화 사회로 이미 진입하였고, 2018년에는 고령사회로, 2026년에는 초고령사회에 이를 것으로 예상한다 [1]. 고령화 사회의 진입과 더불어 가장 사회적 관심을 받는 질환은 치매이며, 노인은 노화 현상으로 신체의

생리적, 심리적, 인지적 변화를 경험하는데 그중 인지 기능의 저하는 노인성 정신장애의 가장 기본이 되는 병리 현상으로 치매의 위험을 증가시키는 것으로 알려져 있다[2]. 2017년 조사에 의하면 우리나라 65세 이상 노인에서의 치매 유병률은 9.94%로 추산되며, 경도인지장애 노인은 27.8%로 전체 노인의 1/4에 이르는 것으로 보고되었다[3]. 또한 인지기능 저하가 원인이 되어 나타나는 치매는 전 세계적으로 65세 이상 노인에서 약 5~10% 정도의 유병율을 보이며 매 5년마다 두 배씩 증가하는 것으로 알려져 있다[4].

치매에 대한 임상적 접근에서 가장 중요한 것은 조기발견이며, 최근 치매로의 이행단계라는 점에서 인지 기능 장애에 대한 관심이 높아지고 있다. 인간은 나이가 들어감에 따라 지적능력을 포함한 인지 기능의 노화를 초래하고, 노인의 50~80%가 주관적인 기억력 저하를 호소한다는 보고[5]와 같이 노인에게서 기억력 및 인지 기능의 저하는 매우 일반적인 현상이다. 그러나 인지 기능의 저하는 신체 기능의 약화를 초래하여 치매를 비롯한 질병과 장애 및 각종 사고 발생의 위험을 증가시키며, 우울이나 스트레스 등 정서적, 사회적 문제를 유발시키는 주요 원인이 되고 있다[6]. 인지 기능이란 감각, 지각, 사고, 인식, 기억, 일반화 및 추상화에 따른 광범위한 지적능력을 지칭하는 것으로 인지 기능 장애는 치매를 가져온다[6]. 한의학에서는 치매(痴呆)를 매병(呆病)·치애(痴猥)라고도 부르는 정신병의 하나로 정신 장애가 있어 사물을 잘 구분하지 못하는 병증이라고 정의하고 있다[7].

이렇듯 동서양의 치매에 대한 인식에서 공통적으로 인지 기능 장애를 제시하고 있으며, 인지 기능의 손상은 중추신경계에서의 문제로 발생하고, 주의집중력, 기억력, 시공간 능력, 문제해결력, 판단력, 계획하기 등에서 문제가 발생한다. 인지 기능에 문제가 발생하면 정보처리의 효율성이 떨어지며, 인지 기능의 속도나 지속성도 낮아지게 된다. 이러한 문제는 일상생활을 효과적으로 수행하는데 어려움이 생기고 특히 문제가 발생했을 때 효과적으로 대응하기가 어렵다. 따라서 노인의 인지 기능 저하를 예방하거나 지연시키기 위하여 임상적 진단이 내려지기 이전에 노인의 인지 기능

장애 정도를 사정하고 아직 남아있는 건강 잠재력을 최대한 이끌어 낼 수 있도록 예방적 차원에서 지속적인 중재가 이루어져야 한다[6].

그러나 치매에 대한 잘못된 이해로, 치매를 병이 아니라 단순한 노화의 한 과정으로 여기거나 치료가 전혀 불가능한 불치병으로 인식하는 경우도 있다. 현재 증상을 경감시키고 진행을 지연시키기 위한 약물적 중재 방법과 주로 예방을 목표로 하는 비약물적 중재 방법이 사용되고 있다[8]. 기질성 인지 기능 장애인 치매는 진단 이후 인지 기능 저하를 이전 수준으로 회복시킬 수 있는 치료법이 아직 없기 때문에 치매의 위험 요인을 미리 진단하여 최대한 빨리 적절한 개입을 통해 인지 기능 저하 속도를 최대한 늦추는 방법이 최선이다. 이를 위해 정부에서는 2014년 7월부터 노인장기요양보험제도 내에 치매특별등급 제도를 신설하여 인지 재활 서비스를 제공하고 있지만 건강한 노인을 대상으로 한 전문적인 인지 강화 훈련 프로그램을 위한 국가 차원의 지원은 거의 없는 실정이다. 현재 각 지자체에서 일회성 프로그램들이 진행되고는 있지만, 인지 기능에 영향을 미치는 요인들을 고려한 전문적이고 체계적인 인지 강화 훈련 프로그램 개발 및 보급이 시급하다고 본다.

선행 연구를 통해 인지 기능과 관련이 있다고 알려진 요인을 살펴보면 우울 정도가 높을수록 인지 기능이 낮으며[9], 연령과 성별, 교육 수준, 배우자 또는 다른 가족과의 동거 여부[10], 규칙적인 운동이나 신체 활동, 흡연[11] 등을 관련 변수로 보고하고 있다. 또한 한의학에서는 지나친 근심, 걱정, 우울로 심(心)과 비(脾)가 손상되거나 혹은 포락(包絡)이 막히고, 담열(痰熱)이 심(心)을 막아서 발생한다고 하여 우리나라의 독특한 문화로 인해 발생하는 화병과의 연관성을 파악할 수 있다[12].

미국에서의 조사에 의하면 고위험 집단을 조기 발견하여 적절한 관리를 함으로써 노인의 인지 장애 유병률이 1993년 12.2%에서 2002년에는 8.7%로 감소함을 보고하여 치료제가 없는 상황에서 인지 기능에 영향을 미치는 요인들을 포함한 효과적인 관리 전략을 통해 노인 인구의 인지 기능 향상이 가능함을 시사하고 있다

[13]. 따라서 본 연구에서는 노인이 인지한 건강상태, 우울, 주관적 기억상태, 삶의 질, 화병, 양생 등이 인지 기능에 미치는 영향정도를 확인하고 노인들의 인지 기능 저하를 예측할 수 있는 변수들을 고려한 효과적인 인지기능강화 프로그램과 전략을 개발하고 적용하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 재가노인의 주관적 건강상태, 우울, 주관적 기억상태, 화병, 양생 및 인지기능을 조사하고, 인지 기능에 영향을 미치는 관련요인을 파악하는 것을 목적으로 한다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 재가노인의 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지기능 정도를 파악한다.

둘째, 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지기능의 차이를 비교한다.

셋째, 재가노인의 주관적 건강상태, 우울, 주관적 기억상태, 화병, 양생 및 인지기능정도의 상관관계를 확인한다.

넷째, 재가노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 재가노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

대상자는 P시에 거주하는 65세 이상의 노인 220명이다. 표본크기는 G*Power 3.1.5를 이용하여 다중회귀 분석을 위해 95% 검정력 수준에서 효과크기(effect size) 0.25(중간), 유의수준 .05, 예측변수 8개를 지정하

였을 때 최소 160명이 요구되었다. 탈락률을 고려하여 225명을 임의표집하였으며 이중 응답이 불성실한 5명을 제외하고 220명을 최종 대상으로 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 주관적 건강상태

Speake 등[14]이 개발한 Health Perceptions를 Hwang [15]이 번역한 건강상태 자가보고(self-reported health) 도구를 사용하였다. 본 도구는 3문항으로 구성되었고, 각 문항은 1~5점을 부여하며, 총 15점 만점으로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 양호함을 의미한다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 이었다.

2) 주관적 기억상태

Vale 등[16]이 개발한 MCS(Memory Complaint Scale)를 Song[17]이 번역한 한글판 기억장애 도구 KMCS (Korean Version of Memory Complaint Scale)를 사용하였다. 7개 문항으로 구성되었고 각 문항의 점수는 0~2점으로 측정하며, 점수가 높을수록 기억장애 수준이 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's $\alpha = .85$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .69$ 이었다.

3) 우울

Yesavage 등[18]에 의해 개발된 노인우울척도를 Kee [19]가 한국어판으로 번역하여 타당도와 신뢰도를 평가한 한국어판 SGDS(short form of Geriatric Depression Scale)를 사용하여 측정하였다. 총 15문항의 이분척도로 구성되어 있으며, “예”는 0점, “아니오”는 1점을 주어 총점이 높을수록 우울의 정도가 심한 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 KR-20 = .70이었다.

4) 화병

Kim 등[20]의 화병면담검사인 HBDIS(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule)와 Min[21]의 ‘화병 진단

을 위한 구조적 면담도구'의 화병증상 문항들을 합하여 16문항으로 구성하고 각 문항을 6점 척도화 하여 총점수가 높을수록 화병정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 화병 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .95$ 이었다.

5) 양생

본 연구에서 사용한 양생 측정도구는 Kim[22]이 개발한 도구 31문항에서 본 대상자가 노인이므로 성생활과 관련된 3문항을 제외하고 총 28문항을 사용하였다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 총 점수가 높을수록 양생을 잘하는 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .89$ 였으며 본 연구에서는 .92로 나타났다.

6) 인지기능(MMSE-DS; Mini-Mental State Examination-Dementia Screening)

치매선별도구로 보편적으로 이용되고 있는 간이정신상태 검사(MMSE; Mini-Mental State Examination)를 Kim 등[23]이 새로운 한국어판 간이정신상태 검사를 개발하여 표준화한 MMSE-DS(Korean version of MMSE for Dementia Screening)를 사용하였다. MMSE-DS의 한국노인 정상기준 연구에서는 MMSE-KC와 K-MMSE보다 개선된 치매 정확도를 나타내었다. 해당 도구는 현재 각 지방자치단체 보건소에서 치매간이선별검사 시 사용하고 있다.

4. 자료 수집

본 연구의 자료수집은 P시에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 2018년 5월 14일부터 7월 10일까지 임의표집하였다. P시 보건소와 치매안심학교, 경로당 등을 방문하여 연구목적 및 자료수집 방법을 설명하고, 서면으로 동의한 사람에게 일대일 면접으로 구조화된 설문지를 이용하여 내용을 대상자에게 읽어주고, 그 응답에 따라 기록하는 방식으로 자료를 수집하였다. 자료수집에 소요되는 시간은 대상자 1명당 평균 30분이었다.

5. 자료 분석 방법

- 1) 연구대상자의 일반적 특성, 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 삶의 질, 화병, 양생 및 인지 기능 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 2) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지 기능 정도의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였고, Scheffe로 사후검증 하였다.
- 3) 연구대상자의 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지 기능 정도의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.
- 4) 연구대상자의 인지기능에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.
- 5) 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값을 이용하였다.

6. 대상자의 윤리적 고려

자료수집 시 연구대상자에게 연구목적과 취지를 설명하고 연구 참여에 동의를 구한 후 동의서에 서명을 받았다. 연구 참여 동의서에는 연구목적과, 개인정보는 연구목적으로만 사용될 것임과, 조사 도중에 언제라도 그만 둘 수 있고 설문에 관한 의문사항이나 문제 발생 시 연락할 수 있도록 연구자의 연락처를 제공하였다. 또한 대조군에게는 실험이 끝난 후 실험군에게 적용한 활동프로그램을 수정·보완하여 적용하기로 약속하였고 대상자 모두에게 소정의 기념품을 제공하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구대상자는 여자가 75.9%(167명)이었고, 연령은 70대가 가장 많아 75.5%(166명)이었으며 평균 75.0세

였다. 대상자의 65.9%(145명)가 종교를 가지고 있었고, 학력은 68.2%(150명)가 초졸 이하였으며, 배우자가 있는 경우는 41.4%(91명), 독거노인이 35.9%(79명)이었다. 경제수준은 보통이거나(45.9%) 또는 못사는 편(40.5%)이라고 답한 사람이 대부분이었다. 현재 대상자가 진단받은 질병은 신경통(25.6%), 고혈압(15.0%), 관절염(13.7%), 협심증(13.4%) 순으로 나타났고, 질병 치료를 위한 약물복용자가 86.8%(191명)이며, 약물복용기간은 평균 13.29년이었다. 현재흡연자는 31.8%(70명)이며, 한 달에 1회 이상 음주를 하는 사람은 전체의

46.4%(102명)이었다. 그리고 규칙적으로 운동을 하는 사람은 31.8%(70명)이고, 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람은 66.8%(147명)이었다(Table 1).

2. 대상자의 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지기능정도

대상자의 주관적 건강상태는 평균 8.17 ± 2.04 점(15점 만점), 주관적 기억상태는 7.28 ± 2.46 점(14점 만점)이었다. 주관적 기억상태를 기준에 따라 분류하면 기억력

Table 1. General Characteristics of Subjects

(N=220)

Characteristics	Categories	n	%	Mean±SD
Gender	Male	53	24.1	
	Female	167	75.9	
Age(year)	≤69	23	10.5	75±4.79
	70~79	166	75.5	
	≥80	31	14.1	
Religion	have	145	65.9	
	have not	75	34.1	
Education	≤Elementary school	150	68.2	
	≥Middle school	70	31.8	
Spouse	have	91	41.4	
	have not	129	58.6	
Live alone	Yes	79	35.9	
	No	141	64.1	
Economic status	Rich	30	13.6	
	Moderate	101	45.9	
	Poor	89	40.5	
Medication	Yes	191	86.8	
	No	29	13.2	
Smoking	Current smoker	70	31.8	
	Past smoker	37	16.8	
	Non smoker	113	51.4	
Drinking (per month)	0	53	24.1	
	1	68	30.9	
	≤2	34	15.5	
regular exercise	Yes	70	31.8	
	No	150	68.2	
Participation experience in cognition program	Yes	147	66.8	
	No	73	33.2	

이 정상인 사람은 2.7%(6명)에 불과하였고, 기억문제의 경증이 28.2%(62명), 중등증이 57.7%(127명), 중증이 11.4%(25명)를 차지하였다.

우울정도는 5.42 ± 1.26 점(15점 만점), 화병은 55.70 ± 12.92 점(96점 만점)이었다. 양생은 77.65 ± 12.50 점(140점 만점)이었다. 그리고 MMSE-DS로 측정한 인지기능은 25.25 ± 3.41 점(30점 만점)이었다(Table 2).

Table 2. The Degree of Perceived Health Status, Subjective Memory, Depression, Hwa-Byung, Yangsaeng and Cognitive function of Subjects ($N=220$)

Variables	Min.	Max.	Mean	SD
Perceived health status	3.00	12.00	8.17	2.04
Subjective memory	1.00	14.00	7.28	2.46
Depression	0.00	15.00	5.42	1.26
Hwa-Byung	26.00	94.00	55.70	12.92
Yangsaeng	1.25	3.57	2.67	0.45
Cognitive function	9.00	30.00	25.25	3.41

3. 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생 및 인지기능

일반적 특성에 따라 주관적 건강상태의 차이를 살펴본바, 성별, 흡연, 음주상태에 따라서는 유의한 차이가 없었다. 그러나 연령은 69세 이하(9.13점)나 70대(8.24점)가 80세 이상(7.10점) 보다 건강상태가 더 좋았고($F=7.38, p=.001$), 종교를 가진 사람(8.41점)이 갖지 않은 사람(7.71점)보다 유의하게 높았다($t=2.30, p=.023$). 중졸 이상(8.54점)이 초졸 이하(8점) 보다($t=-1.99, p=.049$), 배우자가 있는 사람(8.67점)이 없는 사람(7.82점)보다($t=3.23, p=.001$), 그리고 동거인이 있는 사람(8.45점)이 독거의 경우(7.67점)보다 주관적 건강상태가 유의하게 높았다($t=-2.63, p=.010$). 경제수준은 잘사는 편(8.60점)이거나 보통(8.57점)이 못사는 편이라고 응답한 사람(7.57점)보다 높았고($F=6.83, p=.001$), 현재 질병치료를 위한 약물을 복용하지 않는 사람(9.48점)이 복용하는 사람(7.97점)보다 유의하게 높았다($t=-5.49, p<.001$). 또한 규칙적인 운동을 하는 사람(8.60점)이 하지 않는 사람(7.97점)보다($t=2.34, p$

$=.021$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(8.55점)이 없는 사람(7.41점)보다 주관적 건강상태가 유의하게 높았다($t=3.69, p<.001$).

일반적 특성에 따라 주관적 기억상태는 성별, 약물 복용여부, 음주정도에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았으나 연령이 80세 이상(9.13점)인 경우가 69세 이하(6.13점)나 70대(7.09점) 보다 기억이 좋지 않았다($F=13.11, p<.001$). 종교가 있는 경우(6.94점)보다 없는 경우(7.93점)가 유의하게 더 나빴고($t=-2.90, p=.004$), 중졸 이상(6.16점)보다 초졸 이하(7.80점)($t=4.86, p<.001$), 배우자가 있는 경우(6.42점)보다 없는 경우(7.88점)($t=-4.55, p<.001$), 동거인이 있는 경우(6.79점)보다 없는 경우(8.14점)에 기억상태가 유의하게 더 나빴다($t=4.03, p<.001$). 경제수준은 잘사는 편(6.20점)이거나 보통(6.87점)보다 못사는 편이라고 응답한 사람(8.20점)이 더 좋지 않았다($F=10.05, p<.001$). 또한 과거흡연자(6.46점)에 비해 현재흡연자(7.79점)의 기억상태가 더 좋지 않았고($F=3.39, p=.038$), 규칙적인 운동을 하는 사람(6.13점)에 비해 하지 않는 사람(7.81점)이($t=-4.99, p<.001$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(6.84점)에 비해 없는 사람(8.16점)이 주관적 기억상태가 유의하게 더 나빴다($t=3.90, p<.001$).

일반적 특성에 따라 우울정도를 비교한 결과 음주정도에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았으나 남자(6.38점)가 여자(5.12점)보다 우울한 것으로 나타났다($t=2.11, p=.039$), 연령에 따라 69세 이하(4.65점)나 70대(5.16점)에 비해 80세 이상(7.42점)이 우울정도가 유의하게 더 높았다($F=7.42, p=.001$). 종교가 있는 경우(4.97점)보다 없는 경우(6.31점)가 유의하게 더 높았고($t=-2.27, p=.007$), 중졸 이상(4.14점)보다 초졸 이하(6.02점)가 유의하게 높았고($t=4.12, p<.001$), 배우자가 있는 경우(4.48점)보다 없는 경우(6.09점)($t=-3.69, p<.001$), 동거인이 있는 경우(6.66점)보다 없는 경우(4.73점)에 우울정도가 유의하게 더 높았다($t=4.38, p<.001$). 경제수준은 잘사는 편(4.47점)이거나 보통(4.51점)보다 못사는 편이라고 응답한 사람(6.78점)이 더 높았다($F=14.45, p<.001$), 또한 질병치료를

위한 약물을 복용하는 사람(5.63점)이 복용하지 않는 사람(4.07점)보다 높았고($t=2.43$, $p=.016$), 비흡연자(5.03점)에 비해 현재흡연자(6.31점)가 더 높았으며($F=3.64$, $p=.003$), 규칙적인 운동을 하는 사람(4.17점)에 비해 하지 않는 사람(6.01점)이($t=-4.02$, $p<.001$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(4.76점)에 비해 없는 사람(6.75점)이 우울정도가 유의하게 높았다($t=-4.45$, $p<.001$).

일반적 특성에 따른 화병정도를 비교한 결과 성별, 음주정도에 따라서는 유의한 차이가 없었다. 그러나 연령에 있어 69세 이하(50.78점)나 70대(55.20점)에 비

해 80세 이상(62점)이 화병 점수가 유의하게 더 높았다($F=5.72$, $p=.004$). 종교가 있는 경우(54.07점)보다 없는 경우(58.84점)가 유의하게 더 높았고($t=-2.63$, $p=.009$), 중졸 이상(51.06점)보다 초졸 이하(57.86점)($t=3.75$, $p<.001$), 배우자가 있는 경우(52.07점)보다 없는 경우(58.26점)($t=-3.59$, $p<.001$), 동거인이 있는 경우(52.92점)보다 없는 경우(60.65점)에 화병 점수가 유의하게 더 높았다($t=4.04$, $p<.001$). 경제수준은 보통(51.74점)보다 못사는 편이라고 응답한 사람(60.63점)이 더 높았다($F=12.58$, $p<.001$). 또한 질병치료를 위한 약물을 복용하지 않는 사람(50.86점)보다 복용하는

Table 3. Difference of Perceived Health Status, Subjective Memory, Depression, Hwa-Byung, Yangsaeng and Cognitive function by General Characteristics (N=220)

Characteristics	Categories	Perceived health status		Subjective memory		Depression		Hwa-Byung,		Yangsaeng		Cognitive function	
		M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)
Gender	Male	7.75±2.25	-1.60	7.60±2.54	1.11	6.38±2.02	2.11	57.08±14.77	0.81	74.43±15.20	-0.11	24.13±3.99	-2.80
	Female	8.31±1.95	(.114)	7.17±2.42	(.267)	5.12±1.93	(.039)	55.26±12.29	(.420)	74.69±11.54	(.909)	25.61±3.13	(.006)
Age(year)	≤69	9.13±0.97	7.38	6.13±1.96	13.11	4.65±1.08	7.42	50.78±10.04	5.72	82.83±8.60	8.00	27.65±2.33	41.35
	70~79	8.24±1.95	(.001)	7.09±2.29	($<.001$)	5.16±1.02	(.001)	55.20±12.38	(.004)	77.47±11.64	($<.001$)	25.70±3.02	($<.001$)
	≥80	7.10±2.57	a,b>c	9.13±2.78	a,b<c	7.42±2.96	a,b<c	62.00±15.48	a,b<c	69.55±16.23	a>b,c	21.10±2.68	b>c
Religion	Have	8.41±1.84	2.30	6.94±2.33	-2.90	4.97±1.97	-2.27	54.07±11.73	-2.63	75.74±11.13	1.70	26.37±2.56	6.74
	Have not	7.71±2.31	(.023)	7.93±2.58	(.004)	6.31±1.62	(.007)	58.84±14.52	(.009)	72.48±14.59	(.092)	23.09±3.79	($<.001$)
Education	≤Elementary	8.00±2.14	-1.99	7.80±2.48	4.86	6.02±1.17	4.12	57.86±13.01	3.75	72.84±12.91	-3.18	24.32±3.51	-7.75
	≥Middle school	8.54±1.76	(.049)	6.16±1.99	($<.001$)	4.14±1.09	($<.001$)	51.06±11.48	($<.001$)	78.47±10.60	(.002)	27.26±2.08	($<.001$)
Spouse	Have	8.67±1.73	3.23	6.42±2.06	-4.55	4.48±1.93	-3.69	52.07±10.65	-3.59	78.84±9.38	4.64	26.78±2.53	6.36
	Have not	7.82±2.17	(.001)	7.88±2.54	($<.001$)	6.09±1.33	($<.001$)	58.26±13.77	($<.001$)	71.67±13.54	($<.001$)	24.18±3.54	($<.001$)
Live alone	Yes	7.67±2.26	-2.63	8.14±2.51	4.03	6.66±1.39	4.38	60.65±14.97	4.04	69.92±13.92	-4.06	23.49±3.54	-5.88
	No	8.45±1.85	(.010)	6.79±2.29	($<.001$)	4.73±1.98	($<.001$)	52.92±10.70	($<.001$)	77.27±10.78	($<.001$)	26.24±2.91	($<.001$)
Economic status	Rich	8.60±1.75		6.20±2.25	10.05	4.47±1.04	14.45	54.37±11.45	12.58	82.33±9.64	13.87	27.80±2.07	36.91
	Moderate	8.57±1.63	6.83	6.87±1.99	($<.001$)	4.51±1.59	($<.001$)	51.74±10.43	($<.001$)	80.71±9.17	($<.001$)	26.25±2.60	($<.001$)
	Poor	7.57±2.38	(.001)	8.10±2.75	a,b<c	4.78±1.56	a,b<c	60.63±14.33	b<c	72.60±14.78	a,b>c	23.27±3.53	a>b>c
Smoking	Current smoker	7.89±2.26		7.79±2.22	3.39	6.31±1.44	3.64	56.43±13.11		74.14±12.94		24.92±3.37	
	Past smoker	8.03±2.06	1.49	6.46±2.75	(.038)	4.95±1.41	(.003)	50.86±10.50	2.18	77.90±8.31	-2.08	27.45±2.84	-3.84
	Non smoker	8.40±1.87	(.228)	7.23±2.43	a>b	5.03±1.01	a>c	59.96±12.84	(.030)	71.59±15.36	(.042)	24.23±3.10	($<.001$)
Drinking (per month)	0	8.30±2.30		7.30±2.37		5.13±1.55		53.32±14.36	5.70	74.97±11.78	3.31	24.49±4.81	8.50
	1	8.37±2.00	0.95	7.19±2.66	0.06	5.16±0.90	0.95	53.83±11.91	(.005)	76.41±10.28	(.040)	26.14±2.77	($<.001$)
	≤2	7.97±1.91	(.388)	7.32±2.38	(.946)	5.76±1.33	(.392)	53.21±13.82	a>c	77.17±11.33	a<c	25.04±4.06	a<c
Regular exercise	Yes	8.60±1.70	2.34	6.13±2.19	-4.99	4.17±1.94	-4.02	56.79±11.93	1.23	73.79±10.47	1.68	25.72±3.22	0.92
	No	7.97±2.15	(.021)	7.81±2.39	($<.001$)	6.01±1.25	($<.001$)	56.27±13.03	(.297)	73.85±14.16	(.190)	25.05±3.14	(.400)
Experience of cognition program	Yes	8.55±1.76	3.69	6.84±2.33	-3.90	4.76±1.73	-4.45	50.73±11.41	-4.03	80.33±9.61	4.86	27.24±2.26	6.44
	No	7.41±2.33	($<.001$)	8.16±2.48	($<.001$)	6.75±1.82	($<.001$)	58.01±12.96	($<.001$)	71.97±12.80	($<.001$)	24.33±3.46	($<.001$)

사람(56.43점)이($t=2.18, p=.030$), 비흡연자(53.83점)에 비해 현재흡연자(59.96점)의 화병점수가 더 높았고($F=5.70, p=.005$), 규칙적인 운동을 하는 사람(50.73점)에 비해 하지 않는 사람(58.01점)이($t=-4.03, p<.001$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(52.87점)에 비해 없는 사람(61.38점)이 화병점수가 유의하게 더 높았다($t=-4.36, p<.001$).

일반적 특성에 따른 양생정도를 비교한 결과 성별, 종교유무, 음주정도에 따라서는 차이가 없었다. 그러나 연령에 있어 69세 이하(82.33점)가 70대(77.47점)나 80세 이상(69.55점)보다 양생수준이 유의하게 더 높았다($F=8.00, p<.001$). 학력에 따라서는 중졸 이상(78.47점)이 초졸 이하(72.84점)보다($t=-3.18, p=.002$), 배우자가 있는 사람(78.84점)이 없는 사람(71.67점)보다($t=4.64, p<.001$), 그리고 동거인이 있는 사람(77.27점)이 독거의 경우(69.92점)보다 삶의 질이 유의하게 높았다($t=-4.06, p<.001$). 경제수준은 잘사는 편(82.33점)이거나 보통(80.71점)이 못사는 편이라고 응답한 사람(72.60점)보다 높았고($F=13.87, p<.001$), 현재 질병치료를 위한 약물을 복용하지 않는 사람(77.90점)이 복용하는 사람(74.14점)보다 유의하게 높았다($t=-2.08, p=.042$). 또한 규칙적인 운동을 하는 사람(80.33점)이 하지 않는 사람(71.97점)보다($t=4.86, p<.001$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(76.95점)이 없는 사람(69.96점)보다 양생점수가 유의하게 높았다($t=3.39, p=.001$).

일반적 특성에 따라 인지기능 정도를 비교한 결과 음주정도에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

남자(25.61)가 여자(24.13)보다 인지기능이 유의하게 높았고($t=-2.80, p=.006$), 연령별로는 69세 이하(27.65점), 70대(25.70점), 80세 이상(21.10점)순으로 높아 유의한 차이가 있었다($F=41.35, p<.001$). 종교가 있는 사람(26.37점)이 없는 사람(23.09점)보다($t=6.74, p<.001$), 그리고 중졸 이상(27.26점)이 초졸 이하(24.32점)보다($t=-7.75, p<.001$), 배우자가 있는 사람(26.78점)이 없는 사람(24.18점)보다($t=6.36, p<.001$), 그리고 동거인이 있는 사람(26.24점)이 독거의 경우(23.49점)보다 인지기능점수가 유의하게 높았다($t=-$

$-5.88, p<.001$). 경제수준은 잘사는 편(27.80점), 보통(26.25점), 못사는 편(23.27점) 순으로 높았고($F=36.91, p<.001$), 현재 질병치료를 위한 약물을 복용하지 않는 사람(27.45점)이 복용하는 사람(24.92점)보다 유의하게 높았다($t=-3.84, p<.001$). 또한 비흡연자(26.14점)가 현재흡연자(24.23점)보다($t=8.50, p<.001$), 규칙적인 운동을 하는 사람(27.24점)이 하지 않는 사람(24.33점)보다($t=6.44, p<.001$), 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람(26.63점)이 없는 사람(22.48점)보다 인지기능점수가 유의하게 높았다($t=9.32, p<.001$)(Table 3).

4. 대상자의 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 화병, 양생, 인지기능의 상관관계

주관적 건강상태와 주관적 기억상태($r=-.40, p<.001$), 우울($r=-.48, p<.001$), 화병($r=-.43, p<.001$)은 유의한 음의 상관관계를 나타내었고, 양생수준($r=.46, p<.001$), 인지기능($r=.33, p<.001$)과는 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 주관적 기억상태는 우울($r=.45, p<.001$), 화병($r=.48, p<.001$)과는 양의 상관관계를, 양생($r=-.40, p<.001$), 인지기능($r=-.46, p<.001$)과는 음의 상관관계를 나타내었다. 우울은 양생($r=-.48, p<.001$), 인지기능($r=-.43, p<.001$)과 음의 상관관계를, 그리고 화병($r=.56, p<.001$)과는 양의 상관관계를 나타내었다. 화병은 양생($r=-.53, p<.001$), 인지기능($r=-.43, p<.001$)과 음의 상관관계를, 그리고 양생과 인지기능($r=.35, p<.001$)은 양의 상관관계를 나타내었다(Table 4).

5. 대상자의 인지기능에 영향을 미치는 요인

인지기능에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 대상자의 성별, 연령, 학력, 배우자, 동거인, 경제수준, 약물복용, 흡연, 음주, 인지프로그램 참여경험, 주관적 건강, 주관적 기억, 우울, 삶의 질, 화병, 양생을 변수로 포함하여 입력방법에 의한 다중회귀분석을 실시하였다.

Table 4. Correlation between Perceived Health Status, Subjective Memory, Depression, Hwa-Byung, Yangsaeng and Cognitive Function

	Perceived health status	Subjective memory	Depression	Hwa-Byung	Yangsaeng	Cognitive function
Perceived health status	—					
Subjective memory	-.40 ($< .001$)	—				
Depression	-.48 ($< .001$)	.45 ($< .001$)	—			
Hwa-Byung	-.43 ($< .001$)	.48 ($< .001$)	.56 ($< .001$)	—		
Yangsaeng	.46 ($< .001$)	-.40 ($< .001$)	-.48 ($< .001$)	-.53 ($< .001$)	—	
Cognitive function	.33 ($< .001$)	-.46 ($< .001$)	-.43 ($< .001$)	-.43 ($< .001$)	.35 ($< .001$)	—

Table 5. Factors Affecting on Cognitive Function

	B	SE	β	t	p	VIF	Adj R ²	F(p)
Constant	30.77	0.80		38.57	$< .001$			
Experience of cognition program(No)	-2.37	0.39	-.33	-6.11	$< .001$	1.40		
Subjective memory	-0.28	0.08	-.20	-3.61	$< .001$	1.47		
Age(≥ 80)	-1.63	0.52	-.17	-3.11	.002	1.39	.549	39.09 ($< .001$)
Education(\geq middle school)	1.02	0.37	.14	2.77	.006	1.23		
Smoking(past smoker)	-1.38	0.42	-.15	-3.29	.001	1.04		
Hwa-Byung	-0.04	0.01	-.15	-2.87	.005	1.38		
Religion(have not)	-1.01	0.38	-.14	-2.65	.009	1.37		

Durbin-Watson=1.87

Ref. : Experience of Cognition Program : Yes, Age : ≤ 69 , Education : \leq Elementary school, Smoking : Current smoker, Religion : have

회귀분석을 실시하기 위하여 종속변수의 자기상관과 독립변수 간 다중공선성 검토를 실시하였다. 종속변수의 자기상관은 Durbin-Watson 지수를 이용하였다. Durbin-Watson 지수가 1.87이므로 종속변수는 자기상관이 없이 독립적이다. 독립변수 간 다중공선성은 VIF(분산팽창요인) 지수를 이용하였다. 독립변수 간 VIF 지수는 1.04~1.47로 10 미만이므로 다중공선성이 없는 것으로 나타났다. 따라서 본 데이터는 회귀분석을 실시하기에 적합하다.

다중회귀분석을 실시한 결과 인지관련 프로그램에 참여하지 않은 사람이 참여하는 사람보다($\beta = -.33, p < .001$), 주관적 기억이 좋지 않을수록($\beta = -.20, p$

$< .001$), 연령이 69세 이하에 비해 80세 이상이($\beta = -.17, p = .002$), 현재 흡연자에 비해 과거 흡연자가($\beta = -.15, p = .001$), 화병 점수가 높을수록($\beta = -.15, p = .005$), 종교가 있는 사람에 비해 없는 사람이($\beta = -.14, p = .009$) 인지기능이 더 낮았고, 초졸 이하인 사람보다 중졸 이상인 사람이($\beta = -.14, p = .006$) 인지기능이 더 높은 것으로 나타났으며, 인지기능에 영향을 미치는 요인을 설명하는 설명력은 54.9%이다. 독립변수 중 인지프로그램 참여경험이 인지기능에 가장 큰 영향을 주었으며, 주관적 기억, 연령, 화병, 흡연, 종교, 학력 순으로 인지기능에 영향을 주었다(Table 5).

IV. 논 의

본 연구는 지역사회 재가노인을 대상으로 주관적 건강상태, 주관적 기억상태, 우울, 삶의 질, 화병 및 양생이 인지기능에 미치는 영향을 파악함으로써 실질적이고 구체적인 인지기능향상 교육프로그램 개발의 기초가 되고, 이를 기반으로 노인의 인지기능향상 교육 활성화에 기여하고자 시도하였다. 분석결과를 바탕으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

1. 대상자의 주관적 건강상태, 우울, 화병, 양생의 차이

주관적 건강상태란 자신의 건강상태에 대해 스스로 인식하고 지각하는 것을 말하며 전반적인 건강상태를 나타내기 때문에 개인의 건강상태를 측정할 때 보편적으로 사용된다. 개인의 신체적 변화를 가장 잘 느끼는 사람은 자신이며, 스스로 인지한 건강상태와 실제 건강상태와는 상당한 비례관계가 있다는 연구결과를 근거로 주관적 건강상태는 노인의 건강수준을 다루는 연구에서 비교적 널리 사용되는 지표이다. 일반적으로 노인들은 자신의 건강상태가 스스로 좋지 않다고 평가하는 경향이 있다[24]. 본 연구 결과에서 연령이 80세 이상인 경우가 80세 이하인 경우보다, 그리고 질병치료를 위한 약물 복용자가 약물을 복용하지 않은 사람보다 주관적 건강상태를 더 좋지 않게 인지하고 있어 고령이나 질병 등으로 실제 건강이 좋지 않은 경우 주관적 건강상태도 낮게 인지함을 확인할 수 있었다. 그리고 배우자가 없는 사람, 독거인 경우, 경제적으로 못사는 편이라고 생각하는 경우가 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강상태를 낮게 인지하고 있어 빈곤이나 소외된 독거노인의 경우 건강상태가 더 좋지 않다는 일반적인 연구결과[10,25]와 일치하였다. 따라서 인구의 고령화와 함께 증가하는 독거노인의 건강관리와 삶의 질을 높이기 위한 보다 구체적이고 실제적인 대책이 마련되어야 할 것으로 본다.

화병은 우리 민간사회에서 오랫동안 사용되고 있는 병명의 하나로 정서적 스트레스를 발산하지 못하고 억제하여 발생하며 후기에는 우울로 이어지는 증후군이

다. 본 연구에서 우울이나 화병은 강한 양의 상관관계를 나타냈고, 양생이나 인지기능과는 음의 관계를 나타냈다. 그리고 우울이나 화병은 연령이 80세 이상인 경우, 종교가 없는 경우, 배우자나 동거인이 없는 경우, 경제수준이 낮은 경우, 현재흡연자, 규칙적인 운동을 하지 않는 경우, 그리고 인지관련 프로그램에 참여하지 않는 집단에서 더 높게 나타났다. 이는 화병과 한(恨)이 서로 연결되어 있어 사회경제적 수준이 낮음으로 오는 화남, 속상함, 분노 등의 표현이라는 보고[12]를 지지하고 있다. 화병은 우울로, 그리고 우울은 인지장애로 이어지는 연관성을 볼 때 빈곤이나 소외계층, 생활습관이 좋지 않은 집단에 대한 사회적 배려나 교육의 방안을 마련하는 것이 노인집단의 건강 및 삶의 질을 높이는 중요한 대책이 될 수 있다고 생각된다.

한의학에서는 오래전부터 웰빙의 개념을 포함한 건강개념으로 양생(養生)을 사용하여왔다[22]. 삶의 질이란 웰빙으로 대표될 수 있으며, 자연에 순응하며 좀 더 나은 삶을 추구하는 양생을 실천하여 일상생활을 통한 심신의 조화를 추구함으로써 신체적, 정서적, 인지적 건강상태를 유지 증진할 수 있을 것이다[22]. 본 연구결과에서는 양생이나 삶의 질은 60대가 그보다 높은 연령층에 비해 높았으며, 학력이 높은 경우, 배우자나 동거인이 있는 경우, 질병치료약물을 복용하지 않는 사람, 규칙적 운동을 하는 경우, 그리고 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람의 경우가 그렇지 않은 경우보다 양생실천을 잘 하는 것으로 나타났다. 위에서 고찰한 내용을 종합해보면 연령이 높은 사람이나 홀로 사는 경우, 경제적 수준이 낮은 경우, 초졸 이하, 흡연자, 운동을 하지 않는 사람, 인지관련 프로그램에 참여경험이 없는 사람의 경우 공통적으로 주관적 건강상태가 낮고 우울이나 화병정도가 높고, 양생수준이 낮게 나타나 이는 신체적, 정서적 건강에 악영향을 미치고 결국은 인지건강의 저하를 가져오는 원인이 됨을 알 수 있었다. 따라서 이들 취약계층을 위한 구체적인 건강관리 방안을 마련해야 할 필요성이 있음을 시사하고 있다.

2. 대상자의 주관적 기억상태와 인지기능

본 연구에서 주관적 기억상태는 연령, 종교유무, 학력, 동거인 유무, 경제수준, 흡연, 운동실천여부, 인지관련 프로그램 참여 여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 주관적 기억이란 개인이 스스로 느끼는 기억력의 정도를 말하며, 이는 우울이나 불안과 밀접한 관련이 있다[9,10]. 본 연구에서도 우울이나 화병 정도가 높을수록 주관적 기억력은 낮은 관계를 나타내어 이를 지지하고 있다. 또한 주관적 기억력과 객관적 인지기능과는 관련이 높다는 연구결과가 제시되면서 주관적 기억장애를 경도인지장애의 전구증상으로 보고 진단기준에 포함시키기도 한다[26]. 본 연구에서도 주관적 기억장애와 인지기능은 양의 상관관계를 나타내어 유사한 결과를 보였는데 선행연구에서 밝혀진 바와 같이 주관적 기억이나 인지기능 모두 우울, 불안 등의 정서적 상태와 깊은 관계를 나타내므로 노인의 인지기능장애나 초기치매의 고위험군을 예측하기 위한 유효한 변수로 활용할 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구결과 인지기능은 남자가 여자보다 높았고, 나이가 많을수록 낮으며, 종교가 있는 경우, 배우자나 동거인이 있는 경우, 중졸 이상이 초졸 이하보다, 경제수준이 높을수록 그리고 현재 질병치료 약물을 복용하지 않는 사람이 복용하는 사람보다 높았다. 또한 비흡연자, 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람이 없는 사람에 비해 인지기능이 더 높은 것으로 나타났다. 성별에 있어 선행연구에서 남성이 여성보다 인지기능이 더 높은 것으로 나타난 결과[13,15]와 일치하나 일부 연구에서는 남성이 더 낮다는 보고[27]도 있어 성별에 따른 인지기능의 차이에 대한 추가연구가 필요하다고 본다. 또한 연령별로는 대부분의 연구[13,15,27]에서 낮은 연령층보다는 높은 연령층에서 인지기능 저하율이 높다고 보고하여 일치를 보이고 있으므로 가령(加齡)에 따른 인지저하는 재론의 여지가 없어 보인다. 교육정도와 인지기능과도 많은 연구[13,15,27]에서 밀접한 관련이 있음을 나타내어 본 연구결과와 일치하였는데 Katzman[28]은 교육수준이 낮을수록 인지적 자극이 부족하여 인지기능 저하가 빨

리 진행되며, 교육을 받은 사람의 뇌는 거의 교육을 받지 못한 사람에 비해 여분의 신경전달 섬유가 훨씬 많기 때문에 인지기능장애가 적다는 가설을 제시하였다. 종교 활동을 하거나 배우자나 동거인과 함께 생활하는 사람이 그렇지 않은 경우보다 인지기능이 더 높다는 본 연구결과는 사회생활에 참여하는 노인들이 독거노인보다 인지기능이 높다는 결과[10,25]와 유사하다. 이는 객관적 인지기능과 사회적 활동의 빈도, 정서적 지지는 서로 밀접한 관련이 있으며, 배우자는 사회적 관계 중 하나로 지적기능에 자극을 제공하여 인지기능이 보호되고, 사회적 접촉이 제한될수록 인지기능 감퇴나 치매발병의 위험이 증가하는 것으로 확인되었다[29]. 따라서 노인의 인지기능을 효과적으로 관리하기 위해서는 성별, 연령, 교육수준, 거주형태 등을 고려하여 중재프로그램을 개발할 필요가 있겠다.

3. 인지기능에 영향을 미치는 요인

인지기능은 인간이 어떤 대상이나 사물에 대하여 느낌으로 감지하거나 분별하여 판단, 직관 및 기억하는 능력으로 건강한 인지기능은 성공적 노화의 핵심요인 중 하나이다. 본 연구결과 인지기능에 영향을 미치는 요인으로 인지관련프로그램의 참여경험이 설명력이 가장 큰 변수이었으며, 주관적 기억, 연령, 화병, 흡연, 종교, 학력 순으로 인지기능에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이들의 설명력은 54.9%였다. 선행연구에서 대부분 인지기능과 우울과 관계가 있음을 보고하였으나 이와 일치하지 않는 결과들도 제시되고 있다[13]. 본 연구에서도 우울로 이어지는 화병은 영향요인임이 확인되었으나 우울은 유의한 영향을 미치지 않는 변수로 나타나 차이가 있었다. 이는 본 연구 대상자의 경우 인지관련 프로그램에 참여한 경험이 있는율이 66.8%로 높고, 우울점수는 5.42점(15점 만점)으로 타 연구[13,15]에서 보고한 7.92~10.56점보다 낮아 유의한 영향이 나타나지 않은 것으로 해석된다. 현재 우울은 인지기능이나 치매와 연관성이 높다는 견해가 일반적이지만 다양한 프로그램을 통해 노인들의 우울감을 감소시킬 수 있으므로 아직 인지기능에

문제가 없는 노인들 대상으로 이러한 프로그램을 통해 우울감을 낮게 유지하는 것도 매우 의미 있는 일이라 생각된다. Kim[10]의 연구에서는 지역사회 재가 노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인으로 성별, 연령, 교육수준, 주관적 건강상태, 알코올남용 여부 등으로 나타나 본 연구에서와 유사한 결과를 보였다. 또한 Won 등[30]은 인지기능 정도를 예측하는 주요변수로 교육이 가장 설명력이 높았고, 다음으로 연령을 보고하여 약간의 차이가 있었다. 그러나 이상의 고찰을 통해 보면 많은 연구를 통해 노인의 인지기능에 영향을 주는 요인들이 순서에 차이는 있으나 거의 비슷한 변수들로 확인되고 있다. 노인인구가 급증하고 있는 현 상황에서 노인성질환 및 인지기능장애를 예방하기 위한 효과적인 프로그램을 실시하기 위해서는 이와 관련된 영향요인을 파악하는 것이 필수적인 일이다. 본 연구에서 재가노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인으로 규명된 인지관련 프로그램참여 여부를 포함한 변수들을 중재하는 인지기능강화 프로그램들이 개발 적용되고 지속적으로 평가되어 인지기능장애를 경감시키거나, 진행을 지연시키도록 하는 효율적인 방안이 마련되어야 함을 제언한다.

V. 결론 및 제언

재가노인의 인지기능에 영향을 미치는 요인으로 인지관련프로그램의 참여경험, 주관적 기억과 연령, 화병, 흡연, 종교, 학력 순으로 인지기능에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히, 인지관련프로그램의 참여경험이 가장 큰 변수이었다. 더불어 인지기능의 주관적 건강상태와 주관적 기억상태, 우울, 화병은 유의한 음의 상관관계를 나타내었고, 삶의 질, 양생수준과 인지기능과는 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 주관적 기억상태는 우울, 화병과는 양의 상관관계를, 양생, 인지기능과는 음의 상관관계를 나타내었고, 우울은 양생, 인지기능과 음의 상관관계를, 그리고 화병과는 양의 상관관계를 나타내었다. 화병은 양생, 인지기와 음의 상관관계를, 그리고 양생과 인지기능은 양의

상관관계를 나타내었다.

이상의 연구결과는 지역사회 노인의 인지기능강화를 위한 교육 및 간호 중재 프로그램개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다. 따라서 국가 및 지자체에서 지역 사회 노인을 대상으로 전문적이고 체계적인 인지강화 관련 프로그램을 시행하여 주관적 기억이 향상 될 수 있도록 노력하여야 하며, 현재 지자체에서 운영하고 있는 치매 안심센터와 지역 사회의 지지자원을 이 부분에 적극적으로 활용하도록 노력해야 할 것이다.

본 연구는 대상자를 일부 지역에 한정되어 조사하였기 때문에 전체 노인에게 확대하여 일반화하는 데는 한계성을 가진다. 이에, 추후 대상자를 전국으로 확대하여 인지기능에 미치는 다양한 요소들의 변수로 반복연구가 필요하다. 또한 지역사회 노인의 인지강화증진을 위하여 한의학적 접근을 포함한 다양한 인지건강프로그램의 적용효과에 대한 중재 연구를 제언한다.

References

1. Korean National Statistical Office. The aged population statistics. 2016; Retrieved. August, 12, 2018, from <http://www.kostat.go.kr>.
2. Shimada H, Park H, Makizako H, Doi T, Lee S, Suzuki T. Depressive symptoms and cognitive performance in older adults. *Journal of Psychiatric Research*. 2014;57:52-59.
3. National Institute of Dementia. National institute of dementia annual report. 2017;15.
4. John AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a qualitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;76(5):465-479.
5. Seo KM. The effectiveness that bibliotherapy program applied with picture books influences on enhancement of the elderly's functions [master's thesis]. Gyeonggi: PyongTaek University; 2011. p.1-110.

6. Park SG, Ko JU, Lee YH. Gender differences in cognitive impairment related to the elderly. Korea Society for Wellness. 2012;7(3):85-95.
7. The Dictionary Compiling Committee. A oriental medical dictionary. Seoul: Jungdam Books co;2010.
8. Kim YR. The Effects of the Reminiscence therapy program on the perception of the elderly suffering from dementia. Journal of the Korean Academy of Health and Welfare for Elderly. 2015;7(1):19-36.
9. Park JS, Park SJ, Yun JY, Choi KG. Efficacy of dementia program for cognitive function, depression, and physical function in the elderly Non demented women-focused on senior citizens center. Journal of Korean society of Occupational therapy. 2015;23(3):79-96.
10. Kim EJ. Factors influencing cognitive impairment of the elderly residents. Journal of East-West Nursing Research. 2010;16(2):122-130.
11. Middleton LE, Barnes DE, Lui LY, Yaffe K. Physical activity over the life course and its association with cognitive performance and impairment in old age. Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58(7):1322-1326.
12. Park KS, Kim YH, Lee KY, Lyu YS, Jeong HY. Factors affecting on suicidal ideation in community dwelling elders. J of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(1):39-48.
13. Langa KM, Larson EB, Karlawish JH, Cutler DM, Kabeto MU, Kim SY, Rosen AB: Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? Alzheimers Dement. 2008; 4(2):134-144.
14. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and life style s of the elderly. Research in Nursing & Health. 1989;12:93-100.
15. Whang MH. Structural Model for selfcare and well-being of elderly [dissertation]. Kyungpook: Kyungpook National University; 2000. p.1-106.
16. Vale FA, Balieiro-Jr AP, Silva-Filho JH. Memory complaints cale(MCS); proposed tool for active systematic search. Dementia Neuropsychologia. 2012; 6(4):212-218.
17. Song YC. The Relationship among Subjective memory impairment, Depression and Perceived health status of the Elderly. Unpublished master's thesis, Catholic University. 2015.
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, Journal of Psychiatric Research. 1983; 7(1):37-49.
19. Kee BS. A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korean version, Journal of the Korean Neuropsychiatric Association. 1996;35(2):298-307.
20. Kim JW, Kwon JH, Lee MW, Park DG. Development of Hwa-Byung diagnostic interview schedule(HBDIS) and its validity test. Korean Journal of Health Psychology. 2004;9(2): 321-331.
21. Min SK, Kim KH(1998). Symtoms of Hwabyung. The Korean Journal of Neuropsychiatry Association. 1998;37(6):1138-1145.
22. Kim AJ. Development of a tool in measuring yangsaeng. Journal of Korean Academy of Nursing. 2004;34(5):729-738.
23. Kim TH, Jhoo JH, Park JH, Kim JL, Ryu SH, Moon SW, et al. Korean version of mini mental status examination for dementia screening and its' short form. Journal of the Korean Neuropsychiatric Association. 2010;7(2):102-108.
24. Suh SR, Hong HS. Stress, immune cells, physical health status and depression of elderly. Journal of Korean Biological Nursing Science. 2001;3(1):73-90.
25. Kim GT, Park BG. Life Satisfaction and Socal Support Network of the Elderly Living Alon. Journal of Korean Gerotology. 2000;20(1):155.

26. Lee SA, Lee WH, Song JY, Paik JW. Association between Subjective Memory Complaints and Objective Cognitive Functions in Elderly. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2011;30(1):247-261.
 27. Kim HR, Yang MG. Cognitive impairment and risk factors among elderly persons aged 60 or more in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2013; 27(3):450-465.
 28. Katzman R, Galasko D, Saitoh T, Thal LJ. Genetic Evidence That the Lewy Body Variant Is Indeed a Phenotypic Variant of Alzheimer's Disease. *Brain and cognition*. 1993;28(3):259-265.
 29. Lee KN. The relationship between subjective memory complaints and objective function in the elderly: moderation effect of depression and social support [master's thesis]. Seoul: Ewha University; 2014. p.1-70.
 30. Won JS, Kim JW. Influencing Factors on Cognitive Function and Depression in Elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003;12(2):148-154.
-