pISSN 1225-665X, eISSN 2234-1668
stress 2018;26(4):259-267
https://doi.org/10.17547/kjsr.2018.26.4.259

ORIGINAL ARTICLE

Check for updates

독거노인의 인지기능 및 삶의 만족도 위험요인 탐색

이지영
중부대학교 간호학과

Risk Factors to Cognitive Function and Life Satisfaction in Elderly Living Alone

Jee Young Lee
Department of Nursing, Joongbu University, Geumsan, Korea

Key messages
본 연구는 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 탐색하고자 하였다. 전국 표본추출로 실시된 2014년도 노인실태조사 원시자료 중에서 만 65세 이상인 독거노인 2,449명의 자료를 분석하였다. 인지기능의 위험요인은 고령과 사별경험, 무학력, 운동 안함, 낮은 사회문화 활동만족도로 확인되었다. 삶의 만족도 위험요인은 이혼/미혼/별거경험, 무학력, 미취업, 부정적 건강평가와 우울진단, 운동 안함, 정서적 학대, 경제적 학대, 재정적 방임 경험과 낮은 인지기능 수준으로 확인되었다. 이는 고령의 사별한 독거노인 대상의 적극적인 인지기능 검사 및 강화 프로그램, 사회문화활동 참여를 위한 네트워킹, 우울 예방과 운동 및 건강증진 프로그램, 노인학대 예방을 위한 사회적 노력이 필요함을 시사해준다.
중심단어: 인지기능, 삶의 만족도, 노인

This research was supported by the Joongbu University Research Fund in 2018.

Received October 7, 2018
Revised October 19, 2018
Accepted October 20, 2018

Corresponding author
Jee Young Lee
Department of Nursing, Joongbu University, 201 Daehak-ro, Chubu-myeon, Geumsan 32713, Korea
Tel: +82-41-750-6244
Fax: +82-41-750-6416
E-mail: jyleena@joongbu.ac.kr

ORCID:
Jee Young Lee
(http://orcid.org/0000-0001-8527-4374)

Abstract
Background: The purpose of this study was to identify the risk factors influencing cognitive function and life satisfaction in elderly living alone.
Methods: It was cross-sectional descriptive study by using secondary data from the 2014 national survey of Korean elderly. The study sample consisted of 2,249 subjects who live alone, aged 65 years old and over. Data were analyzed frequency analysis, χ^2-test, t-test, ANOVA and Logistic regression analysis.
Results: The risk factors that significantly influenced cognitive function were old age, bereavement, lack of education, no regular exercise and low socio-cultural activity satisfaction. The risk factors that significantly influenced life satisfaction were no bereavement, lack of education, no work, negative evaluation of health status, diagnosis of depression and no regular exercise. Also experience of emotional and economical abuse, neglect of financial support and low cognitive function were identified risk factors of life satisfaction.
Conclusions: The elderly living alone with risk factors of cognitive decline should be interested. To prevent or delay cognitive impairment, regular exercise and socio-cultural activities were recommended. It was suggested that the promotion of cognitive function, appropriate work and exercise, and social efforts to prevent abuse and neglect can contribute to improving life satisfaction of elderly living alone.
Key Words: Cognition, Life satisfaction, Elderly

서 론

한국사회는 인구 고령화와 사회 및 가족구조의 변화에 따른 독거노인수의 급속한 증가로 인해 이들의 건강문제에 대한 관리와 삶의 질을 위한 정책이 중요한 사회적 이슈가 되고 있다. 통계청 자료에 따르면, 2018년 우리나라의 65세 이상 인구가 738만 1천명으로 전체 인구의 14.3%를 차지하고 있다. 이는 2005년에 65세 이상 인구가 전체 인구의 8.7%였음과 비교하면 노령인구가 급속하게 증가하고 있음을 보여주는 것이다. 또한, 가족구조의 변화로 2018년 65세 이상 고령자의 72.4%가 자녀와 따로 사는 노인 단독가구이며, 이러한 비동거 비율은 계속 증가하는 추세이다. 게다가 노령인구 중 사회적으로 가장 취약한 집단인 독거노인의 비율도 꾸준히 증가하여 2017년에 65세 이상 고령자의

19.3%를 차지하였다(National Statistical Office, 2018).

독거노인은 배우자나 자녀 등 가족과 함께 사는 노인과 달리 심리사회적인 지원이나 경제적인 지원 등을 받기 어려우며, 다양한 만성질환을 갖고 있어 기본적인 일상생활을 영위하기도 쉽지 않다. 독거노인의 분포는 여성, 농어촌지역, 저소득층, 저학력 층에 집중되는 양상을 보이고 있으며, 신체적, 정신적 건강문제에 더 취약한 것으로 나타났다(Jung KH, 2015). 독거노인은 신체적 건강상의 문제는 물론, 우울이나 외로움(Cohen-Mansfield, 2016; Chen *et al*., 2014), 연약함(Sánchez-García *et al*., 2014)을 더 많이 느끼는 것으로 나타났고, 정신건강 측면에 취약하여 더 높은 자살률을 보이며(Torresani *et al*., 2014), 치매나 인지기능 저하의 위험도 더 크다고(Kim SJ *et al*., 2015) 보고되고 있다.

한편, 독거노인의 인지적 특성관련 연구에서 치매를 가진 독거노인의 77.3%가 자신의 인지기능을 좋다거나 약간 나빠진다고 응답하는 양상을 보이며, 가족이나 다른 사람과 함께 사는 노인보다 인지기능손상이나 일상생활 기능장애가 발견되기 어렵고(Lehmann *et al*., 2010), 독거노인의 대부분이 고령의 여성으로 임상적으로 치매진단을 받지는 않았으나, 선별검사에서는 치매의심군으로 나타나 인지적 손상이 자해와 타해의 위험을 증가시킨다고(Gibson *et al*., 2017) 보고한 연구들을 통해, 지속적으로 증가하고 있는 인지기능 손상의 위험군인 독거노인의 인지기능 관련요인에 대한 보다 적극적인 연구와 개입이 필요함을 알 수 있다.

또한, 독거노인은 경제적 어려움으로 인한 재정적 지원 만족도와 사회적 관계 만족도가 낮았으며, 주관적 건강상태, 우울, 경제적 수준, 사회적지지, 직업, 의료서비스 만족이 이들의 삶의 질에 영향을 주며(Chen *et al*., 2014), 외로움과 기억상실(Svanström *et al*., 2015)이 삶의 의미에 영향을 주는 것으로 확인되었다. 사회적 상호작용과 사회적 지원의 감소가 독거노인의 부정적인 주관적 건강평가를 초래하고(Caetano *et al*., 2013), 자녀나 친구, 이웃과 같은 비공식적인 사회관계가 이들의 자살사고와 관련됨(Kwon HJ *et al*., 2018)을 보고하고 있어 독거노인의 사회적 고립을 막고, 삶의 질을 높이기 위한 연구와 체계적인 방안이 필요하다.

뿐만 아니라, 최근에는 신체적, 심리적, 사회적 기능이 저하되는 노년기에 발생하는 학대가 심각한 사회문제로 대두되고 있는데, 세계보건기구(WHO)에서는 노인학대를 '노인과의 모든 관계에서 노인에게 해가 되거나 장애를 일으킬 수 있는 일회성이거나 반복적 행동, 또는 적절한 행동의 부족'이라고 정의하고 있다(World Health Organization, 2002). 노인학대로 인한 심리적 피해는 다른 영역에 비해 광범위하고, 노인의 삶의 질과 안녕감을 저하시키는 중요한 요인(Choi NG *et al*., 2000)이므로 노인의 사회적 관계의 요소인 학대경험과 삶의 만족도와의 관련성을 탐색할 필요가 있다고 본다. 노인학대는 국내.외의 사회문화적 차이와 연구방법의 차이로 인해 여러 연구들에서 서로 상충되는 결과를 보이기도 하나, 나이가 많고 교육수준과 경제적 수준이 낮으며, 신체적 기능과 인지기능의 저하가 있는 경우에 삶의 질이 낮다는 결과에는 일치를 보이고 있다. 최근 연구에서는 배우자가 없거나 독거노인의 경우에 학대의 위험이 더 크다는 결과(Dong X, 2014; Wang MS *et al*., 2015)도 보고되고 있는데, 노인학대의 유형에 따른 삶의 만족도를 구체적으로 규명하는 후속연구를 제언하고 있다.

한편, 이러한 독거노인의 취약성에도 불구하고 이들을 대상으로 한 연구는 일반 노인인구 집단에 비해 아직 상대적으로 미흡한 실정이다. 특히 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도 관련 연구들은 일부 지역에 국한된 것이 대부분이고, 몇몇 대단위 연구도 특정 변수들을 중심으로 분석한 것이므로, 대상자의 일반적 특성, 건강관련 특성은 물론, 학대경험을 포함한 사회적 관계 특성을 중심으로 한 포괄적인 접근으로 독거노인의 인지기능 손상과 삶의 만족도 위험요인을 확인하는 대단위 조사연구가 필요하다. 이에 본 연구는 우리나라 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 탐색하여 독거노인의 정신건강과 사회심리적 건강증진에 유용한 자료를 제공하고자 한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 보건복지부(Minstry of Health and Welfare)와 한국보건사회연구원(Korea Institute for Health and Social Affairs)에서 실시한 2014년도 노인실태조사 자료를 이용한 이차분석연구로 만 65세 이상 독거노인의 인지기능 및 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 탐색하기 위한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구자료 및 연구대상

본 연구는 전국에서 표본 추출한 노인을 대상으로 보건복지부와 한국보건사회연구원이 공동으로 실시한 2014년도 노인실태조사 원시자료를 연구자료로 이용하였다. 이 조사는 노인 정책수립에 필요한 기초자료를 제공하기 위한 목적으로 노인복지법 제 5조 노인실태조사 실시의 법제화에 따라 3년을 주기로 실시되고 있는 법정조사이다(보건복지부, 2014). 원시자료의 표적모집단은 2014년 현재 전국 16개 시.도의 일반주거 시설에 거주하는 만 65세 이상의 노인으로 전국의 시.도, 동/읍,면 975개 조사구에서 층화집락 추출법을 이용하여 표본을 선정하였으며, 조사구 당 노인인구 비율을 고려한 확률비례계통 추출법을 이용하였다.

원시자료의 자료수집은 2014년 6월 11일부터 2014년 9월 4일까지 훈련받은 조사원이 표본 선정된 가구를 직접 방문하여 실시하였다. 조사의 목적과 내용을 설명하고, 통계법에 따라 비밀이 보장되며, 모든 응답내용이 통계자료로만 이용됨을 서면으로 안내한 후에 일대일 면접조사로 실시하였다. 대상자는 일반적 특성을 포함하여 건강상태, 건강행태, 경제활동, 가족 및 사회적 관계, 노후생활과 삶의 질, 인지기능 등의 문항에 자가 응답하였으며, 신체적, 정신적인 이유로 인해 자가 응답이 불가능한 노인의 경우에는 주관적 판단

이 중요한 의미를 가지는 조사문항을 제외하고 가구원의 대리응답을 허용하였다. 2014년도 노인실태조사의 대상자는 172명의 대리응답을 포함하여 총 10,451명이었다.

원시자료는 통계청 승인자료(통계청 승인번호 117071)로 한국보건사회연구원(KIHASA) 보건복지데이터 포탈에서 연구용으로 마이크로데이터 유료이용 신청을 한 후, 해당기관의 승인을 받아 자료를 이용하였다. 본 연구의 대상자인 독거노인은 원시자료 총 대상자 10,451명 중 가구원 조사에서 1인으로 응답하고, 만 65세 이상인 대상자 2,509명으로 선정하였으며, 이 중 대리응답자(16명)와 미흡한 응답자(44명)를 제외한 총 2,449명의 자료를 최종분석에 이용하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 혼인상태, 교육수준, 취업여부를 이용하였다. 연령은 출생연월과 연령조견표를 통해 기재된 만 연령이며, 혼인상태는 미혼, 사별, 이혼, 별거로 분류하였고, 교육수준은 무학(글자 모름), 무학(글자 해독가능), 초등학교 졸업, 중학교졸업, 고등학교 졸업이상으로 재분류하였다. 취업여부는 지난 일주일 간 1시간 이상 수입을 목적으로 일한 경우에 '취업'으로, 아닌 경우에는 '미취업'으로 분류하였다.

2) 건강관련 특성

대상자의 건강관련 특성은 주관적 건강평가, 우울증 여부, 흡연여부, 음주여부, 운동여부를 이용하였다. 주관적인 건강평가는 '매우 건강함'과 '건강함'을 '건강함'으로, '그저 그렇다'를 '보통'으로, '나쁨'과 '매우 나쁨'을 '나쁨'으로 재분류하였고, 우울증 여부는 3개월 이상 우울을 앓고 있으며, 우울증으로 의사의 진단을 받은 경우에 '우울증 있음'으로, 아닌 경우에 '우울증 없음'으로 재분류하였다. 또한, 흡연은 현재 흡연여부에 따라 '흡연함'과 '흡연하지 않음'으로, 음주는 최근 1년간의 음주여부에 따라 '전혀 마시지 않음'은 '음주하지 않음'으로 하고, 횟수에 상관없이 음주를 한 경우에는 '음주함'으로 재분류하였다. 운동은 평소 운동을 하는 경우에 '운동함'으로, 아닌 경우에 '운동하지 않음'으로 분류하였다.

3) 사회적 관계 특성

대상자의 사회적 관계 관련 특성으로는 학대경험여부를 이용하였다. 학대경험여부는 지난 1년간 신체적 학대, 정서적 학대, 경제적 학대, 간병수발 방임, 재정적 방임형태의 5개 학대여부를 각각 파악하기 위해 각 학대유형을 설명하고, 이를 경험하였는가를 질문한 것으로 동일한 도구를 사용한 선행연구(Kang SR, 2016)를 근거로 각 해당질문에 대해 '예'라고 응답한 경우에 '해당 학대경험이 있음'으로, '아니오'로 응답한 경우에는 '해당 학대경험이 없음'으로 분류하였다.

4) 인지기능

대상자의 인지기능은 치매선별용 한국어판 간이정신상태검사(MMSE-DS; Korean Version of Mini-Mental State Examination for Dementia Screening)를 이용하여 측정하였다. 검사문항은 시간 및 장소에 대한 지남력 10문항(10점), 기억등록 3문항(3점), 주의력 및 계산능력5문항(5점), 기억회상 3문항(3점), 언어기능 4문항(7점), 이해력 및 판단 2문항(2점)으로 구성되며, 총 30문항이다. 각 질문에 대해 정답이면 1점, 오답이면 0점으로 처리하여 최저 0점에서 최고 30점으로 평가하며, 총점이 높을수록 인지기능이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 본 도구의 표준화와 타당성 검토 연구를 한 Park JH & Kwon YC(1989)이 제시한 구분점(24점 이상은 정상, 20～23점은 치매 의심, 19점 이하는 치매 확정)과 선행연구(Kang HW, 2016; Seo SO *et al.*, 2016)에서의 기준을 근거로 하여 24점 이상을 인지기능 정상군으로, 23점 이하를 인지기능 저하군으로 분류하였다.

5) 삶의 만족도

대상자의 삶의 만족도는 자신의 건강상태, 경제상태, 배우자 및 자녀와의 관계, 사회문화 활동, 친구와 사회적 관계 영역 중에서 대상자의 특성을 기반으로 미혼, 생존 배우자나 자녀가 없어 해당되지 않는 문항을 제외한 총 4문항 5점 척도점수를 이용하였다. 원시자료의 각 문항을 1점(전혀 만족하지 않음)부터 5점(매우 만족함)으로 변환하여 삶의 영역 만족도 점수를 합한 총점을 이용하여 최저 4점에서 최고 20점으로 평가하며, 총점이 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 정규분포하는 연속형 변수의 범주화 방법인 평균과 표준편차에 근거하여 구분점을 구하는 방법을 사용하였으며, 11점 이상을 삶의 만족도 상위군으로, 10점 이하를 삶의 만족도 하위군으로 분류하였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 PASW Statistics ver.18.0 (IBM Corp., Somers, NY, USA)프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강관련 특성, 사회적 관계 특성은 빈도분석과 성별에 따른 차이를 확인하기 위한 χ^2-test, 인지기능과 삶의 만족도 수준은 기술통계 분석을, 대상자의 각 특성에 따른 인지기능과 삶의 만족도의 차이는 t-test, ANOVA와 Scheffe 사후검정을 이용하였다. 또한, 인지기능 저하군과 삶의 만족도 하위군에 대하여 각 변인들의 영향력을 평가하기 위하여 Logistic Regression Analysis를 실시하였다.

결 과

1. 연구대상자의 특성

대상자의 특성은 Table 1에 제시하였다. 독거노인의 성별 분포는 남성이 416명(17%), 여성이 2,033명(83%)이었고, 혼인상태는 사별이 2,138명(87.3%)으로 가장 많았다. 교육

Table 1. Socio-demographic and health-related characteristics (N=2,449)

Variables	Categories	Total (N=2,449)	Male (N=416)	Female (N=2,033)	χ^2 (p)
		N (%)	N (%)	N (%)	
Age (years)	65~75	1,246 (50.9)	242 (58.2)	1,004 (49.4)	10.67 (.001)
	≥76	1,203 (49.1)	174 (41.8)	1,029 (50.6)	
Marital status	unmarried	29 (1.2)	11 (2.7)	18 (0.9)	181.74 (<.001)
	Bereaved	2,138 (87.3)	280 (67.3)	1,858 (91.4)	
	divorced	222 (9.1)	97 (23.3)	125 (6.1)	
	separated	60 (2.4)	28 (6.7)	32 (1.6)	
Education level	None (Illiteracy)	472 (19.3)	24 (5.8)	448 (22.0)	308.29 (<.001)
	None (literacy)	814 (33.2)	75 (18.0)	739 (36.4)	
	Elementary	720 (29.4)	130 (31.3)	590 (29.0)	
	Middle	184 (7.5)	58 (13.9)	126 (6.2)	
	≥High	259 (10.6)	129 (31.0)	130 (6.4)	
Working status	Working	633 (26.8)	106 (25.5)	527 (25.9)	0.04 (.851)
	Not working	1,816 (74.2)	310 (74.5)	1,506 (74.1)	
Subjective health evaluation	Healthy	587 (24.0)	151 (36.3)	436 (21.4)	43.27 (<.001)
	Moderate	562 (22.9)	89 (21.4)	473 (23.3)	
	Unhealthy	1,300 (53.1)	176 (42.3)	1,124 (55.3)	
Diagnosis of depression	Diagnosed	93 (3.8)	7 (1.7)	86 (4.2)	6.14 (.013)
	Undiagnosed	2,356 (96.2)	409 (98.3)	1,947 (95.8)	
Smoking	Smoking	209 (8.5)	118 (28.4)	91 (4.5)	252.48 (<.001)
	Nonsmoking	2,240 (91.5)	298 (71.6)	1,942 (95.5)	
Drinking	Drinking	487 (19.9)	187 (45.0)	300 (14.8)	197.64 (<.001)
	Nondrinking	1,962 (80.1)	229 (55.0)	1,733 (85.2)	
Exercise	Exercise	1,362 (55.6)	262 (63.0)	1,100 (54.1)	11.02 (.001)
	No exercise	1,087 (44.4)	154 (37.0)	933 (45.9)	
Physical abuse	Yes	8 (0.3)	2 (0.5)	6 (0.3)	0.37 (.545)
	No	2,441 (99.7)	414 (99.5)	2,027 (99.7)	
Emotional abuse	Yes	219 (8.9)	30 (7.2)	189 (9.3)	1.84 (.175)
	No	2,230 (91.1)	386 (92.8)	1,844 (90.7)	
Economical abuse	Yes	16 (0.7)	4 (1.0)	12 (0.6)	0.73 (.392)
	No	2,433 (99.3)	412 (99.0)	2,021 (99.4)	
Neglect of health care support	Yes	75 (3.1)	25 (6.0)	50 (2.5)	14.66 (<.001)
	No	2,374 (96.9)	391 (94.0)	1,983 (97.5)	
Neglect of financial support	Yes	136 (5.6)	47 (11.3)	89 (4.4)	31.53 (<.001)
	No	2,313 (94.4)	369 (88.7)	1,944 (95.6)	

정도는 무학(문맹과 글자해독 포함)이 1,286명(52.5%)으로 가장 많았고, 취업한 사람은 633명(26.8%)이며, 주관적 건강평가에서 건강이 나쁘다고 평가한 사람은 1,300명(53.1%)이었다. 우울진단을 받은 사람은 93명(3.8%)이며, 흡연자는 209명(8.5%), 음주자는 487명(19.9%), 평소에 운동을 하는 사람은 1,362명(55.6%)로 나타났다. 학대경험으로는 정서적 학대경험이 219명(8.9%)로 가장 많았고, 재정적 지원 방임 136명(5.6%), 간병수발 방임 75명(3.1%), 경제적 학대 16명(0.7%), 신체적 학대 8명(0.3%)의 순으로 나타났다.

성별에 따른 대상자의 특성을 비교하면, 여성의 만 76세 이상의 비율이 50.6%로 남성의 만 76세 이상의 비율인 41.8%보다 유의하게 높았다(χ^2=10.67, p=.001). 혼인상태도 유의한 차이를 보였는데(χ^2=181.74, p<.001), 여성의 사별 비율이 91.4%임에 비해 남성의 사별 비율은 67.3%로 가장 큰 차이를 보였다. 교육수준에서도 성별에 따라 유의한 차이를 보였는데(χ^2=308.29, p<.001), 여성의 경우 무학(문맹과 글자해독 포함)의 비율이 58.4%임에 비해 남성의 무학(문맹, 글자해독 포함)비율은 23.8%로 가장 큰 차이를 보였고, 또한, 여성의 고졸이상 비율이 6.4%임에 비해 남성노인의 고졸이상 비율은 31%로 큰 차이를 보였다. 건강관련 특성에서는 주관적 건강평가에서 유의한 차이를 보였는데(χ^2=43.27, p<.001), 여성이 건강하다고 평가한 비율이 21.4%임에 비해 남성노인이 건강하다고 평가한 비율은 36.3%로 가장 큰 차이를 보였다. 여성의 우울진단 비율은 4.2%로 남성의 우울진단 비율인 1.7%보다 유의하게 높았다(χ^2=6.14, p=.013). 또한, 남성의 흡연비율이 28.4%로 여성의 흡연비율인 4.5%보다 유의하게 높았고(χ^2=252.48, p<.001), 남성의 음주비율이 45%로 여성의 음주비율인 14.8%보다 유의하게 높았다(χ^2=197.64, p<.001). 남성의 운동비율도 63%로 여성의 운동비율인 54.1%보다 유의하게 높았다(χ^2=11.02, p=.001). 사회적 관계 특성에서는 간병수발 방임과 재정적 방임에서만 유의한 차이가 나타났다. 여성의 간병수발 방임비율은 2.5%임에 비해 남성의 간병수발 방임비율이 6%로 유의하게 높았고(χ^2=14.66, p<.001), 여성의 재정적 방임비율은 4.4%임에 비해 남성의 재정적 방임비율이 11.3%로 유의하게 높았다(χ^2=31.53, p<.001).

2. 대상자의 특성에 따른 인지기능과 삶의 만족도의 차이

대상자의 특성에 따른 인지기능과 삶의 만족도 차이는 Table 2에 제시하였다. 대상자의 특성에 따른 인지기능의

Table 2. Differences in cognitive function and life satisfaction according to characteristics (N=2,449)

Variables	Categories	N (%)	Cognitive function M±SD	t or F/(p)	Life satisfaction M±SD	t or F/(p)
Sex	Male	416 (17.0)	24.41±4.31	11.30 (<.001)	11.54±2.58	0.46 (.644)
	Female	2,033 (83.0)	21.73±4.88		11.47±2.39	
Age (years)	65~75	1,246 (50.9)	23.52±4.19	14.29 (<.001)	11.52±2.41	0.75 (.457)
	≥76	1,203 (49.1)	20.80±5.17		11.45±2.43	
Marital status	unmarried[a)]	29 (1.2)	23.07±4.61	26.02 (<.001) b<c, d	10.62±2.57	9.70 (<.001) b>c
	Bereaved[b)]	2,138 (87.3)	21.86±4.88		11.58±2.39	
	divorced[c)]	222 (9.1)	24.50±4.45		10.75±2.54	
	separated[d)]	60 (2.4)	24.68±4.15		11.15±2.54	
Education level	None (Illiteracy)[a)]	472 (19.3)	18.11±4.26	256.23 (<.001) a<b<c<d, e	10.96±2.36	16.19 (<.001) a, b<d, e a<c<e
	None (literacy)[b)]	814 (33.2)	21.03±4.49		11.32±2.31	
	Elementary[c)]	720 (29.4)	23.81±4.05		11.59±2.28	
	Middle[d)]	184 (7.5)	25.70±3.36		11.99±2.53	
	≥High[e)]	259 (10.6)	26.22±3.10		12.28±2.86	
Working Status	Working	633 (25.8)	22.49±4.58	1.94 (.052)	11.96±2.32	5.84 (<.001)
	Not working	1,816 (74.2)	22.07±4.99		11.32±2.43	
Subjective health evaluation	Healthy[a)]	587 (24.0)	23.28±4.71	28.17 (<.001) a>b>c	13.36±2.16	408.39 (<.001) a>b>c
	Moderate[b)]	562 (22.9)	22.53±4.99		11.93±2.03	
	Unhealthy[c)]	1,300 (53.1)	21.54±4.83		10.44±2.10	
Diagnosis of depression	Diagnosed	93 (3.8)	22.02±5.11	-0.32 (.746)	10.20±2.29	-5.22 (<.001)
	Undiagnosed	2,356 (96.2)	22.19±4.89		11.53±2.41	
Smoking	Smoking	209 (8.5)	23.61±4.94	1.43 (.153)	11.09±2.45	-2.48 (.013)
	Nonsmoking	2,240 (91.5)	22.76±4.89		11.52±2.42	
Drinking	Drinking	487 (19.9)	22.92±4.79	0.45 (.656)	11.38±2.42	-4.25 (<.001)
	Nondrinking	1,962 (80.1)	22.78±4.91		11.90±2.38	
Exercise	Exercise	1,362 (55.6)	22.94±4.62	8.60 (<.001)	11.88±2.42	9.25 (<.001)
	No exercise	1,087 (44.4)	21.24±5.06		10.99±2.33	
Physical Abuse	Yes	8 (0.3)	19.13±5.19	-1.77 (.077)	10.63±2.67	-1.01 (.315)
	No	2,441 (99.7)	22.19±4.89		11.49±2.42	
Emotional Abuse	Yes	219 (8.9)	22.34±4.60	0.52 (.603)	10.68±2.53	-5.17 (<.001)
	No	2,230 (91.1)	22.17±4.92		11.56±2.40	
Economical Abuse	Yes	16 (0.7)	25.00±4.23	2.31 (.021)	9.81±2.07	-2.77 (<.001)
	No	2,433 (99.3)	22.16±4.89		11.49±2.42	
Neglect of health care support	Yes	75 (3.1)	21.29±5.42	-1.60 (.110)	9.40±2.61	-7.66 (<.001)
	No	2,374 (96.9)	22.21±4.87		11.55±2.39	
Neglect of financial support	Yes	136 (5.6)	22.33±5.00	0.36 (.716)	9.63±2.53	-9.34 (<.001)
	No	2,313 (94.4)	22.17±4.89		11.59±2.37	

차이를 살펴보면, 일반적 특성인 성별과 연령에서 남성노인의 인지기능이 여성노인보다 유의하게 높았고(t=11.30, p<.001), 만 65세~75세 노인의 인지기능이 만 76세 이상 노인보다 유의하게 높았다(t=14.29, p<.001). 혼인상태에 따른 인지기능의 평균에서도 유의한 차이를 보였고(t=26.02, p<.001), 사후검증 결과, 사별한 노인의 인지기능이 이혼과 별거 노인보다 낮게 나타났다. 또한, 교육수준에 따른 인지기능의 평균에서도 유의한 차이를 보였으며(t=256.23, p<.001), 사후검증결과, 무학(문맹)이 가장 낮고, 무학(글자해독 가능), 초졸, 중졸과 고졸이상의 순으로 나타났다. 대상자의 건강관련 특성에서는 주관적 건강평가에 따른 인지기능 평균의 유의한 차이를 보였는데(t=28.17, p<.001), 사후검증 결과, 건강하다는 평가를 한 노인의 인지기능이 가장 높고, 보통, 나쁨의 순으로 나타났다. 또한, 운동을 하는 노인의 인지기능이 운동을 하지 않는 노인보다 유의하게 높았다(t=8.60, p<.001). 대상자의 사회적 관계 특성에서는 경제적인 학대 경험이 있는 노인의 인지기능이 그렇지 않은 노인보다 유의하게 높았다(t=2.31, p=.021).

대상자의 특성에 따른 삶의 만족도 차이를 살펴보면, 일반적 특성으로 혼인상태에 따른 삶의 만족도 평균의 유의한 차이를 보였는데(t=9.70, p<.001), 사후검증 결과, 사별한 노인의 삶의 만족도가 이혼한 노인보다 높게 나타났다. 교육수준에 따른 삶의 만족도 평균에서도 유의한 차이를 보였는데(t=16.19, p<.001), 사후검증 결과, 무학인 노인이 중졸과 고졸이상의 노인보다 삶의 만족도가 낮게 나타났다. 또한, 취업을 한 노인의 삶의 만족도가 취업하지 않은 노인보다 유의하게 높았다(t=5.84, p<.001). 대상자의 건강관련 특성에서는 주관적 건강평가에 따른 삶의 만족도 평균의 유의한 차이를 보였는데(t=408.39, p<.001), 사후검증 결과, 건강하다는 평가를 한 노인의 삶의 만족도가 가장 높고, 보통, 나쁨의 순으로 나타났다. 우울진단을 받은 노인의 삶의 만족도가 우울진단을 받지 않은 노인보다 유의하게 낮았고(t=−5.22, p<.001), 흡연을 하는 노인의 삶의 만족도가 흡연하지 않는 노인보다 유의하게 낮았으며(t=−2.48, p=.013), 음주를 하는 노인의 삶의 만족도가 음주하지 않는 노인보다 유의하게 낮았다(t=−4.25, p<.001). 한편, 운동을 하는 노인의

삶의 만족도가 운동을 하지 않는 노인보다 유의하게 높았다(t=9.25, p<.001). 대상자의 사회적 관계 특성에서는 정서적인 학대경험이 있는 노인의 삶의 만족도가 그렇지 않은 노인보다 유의하게 낮았으며(t=−5.17, p<.001), 경제적인 학대 경험이 있는 노인의 삶의 만족도가 그렇지 않은 노인보다 유의하게 낮았다(t=−2.77, p<.001). 또한, 간병수발 방임 경험이 있는 노인의 삶의 만족도가 그렇지 않은 노인보다 유의하게 낮았으며(t=−7.66, p<.001), 재정적 방임경험이 있는 노인의 삶의 만족도가 그렇지 않은 노인보다 유의하게 낮았다(t=−9.34, p<.001).

3. 대상자의 인지기능 위험요인

대상자의 인지기능에 영향을 미치는 위험요인을 확인하기 위해 종속변수를 인지기능 정상/기능저하로 두고, 인지기능에 유의한 차이를 보이는 것으로 Table 2에서 확인된 대상자의 특성을 독립변수로 투입하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 3과 같다. 회귀모형은 유의하였고(χ^2=724.330, p=<.001), Hosmer-Lemeshow검정(−2LogL=2629.034, χ^2=2.982, p=.936)으로 모형의 적합도를 확인하였다. 독거노인의 인지기능에 유의한 위험요인으로 연령, 혼인상태, 교육수준, 운동여부, 사회활동만족도가 확인되었다. 사별한 노인이 이혼 및 별거한 노인에 비해 인지기능이 저하될 위험이 유의하게 높았고(OR=1.905, 95%CI=1.396~2.600, p<.001), 만 76세 이상 노인이 만 65세~75세 노인에 비해 인지기능 저하될 위험이 높았으며(OR=1.525, 95%CI=1.257~1.848, p<.001), 평소 운동을 하지 않는 노인이 운동을 하는 노인에 비해 인지기능 저하의 위험이 유의하게 높았다(OR=1.581, 95%CI=1.301~1.920, p<.001). 한편, 교육수준에서는 무학력에 비해 초등학교 졸업(OR=0.222, 95%CI=0.180~0.272, p<.001), 중학교 졸업(OR=0.081, 95%CI=0.0530~0.122, p<.001), 고등학교 졸업 이상(OR=0.076, 95%CI=0.052~0.110, p<.001)이 인지기능 저하의 위험이 유의하게 낮았다. 또한, 사회활동만족도가 높을수록 인지기능이 저하될 위험이 유의하게 낮았다(OR=0.795, 95% CI=0.696~0.910, p=.001).

4. 대상자의 삶의 만족도 위험요인

대상자의 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 확인하기 위해 종속변수를 삶의 만족도 상위/하위로 두고, 삶의 만족도에 유의한 차이를 보이는 것으로 Table 2에서 확인된 대상자의 특성을 독립변수로 투입하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다. 회귀모형은 유의하였고(χ^2=578.652, p=<.001), Hosmer-Lemeshow검정(−2LogL=2815.824, χ^2=4.120, p= .846)으로 모형의 적합도를 확인하였다. 독거노인의 삶의 만족도에 유의한 영향요인으로 혼인상태, 교육수준, 취업여부, 주관적 건강평가, 우울진단, 운동, 정서적 학대, 경제적 학대, 재정적 방임, 인지기능이 확인되었다. 독거노인의 삶의 만족도에 가장 영향력이 큰 요인은 주관적 건강평가로 자신의 건강에 대해 보통이하의 부정적인 평가를 한 노인이 건강하다고 평가한 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았다(OR=7.472, 95%CI=5.806~9.614, p<.001). 취업을 하지 않은 노인이 취업한 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았고(OR=1.348, 95%CI=1.091~1.665, p=.006), 우울진단을 받은 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았으며(OR=2.146, 95%CI=1.289~3.573, p=.003), 평소 운동을 하지 않는 노인이 운동을 하는 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 높았다(OR= 1.739, 95%CI=1.447~2.090, p<.001). 또한, 정서적 학대경험을 한 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았고(OR=1.551, 95%CI=1.113~2.162, p=.010), 경제적 학대경험을 한 노인도 그렇지 않은 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았으며(OR=4.883, 95%CI=1.215~19.629, p=.025), 재정적 방임경험을 한 노인도 그렇지 않은 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 높았다(OR=2.482, 95%CI= 1.421~4.337, p=.001). 한편, 사별 노인은 이혼 및 별거 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 낮았고(OR=0.341, 95%CI=0.250~0.465, p<.001), 고졸 이상인 노인이 무학인 노인에 비해 삶의 만족도가 저하될 위험이 유의하게 낮았으며(OR=0.637, 95%CI=0.451~0.901,

Table 3. Risk factors that influences cognitive function (N=2,449)

Variables	Categories	B	SE	OR	95% CI		p
					Low	High	
Sex (Ref: Male)	Female	.212	.139	1.236	.941	1.622	.127
Age (Ref: 65~75)	≥76	.422	.098	1.525	1.257	1.848	<.001
Marital status (Ref: Not Bereaved)	Bereaved	.645	.159	1.905	1.396	2.600	<.001
Education level (Ref: None)	Elementary	−1.507	.105	.222	.180	.272	<.001
	Middle	−2.516	.211	.081	.053	.122	<.001
	≥High	−2.582	.190	.076	.052	.110	<.001
Subjective health evaluation (Ref: Healthy)	≤Moderate	.044	.143.	1.045	.789	1.384	.757
Exercise (Ref: Exercise)	No exercise	.458	.099	1.581	1.301	1.920	<.001
Economical abuse (Ref: Yes)	No abuse	1.231	.640	3.426	.977	12.010	.054
Health status satisfaction		−.059	.069	.942	.823	1.079	.390
Economic status satisfaction		.072	.063	1.075	.951	1.216	.250
Socio-cultural activity satisfaction		−.229	.068	.795	.696	.910	.001
Social relationship satisfaction		.019	.074	1.01	.882	1.177	.797

Table 4. Risk factors that influences life satisfaction (N=2,449)

Variables	Categories	B	SE	OR	95% CI		p
					Low	High	
Marital status (Ref: Not Bereaved)	Bereaved	−1.076	.158	.341	.250	.465	<.001
Education level (Ref: None)	Elementary	−.116	.112	.890	.715	1.109	.299
	Middle	−.380	.196	.684	.465	1.005	.053
	≥High	−.451	.176	.637	.451	.901	.011
Working status (Ref: Working)	Not working	.298	.108	1.348	1.091	1.665	.006
Subjective health evaluation (Ref: Healthy)	≤Moderate	2.011	.129	7.472	5.806	9.614	<.001
Diagnosis of depression (Ref: Undiagnosed)	Diagnosed	.763	.260	2.146	1.289	3.573	.003
Smoking (Ref: Nonsmoking)	Smoking	.152	.176	1.164	.825	1.644	.387
Drinking (Ref: Nondrinking)	Drinking	.219	.121	1.245	.982	1.578	.070
Exercise (Ref: Exercise)	No exercise	.554	.094	1.739	1.447	2.090	<.001
Physical abuse (Ref: No)	Yes	.225	.868	1.252	.228	6.865	.796
Emotional abuse (Ref: No)	Yes	.439	.169	1.551	1.113	2.162	.010
Economical abuse (Ref: No)	Yes	1.586	.710	4.883	1.215	19.629	.025
Neglect of health care support (Ref: No)	Yes	.435	.393	1.545	.715	3.337	.268
Neglect of financial support (Ref: No)	Yes	.909	.285	2.482	1.421	4.337	.001
cognitive function		−.041	.011	.959	.939	.981	<.001

p= .011), 인지기능이 높을수록 삶의 만족도가 저하될 위험은 낮았다(OR=0.959, 95%CI=0.939~0.981, p<.001).

고 찰

본 연구는 우리나라 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 탐색하고자 시도되었다. 본 연구의 주요한 결과들을 논의하면 다음과 같다.

대상자의 일반적 특성은 여성이 83%, 사별한 노인이 87.3%로 가장 많았고, 교육혜택을 받지 못한 노인이 52.5%, 취업한 노인이 26.8%를 차지하였다. 건강관련특성에서는 53.1%가 나쁘다는 주관적 건강평가를 하였고, 우울진단 받은 노인은 3.8%, 흡연자는 8.5%, 음주자는 19.9%, 평소에 운동하지 않는 노인은 55.6%를 차지하였다. 독거노인의 학대 경험률은 18.6%로 총 노인인구 대상으로 한 연구(Lee YK, 2016; Park GR *et al*., 2017)에서 보고한 10%보다 높은데, 독거노인이 학대에 더욱 취약함을 반영하는 것이라고 볼 수 있다. 학대유형은 정서적 학대경험이 8.9%로 가장 높게 나타나 언어적, 정서적 학대경험이 더 높았던 연구결과(Ko BS, 2004)와 일치하였다. 이는 정서적학대가 언어적, 비언어적 행동을 직접적으로 가하여 정서적 고통을 일으키는 행위(Ministry of Health and Welfare, 2015)임은 물론, 의사소통이나 교류를 포함한 정서적 접촉을 제공하지 않는 것을 모두 포함하는 개념이므로(Ko SH, 2018) 가족이나 타인과의 교류가 없거나 적은 독거노인이 가장 많이 경험하게 되는 학대임을 보여주는 결과로 볼 수 있다.

성별에 따른 대상자의 특성 비교에서는 여성의 만 76세 이상 비율이 남성보다 유의하게 높았고, 여성의 사별 비율이 91.4%로 여성의 평균수명이 상대적으로 높음을 반영하고 있었다. 교육수준은 성별에 따라 유의한 차이를 보였는데, 무학인 여성이 58.4%, 고졸이상인 여성이 6.4%로 무학인 남성 23.8%, 고졸이상 남성 31%와 비교하여 매우 큰 차이를 보였다. 이는 만 65세 이상의 노인에서 문맹이거나 문자해독은 가능하나 교육기관에서 교육을 받지 못했던 여성이 남성보다 상대적으로 많음을 나타내는 것으로 가부장적 사회에서 살아온 여성노인이 교육기회에서 불평등이 있었음을 반영하는 결과로 볼 수 있다. 주관적 건강평가와 우울진단 비율에서도 성별에 따른 유의한 차이를 보였는데, 여성노인이 건강하다고 평가한 비율이 남성보다 더 낮았고, 임상적으로 우울진단을 받은 비율은 여성이 더 높게 나타났다. 이는 여성 노인이 남성 노인보다 더 높은 우울 빈도를 보였고(Kim SY *et al*., 2007; Mechakra-Tahiri *et al*., 2010), 사별한 여성노인이 사별한 남성보다 우울이 높았다는(Park JW *et al*., 2015)결과와 일치하거나 동일한 맥락으로 볼 수 있다. 학대경험에서 성별에 따른 유의한 차이를 보인 것은 간병수발 방임과 재정적 방임이었는데, 남성의 간병수발 방임비율과 재정적 방임비율이 여성보다 유의하게 높았다. 이는 다른 학대유형과 달리 방임에서는 성별 간에 유의한 차이를 보이며, 남성이 더 많은 방임을 경험한다고 보고한 연구결과(Shim MY *et al*., 2014)의 연구결과와 일치하며, 건강하지 않을 때의 간병이나 청결유지 등의 돌봄과 용돈이나 생활비 등의 재정적인 도움을 전혀 받지 못하는 남성 독거노인이 더 많음을 의미하는 것이다. 그러나, 신체적 특성과 사회적, 경제적, 문화적 맥락에서 삶의 질, 학대와 같은 문제에 여성이 더 취약하다고 한 연구(Lee MJ *et al*., 2016)와는 다른 결과인데, 이는 본 연구가 독거노인 대상으로 노인학대의 주요 가해자로 보고되는 가족구성원과 분리되어 생활하거나 가족이 없는 경우이며, 여성노인의 경우에는 자가간호 능력이 남성에 비해 높고, 손자녀 양육이나 가사 돌봄 등을 통해 자녀에게 도움을 줄 수 있어 방임 비율이 더 낮게 나타난 것으로 유추할 수 있다.

대상자의 특성에 따른 인지기능의 차이로는 남성, 저 연령(만 65세~75세)의 인지기능이 여성, 고 연령(만 76세이상)보다 유의하게 높았고, 사별한 노인의 인지기능이 이혼과 별거 노인보다 낮았다. 교육수준에서도 유의한 차이를 보였는데, 무학(문맹)부터 고졸이상에 이르기까지 교육수준이 높아

질수록 인지기능이 높았다. 또한, 주관적 건강평가가 좋고, 평소 운동을 하는 노인의 인지기능이 유의하게 높았는데, 이러한 결과들은 선행연구(Joo AR *et al*., 2011; Kang HW, 2016; Seo SO *et al*., 2016)들과 일치하는 결과이다. 한편, 경제적 학대경험이 있는 노인이 경제적 학대경험이 없는 노인보다 인지기능이 높게 나타났다. 경제적 학대경험은 노인의 의사에 반하여 재산이나 수입을 동의 없이 사용하거나 강제로 빼앗는 행위이며, 노인재산에 관한 법률 권리위반, 경제적 권리와 관련한 의사결정을 통제하는 행위로(Ministry of Health and Welfare, 2015) 주로 재산이나 저축, 연금 등의 수입을 가지고 있는 노인들이 경험하게 된다. 이들은 상대적으로 교육수준과 경제적 수준이 높은 경우가 많으므로 다른 학대유형 경험자들과 달리 인지기능이 높게 나타난 것으로 해석할 수 있다.

대상자의 특성에 따른 삶의 만족도는 혼인상태, 교육수준, 취업에서 유의한 차이를 보였는데, 사별한 노인이 이혼한 노인보다 높았고, 무학인 노인이 중졸과 고졸이상의 노인보다 낮았으며, 취업을 한 노인이 그렇지 않은 노인보다 높았다. 주관적 건강평가가 좋고, 평소 운동을 하는 노인의 삶의 만족도가 유의하게 높았으며, 우울진단을 받은 노인, 흡연과 음주를 하는 노인의 삶의 만족도는 유의하게 낮았다. 이러한 결과는 우울, 혼인상태, 교육수준이 삶의 만족도 영향요인임을 확인한 연구(Hwang RI *et al*., 2009), 교육수준, 우울, 운동이 삶의 질 영향요인임을 확인한 연구(Campos *et al*., 2014)들과 부분적으로 일치하는 결과이다. 또한, 신체적 학대경험을 제외한 모든 유형의 학대(정서적 학대, 경제적 학대, 간병수발 방임, 재정적 방임) 경험을 한 노인의 삶의 만족도가 그렇지 않은 노인보다 유의하게 낮았다. 이는 대상자는 다르나 노인요양시설에서 학대피해 경험자의 삶의 만족도가 그렇지 않은 경우보다 낮다고 한 연구(Bae JH *et al*., 2017)와 일치하는 결과이며, 학대는 노인의 삶의 전 영역에 심각한 피해를 주어 삶의 질과 만족도를 저하시킨다고 볼 수 있다.

대상자의 인지기능 저하의 위험요인으로 연령, 혼인상태, 교육수준, 운동, 사회활동 만족도가 확인되었다. 고 연령(만 76세 이상)이 저 연령(만 65세~75세)보다 1.525배, 사별한 노인이 이혼 및 별거 노인보다 1.905배, 평소 운동을 하지 않는 노인이 운동을 하는 노인보다 1.581배 인지기능 저하의 위험이 유의하게 높았던 반면, 교육수준이 높고, 사회활동 만족도가 높을수록 인지기능 저하의 위험이 유의하게 낮았다. 이는 선행연구(Joo AR *et al*., 2011; Seo SO *et al*., 2016)에서 밝힌 영향요인들과 부분적으로 일치하는 결과이다. 그러나, 선행연구에서 위험요인으로 확인된 우울이 본 연구에서는 위험요인으로 확인되지 않았는데, 이는 선행연구들이 일반노인 대상으로 우울 자가측정도구의 우울점수를 활용한 것과 달리, 본 연구에서는 대상자가 독거노인으로 한정되었고, 의사로부터 우울진단을 받았는지 여부, 즉 임상적인 우울진단이 있을 때만 우울로 판단하는 보다 엄격한 기준을 적용하였으므로, 이러한 연구방법 상의 차이로 인한 것으로 사료된다. 또한, 이는 우울이 있으나, 우울진단까지는 받지 않은 노인들이 조사에서 포함되지 않았었음을 나타내는 것으로 추후 연구에서는 이를 고려하여야 할 것으로 생각한다. 이러한 결과는 사별한 고령의 독거노인이 인지기능 저하의 위험군이므로 이에 대한 적극적인 선별검사와 인지기능 강화중재가 필요함을 나타내며, 평소 규칙적인 운동습관과 여가를 활용한 사회 문화활동을 통해 사회활동 만족도를 증진시키는 것이 인지기능의 저하를 예방할 수 있음을 시사해준다.

대상자의 삶의 만족도 저하의 위험요인으로는 혼인상태, 교육수준, 취업여부, 주관적 건강평가, 우울진단, 운동, 정서적 학대, 경제적 학대, 재정적 방임, 인지기능이 확인되었다. 독거노인의 삶의 만족도에 가장 영향력이 큰 위험요인은 주관적 건강평가로서 보통이하의 부정적인 건강평가를 한 노인이 건강하다고 평가한 노인보다 7.472배 삶의 만족도 저하 위험이 높았다. 취업하지 않은 노인이 취업한 노인보다 1.348배, 우울진단 받은 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 2.146배, 평소 운동을 하지 않는 노인이 운동을 하는 노인보다 1.739배 삶의 만족도 저하 위험이 높았다. 또한, 학대와 방임경험을 한 노인은 삶의 만족도 저하의 위험이 유의하게 높았던 반면, 사별노인이 이혼이나 별거노인보다 위험이 낮고, 고졸이상이 무학인 노인보다 위험이 낮으며, 인지기능이 높을수록 삶의 만족도 저하의 위험은 유의하게 낮았다. 이는 선행연구(Hwang RI *et al*., 2009; Baek HW *et al*., 2013; Campos *et al*., 2014)에서 밝힌 영향요인들과 부분적으로 일치하는 결과이다. 이러한 결과는 자신의 건강에 대한 긍정적인 평가의 중요성을 시사하는 것으로 독거노인의 신체적, 정신적 건강상태 증진으로 삶의 질과 만족도를 높일 수 있도록 정기적 건강검진과 의료서비스 혜택 등이 선행되어야 한다. 또한, 노인학대의 사회적 감시기능을 확대하고, 노인의 성공적인 노화를 방해하는 우울의 예방과 치료, 규칙적인 운동 프로그램과 적절한 사회활동으로 삶의 질과 만족도를 증진시키도록 중재해야 한다.

본 연구는 한국 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도에 영향을 미치는 위험요인을 탐색하고자 전국적 대단위 조사자료를 활용하였으며, 대상자의 특성에 따른 인지기능과 삶의 만족도 차이를 규명하고, 인지기능과 삶의 만족도 저하의 위험요인을 확인하는 의미 있는 결과를 제공하였다. 연구결과는 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도 저하를 예방하고, 그들의 정신건강과 심리사회적 건강증진을 위한 프로그램 개발과 연구의 기초자료로 활용할 수 있다는데 의의를 둘 수 있다. 그러나, 이러한 의의에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 제한점을 갖고 있다. 첫째, 방대한 원시자료 중 인지기능과 삶의 만족도에 초점을 두고 선행연구에 근거한 일부 영역의 특성만을 연구자료로 사용하였고, 특히 사회적 관계특성은 학대경험을 중심으로 연구하였으므로 본 연구에서 제외된 기타 사회적 관계 특성인 자녀유무와 자녀와의 관계, 친구/이웃/지인과의 관계, 사회적 서비스 이용 유무 및 만족도 등에서의 영향을 포함하지 못하였다. 둘째, 원시자료를

연구변수화 하는 과정에서 편의적 분류가 되지 않도록 선행 연구의 분류기준에 근거하여 분류하였으나 완벽한 타당성을 확보하기에는 제한적인 부분이 있었다. 셋째, 인지기능 총점의 정상과 기능저하로 분류하여 위험요인을 탐색하는데 초점을 두었으므로, 인지기능의 하위영역별 구분에 따른 세부적인 분석까지 시도하지는 못하였다.

본 연구의 제한점과 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 인지기능 취약군으로 밝혀진 고령의 사별 독거노인을 대상으로 지역사회 차원에서의 보다 적극적인 인지기능 선별검사와 인지기능 강화프로그램이 필요하다. 둘째, 독거노인의 인지기능과 삶의 만족도 위험요인을 예방하기 위한 사회문화활동 참여 증대, 맞춤식 교육이나 취업기회 확대, 우울 예방과 운동 및 건강증진 프로그램과 함께 노인학대 예방을 위한 다각적인 사회적 노력이 필요하다. 셋째, 독거노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 다양한 사회적 관계 특성의 요소를 포함하고, 본 연구의 제한점을 보완한 추후연구가 필요하다.

Conflicts of interest

The author declared no conflict of interest.

References

Bae JH, Jeong MS (2017) The effect of experience of abuse on life satisfaction of the elderly in long-term care facilities. *J Korea Contents Soc.* 17(6):591-599.

Baek HW, Shin IS, Shin HY (2013) Predictors of subjective successful aging in community-dwelling elderly: Comparing elders living alone and those living with others. *J Korean Soc Bio Ther Psychiatry.* 19(2):171-178.

Caetano SC, Silva CM, Vettore MV (2013) Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatr.* 15;13:122. doi: 10. 1186/1471-2318-13-122.

Campos AC, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM (2014) Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes.* 30;12:166. doi: 10.1186/s12955-014-0166-4.

Chen Y, Hicks A, While AE (2014) Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China. *Qual Life Res.* 23(5):1593-602. doi: 10.1007/s11136-013-0587-2.

Choi NG, Mayer J (2000) Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *J Gerontol Soc Work.* 33(2):5-25.

Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y *et al.* (2016) Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr.* 28(4):557-76. doi: 10.1017/S1041610215001532.

Dong X (2014) Elder abuse: Systemic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc.* 63(6):1214-1238.

Gibson AK, Richardson VE (2017) Living Alone With Cognitive Impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 32(1):56-62. doi: 10.1177/1533317516673154.

Hwang RI, Lim JY, Lee YW (2009) A comparison of the factors influencing the life satisfaction of the elderly according to their cognitive impairment level. *J Korean Acad Nurs.* 39(5):622-631.

Joo AR, Kim HW (2011) Effects of health-related characteristics, social support, and depression on cognitive function in elders resident in community health post areas. *J Korean Gerontol Nurs.* 13(2):154-162.

Jung KH (2015) Facts on elderly living alone and coping strategies. *Health-Welfare Issue & Focus.* 300;-32:1-8.

Kang HW (2016) The factors influencing cognitive impairment in older adults living alone and those living with others: The Korean longitudinal study of ageing (KLoSA) 2012. *J Korean Data Anal Soc.* 18(2):995-1002.

Kang SR (2016) Risk factors of community elder abuse and its effect on elder's mental health. Unpublished doctor dissertation, Seoul National University.

Kim HR, Kim EH (2014) Prevalance of depression and its risk factors between elderly living alone and elderly living with others in Korea. *J Korean Data Anal Soc.* 16(1):463-478.

Kim SJ, Shin IS, Shin HY *et al.* (2015) Comparison of depression between the elderly living alone and those living with a spouse. *J Korean Bio Ther Psychiatry.* 21(3):192-198.

Kim SY, Ko SG, Kwon JH (2007) The Moderating effect of social support and coping on widowed elderly. *Korean J Clinic Psychol.* 26(3):573-596.

Ko BS (2004) Focused on Elder-Caregiver Interactions: A study on the experienced elder abuses and emotional effects. *Korean Gerontol.* 24(3):249-268.

Ko SH (2018) Theory and practice of welfare services for the homo-hundred 3rd Ed. Jungminsa Co.

Kwon HJ, Jeong JU, Choi M (2018) Social relationships and suicidal ideation among the elderly who live alone in Republic of Korea: A logistic model. *Inquiry.* 2018 Jan-Dec;55:46958018774177. doi: 10.1177/0046958018774177.

Lee MJ, Jang KU (2016) Comparison between repeatedly received and new cases of elder abuse at elder protective service agencies: The characteristics of the abused, abusers and abuse situations. *Health and Soc Welfare Rev.* 36(4):221-255.

Lee YK (2016) Current state and challenges of the elderly abuse prevention policy. *Health and welfare policy forum.* 239:49-59.

Lehmann SW, Black BS, Shore A *et al.* (2010) Living alone with dementia: lack of awareness adds to functional and cognitive vulnerabilities. *Int Psychogeriatr.* 22(5):778-84. doi: 10.1017/S1041610209991529.

Minstry of Health and Welfare (2014) The Manual of survey on the Korean elderly.

Minstry of Health and Welfare (2015) The Guidelines of Senior Protection Agency.

Mechakra-Tahiri SD, Zunzunegui MV, Preville M *et al.* (2010) Gender, social relationships and depressive disorders in adults aged 65 and over in Qebec. *Chronic Diseases in Canada.* 30:55-65.

National Statistical Office (2018) 2018 National Statistics of Aged.

National Statistical Office (2017) 2017 National indicator system.

Park GR, Chung JJ (2017) The Association between elder abuse and depression among elderly in South Korea: Types, multiple experience and difference between gender. *Health and Soc Welfare Rev.* 37(3):170-190.

Park JH, Kwon YC (1989) Standardization of Korean version of the Mini-Mental State Examination(MMSE-K) for use in the elderly: Part II. Diagnostic validity. *J Korean Neuropsychiatr Assoc.* 28(3):508-513.

Sánchez-García S, Sánchez-Arenas R, García-Peña C *et al.* (2014) Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int.* 14(2):395-402. doi: 10.1111/ggi.12114.

Seo SO, So AY (2016) Depression and cognitive function of the community-dwelling elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs.* 27(1):1-8.

Shim MY, Park HS (2014) The effects of the elder abuse experience on mental health: Focusing on moderating effects of social support. *J Korea soc computer inform.* 19(3):119-126.

Svanström R, Sundler AJ (2015) Gradually losing one's foothold—a fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia(London).* 14(2):145-63. doi: 10.1177/14713012 13494510.

Torresani S, Toffol E, Scocco P *et al.* (2014) Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. *Psychogeriatrics.* 14(2):101-9. doi: 10.1111/psyg.12046.

Wang MS, Kang SW, Schiamberg LB (2015) Ecological factors associated with elder abuse in Taiwan: A systemic review. *Asia Pacific J Soc Work and Develop.* 25(1):13-28.

World Health Organization (2002) World report on violence and health. Chapter5. Abuse of the elderly:126.