



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

김 애 리 교수 지도
석사학위 청구논문

지역사회 노인의 치매지식,
치매불안감 및 치매예방행위와의 관계

2017

성신여자대학교 대학원
간 호 학 과
이 경 원

지역사회 노인의 치매지식,
치매불안감 및 치매예방행위와의 관계

김애리 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2017년 5월

성신여자대학교 대학원

간호학과

이경원

인 준 서

이경원의 석사학위 논문으로 인준함

2017년 5월

심사위원장 _____ (인)

심사위원 _____ (인)

심사위원 _____ (인)

성신여자대학교 대학원

논문개요

우리나라는 2017년 현재 65세 이상 노인인구가 전체인구의 13.8%로 고령 사회의 진입을 앞두고 있고, 따라서 노인의 주된 건강문제 중 하나인 치매 환자수도 증가할 것으로 예상된다. 현재까지 완치 가능한 치료제가 없어 발병하면 이전 상태로 돌아가지 못한다는 치매불안감과 치매의 치료 및 관리를 위해 개인과 국가가 부담해야 할 부양비용이 상승함에 따라 치매에 대한 올바른 지식제공과 치매예방행위의 증진 및 실천의 중요성이 강조되고 있다.

본 연구는 지역사회 노인들을 대상으로 치매지식, 치매불안감 및 치매 예방행위 관계를 파악하여 치매예방을 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다. 서울시 J구에 거주하는 60세 이상 노인 150명을 대상으로 구조화된 설문지를 사용하여 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위를 측정하였으며 자료의 분석은 SPSS 20.0 통계프로그램을 이용하였고 백분율, 평균, 표준편차, t-test와 Pearson's 상관계수, ANOVA, 회귀분석을 통해 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 대상자의 성별은 여자가 107명(71.3%), 연령은 70~79세가 93명(62%), 교육수준은 초등학교 졸업~중학교 졸업이 55명(36.7%), 기혼이 70명(46.7%), 가족과 같이 살고 있는 경우가 94명(62.7%), 월 소득수준은 50만원 미만이 51명(34%)으로 가장 많이 차지하였다.

2. 치매지식은 12점 만점에 평균 7.24 ± 2.23 점으로 치매지식문항에서 '치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다'가 26.0%로 가장 낮은 정답률을 보였으며 치매지식영역에서 치매환자의 간호영역이 38.7%로 가장 낮았다.

치매불안감은 5점 만점에 평균 3.05 ± 1.29 점이었으며 ‘불안감이 있다’로 응답한 경우가 46.6%로 ‘아니다’로 응답한 경우보다 10.6% 더 많았다. 치매예방행위는 36점 만점에 28.39 ± 3.38 점으로 치매예방행위정도가 가장 낮은 문항은 ‘귀하는 손을 쓰는 일(바둑, 장기, 자수, 바느질, 글쓰기)등을 자주 하십니까’로 1.78 ± 0.80 점이었다.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 차이를 살펴보면 치매지식은 교육수준($t=11.51, p=.001$), 소득수준($t=3.69, p=.007$), 선별검진경로($t=3.24, p=.024$), 치매관련교육 경험($t=2.34, p=.021$) 및 치매가 두려운 이유($t=4.52, p=.002$)에서 유의한 차이가 있었다. 치매불안감은 동거형태($t=-3.00, p=.003$)가 유의하였으며, 치매예방행위는 교육수준($t=3.30, p=.022$), 결혼상태($t=5.95, p=.003$), 동거형태($t=-3.01, p=.003$), 소득수준($t=5.19, p=.001$) 및 치매가 두려운 이유($t=2.76, p=.030$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

4. 치매지식, 치매불안감과 및 치매예방행위의 관련성에서 치매예방행위와 치매지식은 정적상관관계($r=0.264, p<.001$)가 있었으며, 치매예방행위와 치매불안감은 유의한 부적상관관계($r=-0.229, p=.005$)가 있는 것으로 나타났다.

5. 대상자의 치매예방행위에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석결과 300만 원 이상의 소득수준($\beta=2.37, p=.023$)과 치매불안감($\beta=-0.52, p=.011$)이 유의하였고, 변인들의 설명력은 15.2%로 나타났다($F=2.67, p=.001$).

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 치매예방행위에 중요한 영향을 미치는 것은 지식보다 300만 원 이상의 소득과 치매불안감임을 알 수 있었고 치매예방행위를 잘할수록 치매불안감이 낮았음을 확인하였다. 따라서 본 연구에

서 도출된 결과를 반영하여 저소득층이거나 치매불안이 높은 노인을 대상으로 치매예방행위를 독려하고 증진시켜야하며, 효율적인 치매교육 및 체계화된 치매관리 프로그램의 개발을 통하여 치매예방 및 조기발견에 도움이 되어야할 것이다,

목 차

논문개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	6
3. 용어의 정의	6
II. 문헌고찰	8
1. 치매와 치매지식	8
2. 치매불안감	10
3. 치매예방행위	12
III. 연구방법	16
1. 연구 설계	16
2. 연구 대상	17
3. 연구 도구	17
4. 자료 수집	18
5. 자료 분석	19

IV. 연구결과	20
1. 대상자의 일반적 특성	20
2. 대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위 정도	24
3. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식 차이 및 치매지식 정도	25
4. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매불안감 및 치매불안감 정도	29
5. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위 차이 및 치매 예방행위 정도	33
6. 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 상관관계	37
7. 대상자의 치매예방행위에 미치는 영향 요인	38
V. 논의	40
VI. 결론 및 제언	46
1. 결론	46
2. 제언	48
참고문헌	49
ABSTRACT(영문초록)	54
부록 <설문지>	58

표 목 차

<표 1> 대상자의 일반적 특성	22
<표 2> 대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위 정도	24
<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식 차이	26
<표 4> 대상자의 문항별 치매지식 정도	28
<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매불안감 차이	30
<표 6> 대상자의 치매불안감 정도	32
<표 7> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위 차이	34
<표 8> 대상자의 문항별 치매예방행위 정도	36
<표 9> 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위 상관관계 ..	37
<표 10> 대상자의 치매예방행위에 미치는 영향요인	39

그림목차

그림 1. Pender의 건강증진모델(Health Promotion Model)에 근거한 개념 틀	16
---	----

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 2000년 7.2%에서 2016년 말 현재 13.5%(통계청, 2017)로 상승하였으며 2030년에는 24.3%, 2050년 37.4%까지 증가할 것으로 예상된다(통계청, 2013). 국제연합(UN)의 65세 이상의 인구가 전체인구의 7% 이상이면 고령화사회, 14% 이상이면 고령사회, 20% 이상이면 초고령사회로 규정하고 있는데 이에 따르면 우리나라는 2017년 14%로 고령사회, 2026년에는 21%로 초고령사회로 진입할 것으로 예상된다(통계청, 2017).

2016년 미국 국립보건원은 세계 노인 인구 비율은 2015년 8.5%(6억1700만 명)에서 2050년에는 17%(16억 명)로 늘어날 것이라고 예측 발표했다. 또한 노인인구 비율이 7%에서 21%까지 오르는 데 프랑스는 157년, 일본은 37년, 중국은 34년이 소요된 반면 우리나라의 경우 단 27년밖에 걸리지 않아 세계에서 가장 빠른 고령화 속도를 보이며 2050년에는 노인인구 비율이 35.9%로 일본(40.1%)에 이어 세계 2위가 될 전망이다.

이러한 인구의 고령화로 인해 노인성 질환 중 하나인 치매의 발병환자도 지속적으로 상승할 것으로 예상되고 있다. 2012년 치매유병률 조사에 의하면 2012년 65세 이상 노인인구의 9.2%(54만 명)에서 2030년은 10%(127만 명), 2050년에는 15%(271만 명)로 20년마다 약 2배씩 증가할 것으로 추산된다(보건복지부, 2012). 특히, 10년 후 우리나라의 노인인구는 약 1,464만 명에서 약 2,498만 명으로 54%로 증가하나 치매노인은 약 146만 명에서 약 241만 명으로 65% 증가하게 되어 노인인구의 증가 속도보다 치매노인의 증가 속도가 더 빠르게 진행될 것으로 예상된다(제3차 치매관리종합계획, 2015).

치매인구 증가는 환자를 치료하고 돌보는 비용 증가로 이어진다. 치매진료인원은 2011년 약 29만 5천명에서 2015년 약 45만 9천명으로 5년 전에 비해 약 16만 4천명이 증가하여 연평균 증가율이 11.7%였으나, 총 진료비는 2011년 약 8,655억 원에서 2015년 약 1조 6,285억 원으로 5년 전에 비해 약 7,630억 원이 증가하여 연평균 증가율이 17.7%로 나타났다(건강보험심사평가원, 2016). 또한 치매환자를 돌보며 개인이 지불한 진료비, 간호비 및 국가의 노인 장기요양보험 지출 등을 합친 치매 관리비용을 살펴보면 2015년에는 13조 2,000억 원에 이르며 2020년은 18조8,000억 원, 2030년은 34조3,000억 원, 2050년에는 106조원에 이를 것으로 추산되어(김상우, 이채정, 2014), 국가의 치매관리비용이 급속도로 증가하고 이에 따른 국가의 책임도 가중되고 있음을 알 수 있다.

여기에, 인구의 고령화는 치매환자의 증가를 동반하고 치매환자를 돌보는 부양부담으로 이어져 치매노인 학대, 가족해체 등 여러 가지 사회적 문제까지 야기할 수 있다. 따라서 치매로 인한 경제적, 정신적, 신체적 고통과 부담을 개인과 가족에게만 맡기지 않고 국가 차원에서 분담하여 경감하는 치매국가책임제는 바람직한 대응 전략이라 할 수 있다.

2008년 9월19일 보건복지가족부에서 ‘치매와의 전쟁’을 선포하고 치매노인에 대해 국가가 직접 나서서 종합적이고 체계적으로 관리하는 제1차 치매관리종합계획을 수립하여 발표하였다. 이후 2011년 8월 치매관리법을 제정하여 2012년 2월 치매를 조기에 발견하는 ‘치매검진사업’ 시행령을 공포하고 2012년 7월에 제2차 치매관리종합계획을, 2015년 12월에는 향후 5년간의 3차 치매관리종합계획을 수립 발표하였다(보건복지부, 2015). 이에, 전국 보건소의 치매상담센터와 서울시 25개 자치구의 치매지원센터에서는 60세 이상 노인들에게 치매선별검진과 인지기능의 유지 및 향상을 위한 인지프로그램 등을 무료로 운영하고 있으며 치매예방과 치매 조기발견 및 조기치료에 적

극적으로 개입하고 있다.

2012년에는 중앙치매센터를 개소하여 국민의 삶의 질 향상 및 고통 경감, 치매 인식 개선 및 치매 대처 역량 제고, 치매 극복 기반 구축 등 3대 과제를 추진해 나가고 있으며 2013년 12월에 치매상담 콜센터(1899-9988)를 설치하여 치매관련 지식과 정보, 지원제도, 돌봄 스트레스 관리와 해소 등을 위해 간호사 등 전문상담사가 24시간 맞춤형 치매상담서비스를 제공하고 있다(중앙치매센터, 2017). 국민건강보험공단은 2014년 7월부터는 노인장기요양보험에 치매환자를 대상으로 ‘치매특별등급’을 신설하여 장기요양서비스를 이용할 수 있도록 제도화 하였다.

치매는 현재까지 완치 가능한 치료제가 없으므로 치매의 위험요인을 사전에 조절하여 치매 발병률을 낮추고 최대한 조기에 진단하여 그에 맞는 적절한 개입으로 치매의 진행속도를 지연시키는 방법과 건강한 생활습관의 변화 등을 통한 치매예방이 최선책이라 할 수 있다(조명제, 2009; 전진숙, 2009; 이영휘 외, 2009). 치매를 조기에 발견하면 치매의 발병을 2년 정도 지연시킬 수 있으며 치매의 초기단계부터 약물치료를 하게 되면 5년 후 장기요양시설 입소율이 55% 감소하고 이로 인해 연간 약 5000억 원의 요양비용이 절감되는 것으로 나타났다(이정원, 김기웅, 2012).

치매 예방행위는 치매를 사전에 노출되지 않도록 하기 위해 취하는 행동으로(이영휘 외, 2009), 치매예방의 일차적인 목표는 위험인자를 감소시키거나 건강한 생활습관을 실천하여 치매의 발병을 지연시키는 것에 있다(전진숙, 2009). 치매예방을 위해서는 치매에 대한 올바른 지식을 제공하고 치매 예방의 중요성에 대해 지속적으로 교육하는 것이 중요하다(이연희, 2012; 선우홍미, 2014; 강나경, 2015).

치매에 대한 지식은 치매에 대해서 각 사람이 알고 있는 지식의 정도를 의미하며 질병에 대한 지식뿐만 아니라, 스스로 이 질병을 관리하기 위해

어떤 행동을 할 것인지에 대한 정보까지 포함한다(보건복지부, 2008). 우리나라에서의 치매에 대한 인식은 치매를 병이 아니라 하나의 정상적인 노화의 과정으로 여겨 치료가 불가능한 불치병으로 잘못 인식하고 있는 경우가 많다(김기웅, 2004). 치매에 대한 잘못된 사회적 인식 때문에 2008년 42만명에 달하는 치매 환자 중 기관을 통해 적극적인 치료를 받고 있는 경우는 13만7천명(32%)에 불과하였다(보건복지부, 2008). 2015년 64만8천명의 치매 추정환자 중 진료를 받은 환자 수 약 45만 9천명(70%)으로 (건강보험심사평가원, 2016) 2008년에 비하여 2배 이상 증가하였으나 여전히 약 19만 명의 치매환자가 아직도 병원 치료 없이 방치되고 있는 현실이다. 따라서 완치 가능한 치매가 있으며 조기 발견 및 조기치료 시 가족과 생활이 가능함을 알리고 치매지식을 쉽게 전달 할 수 있는 교육자료의 개발을 위해 치매 지식에 대한 지속적인 연구가 필요하다.

치매는 치매환자와 그 가족의 삶까지 황폐화시키기 때문에 일상적인 생활에 지장이 없는 노인이라도 치매의 부양부담이 현실적으로 치매를 위협적인 요소로 받아들여지게 되며, 치매에 대한 지식이 있고, 인지적 노화가 진행되는 것을 인식하게 되면 치매에 대해 불안을 갖게 된다(Calleo et al., 2009). 불안의 사전적 의미는 마음이 편하지 않고 조마조마한 것을 말하는 데(국립국어원, 2017). 불안은 같은 상황에 대해서 개인에 따라 인식하는 수준은 다르며 불안을 적절히 다스리지 못하면 정신의학적측면의 불안 장애로 진전될 수 있다(김춘택, 2013).

한국보건사회연구원의 '노령층에서의 건강정보이용 현황 조사 연구' 보고서에서 우리나라 60세 이상 10명 중 4명이 암, 뇌졸중 등 심혈관 질환보다 치매를 가장 두려워하는 질병으로 인식하는 것으로 조사되었다. Mah(2014)는 55세~91세 370여명의 노인들을 불안한 정도에 따라 세 그룹으로 나누어 3년간 추적 조사한 결과에서 불안감이 높을수록 치매 위험이

크게 높아졌으며, 특히 불안감이 심한 노인은 없는 사람에 비해 2.35배 치매 발병 위험이 높게 나타났다. Johansson(2014)이 중년여성의 알츠하이머병 관련 연구에서 38~60세 중년 여성 800여명을 대상으로 12년 동안 장기간 추적 조사를 실시한 결과 153명이 평균 나이 78세에 치매에 걸렸으며 이들은 대부분 불안, 걱정, 스트레스를 경험한 여성들이었고 신경증적 테스트에서 가장 높은 점수를 얻은 그룹은 가장 낮은 점수를 얻은 그룹에 비해 알츠하이머병 위험이 2배 높은 것으로 나타났다. 따라서 치매에 대한 불안감과 예방행위와는 밀접한 관계가 있어 더욱 연구가 필요한 실정이다.

치매에 관련된 선행연구를 살펴보면 중년(이영희 외, 2009; 송영희, 2002), 예비노인(이연희, 2011), 노인부부(고숙정, 2012), 일반노인(유자연, 2011; 선우홍미, 2014; 김혜진, 2014; 윤연정, 2015; 김경미, 2015; 오혜경, 2017), 독거노인(강나경, 2015)등 지식, 태도 및 치매예방행위와 관련된 연구들이 있다. 그러나 치매불안감에 대한 선행연구는 노인의 치매불안 정도 연구(김상숙, 1997), 본인의 치매 발병 불안정도(이희정, 2011), 치매환자가족과 일반노인대상 불안감 비교연구(박혜정, 2011)와 노인의 치매 발병 두려움과 특성(박영임, 2016) 등으로 상관관계를 확인하는 것 보다는 불안정도에 대한 연구가 대부분이었으며, 특히 동일선상에서 치매예방행위, 치매불안감 및 지식에 대해 관계를 확인하고 영향요인을 밝히는 연구는 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구는 지역사회에 거주하는 60세 이상의 노인을 대상으로 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 관계를 파악하여 지역사회에서 치매 예방행위를 효과적으로 증진할 수 있는 간호중재와 체계적인 치매관리 프로그램 개발에 활용 가능한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 대상자의 일반적 특성과 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 정도를 파악한다.

둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 차이를 파악한다.

셋째, 대상자의 치매지식, 치매 불안감 및 치매예방행위의 관계를 파악한다.

넷째, 치매예방행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 용어의 정리

1) 치매지식

치매지식은 치매에 대해서 각 사람이 알고 있는 지식의 정도를 의미하는 것으로 질병에 대한 지식뿐만 아니라, 스스로 이 질병을 관리하기 위해 어떤 행동을 할 것인지에 대한 정보까지 포함한다(보건복지부, 2008). 본 연구에서의 치매지식은 2011년 서울특별시광역치매센터에서 개발한 치매지식을 측정하는 12문항이며, 치매의 원인 3문항, 치매의 예방 및 치료 4문항, 치매의 증상 및 진단 3문항, 치매환자의 간호 2문항으로 구성된 질문지를 이용하여 측정한 점수를 의미한다.

2) 치매불안감

불안감은 마음이 편하지 아니하고 조마조마한 느낌(국립국어원, 2017)으로 긴장과 걱정을 주관적, 의식적으로 인식하는 감정이며, 자율신경계의 활동으로 특징지어지는 유동적인 정서적 상태를 의미한다(김상숙, 1997). 본 연구에서는 치매관련 불안을 연구한 박혜정(2011), 박영임(2016)의 선행연구에서 ‘나도 치매에 걸리지 않을까’ 하는 문항을 5점 척도로 구조화하여 측정된 점수를 의미한다.

3) 치매예방행위

예방행위란 질병이나 재해 따위가 일어나기 전에 미리 의지를 가지고 하는 행동(국립국어원, 2017)으로 치매예방행위는 치매를 사전에 노출되지 않도록 하기 위해 취하는 행동이다(이영휘 외, 2009). 본 연구에서의 치매예방행위는 이영휘 등이 개발한 12문항으로 구성된 질문지를 이용하여 치매예방행위척도를 측정된 점수를 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 치매와 치매지식

치매는 정상적으로 생활해오던 사람에게 후천적인 다양한 원인으로 인해, 기억력을 비롯한 여러 가지 인지기능의 장애가 나타나, 일상생활을 혼자 수행하기 어려울 정도로 심한 영향을 주는 상태를 말하며, 어떤 하나의 질병명이 아니라, 특정한 조건에서 여러 증상들이 함께 나타나는 증상들의 묶음이다(중앙치매센터, 2017). 세계보건기구의 국제질병분류 10판(International Classification of Diseases: ICD-10)에 의하면 치매는 ‘뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생긴 증후군으로 기억력, 사고력, 지남력, 이해, 계산, 학습 능력, 언어 및 판단력을 포함한 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애로 정의하고, 의식의 혼탁 없이 개인의 일상생활 활동이 손상될 정도의 장애가 최소한 6개월 이상 지속되어야 한다’고 정하고 있다(보건복지부, 2012).

치매는 다양한 원인에 의해 발생하는 일종의 증후군으로 치매의 원인 중 가장 대표적인 알츠하이머병은 뇌세포의 퇴화로 기억력을 비롯한 여러 인지 기능이 점진적으로 저하되며 일상생활의 장애가 나타난다. 혈관성치매는 두 번째로 흔한 원인으로 뇌의 혈액공급의 문제로 발생하며, 그 외에 행동의 장애가 같이 나타나는 루이체치매, 전두엽이나 측두엽의 앞쪽에서부터 진행되는 전두측두엽치매, 장기간 지속된 음주로 인한 알코올치매 등이 있다. 치매의 약 5~10% 정도는 완치 가능한 치매로 우울증에 의한 가성치매, 뇌종양, 내분비질환, 결핍성질환 등이 해당되는 것으로 알려져 있다(중앙치매센터, 2017). 가장 흔한 알츠하이머병 치매의 특징적 증상은 기억장애로 초기 단계에서 나타나며 최근에 일어난 사건에 대한 단기기억의 저하가 현저하고

치매가 진행되면 비교적 잘 유지하던 장기기억도 심한 장애를 입게 되어 판단 및 충동 통제능력의 장애로 이상행동을 하기도 한다(조현오, 2000).

치매에 대한 지식은 치매에 대한 정보 보유 정도와 인지 정도를 의미하는 것으로 전반적인 치매의 원인질환, 증상, 예방가능성에 대해 인식하고 분별, 판단하여 자신이 지각한 치매에 관해 아는 것을 말한다(방현령, 2006). 치매지식정도를 조사한 선행연구를 살펴보면 일반 노인대상의 치매지식 연구(이인자, 2001; 선우홍미, 2014)에서는 연령이 낮고 학력이 높을수록 치매 지식점수가 높았으며, 치매에 대한 관심은 많으나 치매에 대한 교육이나 홍보를 접할 기회가 적어 질병에 대한 지식이 부족하다고 나타났다. 55세~64세 예비노인을 대상으로 한 연구(이연희, 2012)에서는 교육수준이 높을수록 치매에 대한 지식도 높았으며, 일반인 대상 연구(조현오, 2000)에서는 여성이 남성보다, 나이가 많을수록, 학력이 낮을수록, 직업이 없고, 치매에 대한 정보를 갖지 못했을 때 지식이 낮았다. 서울시민의 치매인식도 조사에서는 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 관리/전문/사무직에 종사하고, 소득이 높을수록 치매지식 점수가 높은 것으로 나타났다(서울특별시광역치매센터, 2015).

이상의 선행연구 결과에서 대체로 여성, 고령, 저학력, 저소득 및 치매에 대한 교육의 경험이 없을 경우 치매에 대한 지식수준이 낮은 것을 알 수 있으며 이러한 대상자를 중심으로 치매교육을 집중 할 필요가 있겠다. 일반 재가노인을 위한 치매교육 프로그램의 효과연구에서 프로그램에 참여한 실험군이 치매에 대한 지식점수가 유의하게 증가하였고, 실험군과 대조군 간에 유의한 차이가 나타나, 치매교육 프로그램이 일반 노인의 치매지식을 향상시키는 데 효과가 있었다(공은희, 정영순, 2011). 따라서 치매에 대하여 올바른 지식과 정보 제공은 치매예방을 위한 생활습관의 개선과 조기발견 및 조기치료의 중요성을 인식하게 되어 치매유병률을 낮추는 전략적 핵심요소라고 하겠다.

2. 치매불안감

불안은 위협에 대처하고자 하는 일종의 적응기제로서 특정한 상황에 대하여 자신이 위협을 받는다고 받아들임으로써 발생하는 두려움, 긴장감, 우려, 근심 등의 주관적인 감정으로서 외부세계로부터의 위협에 대한 감정적인 반응을 말한다(김혜원, 1996). 불안한 사람은 현실적으로 위협이 없는 상황이나 대상에 대하여 불안을 느끼게 되면서 심리적으로 위축되고 대인관계를 중단하는 문제가 나타난다(Kashdan 외, 2007). 불안은 두려움, 공포감으로 인하여 호흡과 심장박동수가 증가되고 두통과 불면 같은 신체적 증상까지 일어나 현실적응에 심각한 어려움을 겪게 된다. 불안의 정도가 높은 사람은 부정적 단서나 자극에 매우 민감하게 반응하고, 자신에게 부정적인 상황이 발생할 가능성을 더 높게 추측하는 경향이 있다(Butler & Mathews, 1983). 노년기에 이르게 되면 신체질환에 이환될 가능성이 높아지고 각종 약물을 복용해야 되는 것으로 인해 스트레스를 받게 되고 이외에도 중요한 대상의 죽음, 직업 상실, 경제적 빈곤 등을 통하여 심리적 스트레스가 더욱 증가하게 된다(오강섭, 2006). 노인의 인지 능력의 변화에 대한 평가에서 더 높은 불안점수가 학습 기억력에 감소를 일으키는 것으로 나타났다(Gallacher et al., 2009).

영국의 18~64세 성인 4,276명을 대상으로 한 조사에서, ‘당신은 치매에 대해 걱정이 되는가?’를 묻는 질문에 63%는 걱정된다고 하였으며, 여성(70%)이 남성(56%)보다 훨씬 더 걱정하는 것으로 나타났다. 그러나 걱정과 두려움에 비하여 21%만이 치매에 대해 지식이 충분하다고 생각하고 있으며 치매에 대해서 더 알고 싶다는 응답은 18~24세가 25%로 55세의 15%보다 높게 나타났다(YouGov, 2012). 반면에, ‘치매 발생에 대한 불안의 역할: 로테르담 연구’에서는 불안증상과 불안장애가 치매의 위협과 관련이 없는 것으로 나타났다

며, 불안이 치매의 위험인자는 아니지만 치매의 증상과 함께 발생할 수 있다는 결과를 확인하였다(Bruijn et al., 2013).

치매불안에 관련된 선행연구를 살펴보면 노인의 치매불안 정도 연구(김상숙, 1997)에서는 학력이 낮을수록, 배우자가 없고, 종교가 없으며, 경제적 수준이 낮다고 생각할수록 치매불안정도가 높게 나타났으며, 치매지식정도가 낮게 지각된 집단의 불안도가 가장 높은 것으로 나타났다. 중년을 대상으로 한 연구에서 대상자의 80%가 치매 발병 불안감을 가지고 있었으며, 치매발병 불안에 영향을 끼치는 요인은 치매에 대한 지식 부족으로 치매는 예방이 어렵다는 것과 치매 발병 이후 환자에 대한 적절한지 못한 치료 및 관리로 환자와 가족들에게 고통을 줄 수 있다는 것으로 나타났다(송영희, 2002). 20대부터 80대까지의 일반인 대상으로 한 치매발병 불안정도 연구(이희정, 2011)에서는 치매의 지식수준이 낮은 집단에서 치매발병 불안정도가 가장 높게 나타났으며, 일반노인에서 직업이 없는 경우가 있는 경우보다 치매 발병 불안이 높았고, 질환이 있는 경우와 지각된 건강상태가 나쁘다고 생각한 군에서도 치매 발병 불안이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 치매환자가족과 일반노인대상(박혜정, 2011)의 불안, 지식, 건강증진행위에 대한 그룹 간 비교 연구에서 치매지식은 치매환자가족 노인이 높았으며, 불안과 건강증진행위는 일반노인에서 높게 나타났고 불안, 지식, 건강증진행위 간의 상관관계는 치매불안과 건강증진행위만 관련성이 있었다.

불안은 위협에 대처하기 위해 긴장감을 더해주는 지극히 정상적인 감정으로 불안을 느끼게 되면 두려워하는 부정적인 결과가 발생하지 않도록 노력하는 것이 일반적인 대처방법이므로 치매불안감을 감소시키기 위해서는 치매예방행위를 증진하는 것이 선행조건이라 하겠다.

3. 치매 예방행위

O'Donnell(1999)은 건강에 큰 영향을 미치는 요인으로 개인의 생활습관이 52%, 유전 20%, 환경 20%, 의료서비스는 8%로 발표하였다(김명 외, 2008). 치매예방행위는 수정이 가능한 치매위험요인을 조절함으로써 발병을 지연시키고 치매를 예방을 하는 데 초점을 두고 있다(이상화, 2015).

치매를 일으키는 위험인자로 알츠하이머병 치매에서는 85세 이상의 고령, 무학, 알코올 남용, 흡연, 치매의 가족력 등이었으며, 혈관성 치매는 무학, 뇌졸중 병력, 40년 이상 흡연이었다. 특히 뇌졸중 병력이 있는 경우는 혈관성 치매의 위험도가 27배 높았다(서국희 외, 2000). 과도한 음주는 뇌세포를 파괴시켜 기억력을 감퇴시키고 흡연은 치매에 걸릴 위험이 1.5배나 높이며(보건복지부, 2012), 고혈압 질환이 있는 경우 1.13배, 당뇨가 있는 경우 1.49배 치매의 발병률이 높았다(강지혜, 2013). 연령이 증가할수록, 교육수준이 낮을수록, 체질량 지수가 낮을수록, 그리고 운동하지 않는 경우에서 치매 위험이 높은 것으로 나타났다(성미라 외, 2014).

2012년 치매유병률 조사에 의하면 치매위험도는 연령으로는 65~69세에 비해 85세 이상이 38.7배가 치매위험이 높으며, 여성 노인이 남성노인에 비해 2.6배, 1년 이상 교육을 받은 자 보다 무학자는 9.2배 높으며 그 외 배우자 부재(사별, 이혼, 별거, 미혼 등)가 2.9배, 두부외상 과거력이 3.8배, 우울 증은 2.7배 치매의 위험이 높은 것으로 나타났다. 우리나라 치매환자의 유형별 분포를 보면 퇴행성 질환인 알츠하이머병 치매가 71.3%, 혈관성 치매가 16.9%, 기타가 11.8% 정도를 차지하고 있다(보건복지부, 2012). 특히, 알츠하이머병 환자는 자연 사망 전 마지막 3~5년 동안은 심각한 장애상태가 유지되는데, 적극적인 약물 치료와 비약물 치료를 통해서 심각한 장애가 지속되는 기간을 1년 이내로 줄일 수 있다(중앙치매센터, 2017).

2017년 현재, 우리나라 치매 인구수는 72만여 명이며 2024년에는 100만 명, 2041년에는 200만 명이 넘을 것으로 전망하고 있으며 12분마다 1명씩 치매환자가 발생하고 있어 지금의 추세대로 증가할 경우 30년 뒤에는 다섯 가구 중 한 가구가 치매가족이 될 만큼 급속하게 치매환자가 늘고 있다(보건복지부, 2015).

보건복지부에 따르면 치매는 단기간에 변화시킬 수 있는 것이 아니므로, 치매발생위험요인의 사전관리와 생활 속에서 예방 실천이 중요하며 생활습관요인은 개인이 수정 가능한 건강행위이므로 국민이 일상생활 속에서 실천할 수 있는 ‘치매예방수칙인 3권(勸), 3금(禁), 3행(行)’ 과 ‘세대별 치매예방 액션플랜’을 발표하였다. 치매예방수칙 첫 번째인 3권(勸, 즐길 것)은 운동, 식사, 독서로 일주일에 3 번 이상 걷고, 생선과 채소를 골고루 챙겨 먹으며 식사를 거르지 말고, 부지런히 읽고 쓰는 것을 말한다. 두 번째인 3금(禁, 참을 것)은 절주, 금연 뇌손상예방으로 술은 한 번에 석잔 보다 적게 마시고, 담배는 피우지 않고, 머리를 다치지 않도록 조심하라는 것이며 세 번째인 3행(行, 챙길 것)은 건강검진, 소통, 치매조기검진으로 혈압, 당뇨, 콜레스테롤 세 가지를 정기적으로 검사하고, 가족과 친구를 자주 연락하고 만나며, 해마다 치매 조기검진을 받으라는 것을 말한다. 또한 ‘세대별 치매예방 액션플랜’은 청년층에게는 하루 세끼 챙겨먹기, 운동 한 가지씩 배우기, 머리 다치지 않도록 조심하기이며, 장년층에게는 적극적으로 우울증을 치료받기, 생활습관으로 발생하는 고혈압과 당뇨 등의 질병을 꾸준히 치료하기이고, 노년기는 뇌신경을 자극하는 손과 안면근육 운동을 스스로 꾸준히 하기, 복지관과 경로당에 가서 많은 사람들을 만나 친구로 사귀기 및 보건소에 방문하여 치매조기검진을 받는 것을 권장한다(보건복지부, 2014).

치매조기검진은 전국의 보건소와 서울시의 25개 자치구 치매지원센터에서 치매조기발견 및 조기치료와 체계적인 관리를 위해 60세 이상 노인에게

무료로 시행하고 있다. 보건복지부가 2011년부터 국가치매검진선별용으로 사용하는 MMSE-DS(Mini-Mental State Examination Dementia Screening)는 총 19문항으로 구성되어있으며 최저 0점~최고 30점 범위의 점수를 성별과 연령 및 학력에 따라 절단점 기준으로 높으면 인지정상, 이하면 인지저하로 분류한다. 1차 선별검진을 통해 발견된 인지저하자는 2차 신경심리검사와 임상평가인 진단검사와 3차 치매를 확진하는 감별검사로 이어지는 체계로 치매조기검진사업을 진행하고 있다. 2014 서울시치매관리사업 보고서에 의하면 치매선별검진률은 65세 이상 인구의 약 15.7%로 나타나 향후 치매교육에 있어 치매의 조기발견 및 조기치료의 중요성을 강조하고 치매선별검진률을 높이기 위한 적극적인 홍보 활동을 전개할 필요가 있다.

치매예방행위와 관련된 선행연구에서 저소득층 중년여성을 대상으로 한 연구(이영희 외, 2009)에서는 학력이 높을수록, 종교가 있는 집단에서 높게 나타났으며, 55~64세의 예비노인을 대상으로 한 연구(이연희, 2012)에서는 여성이 남성보다, 교육수준이 높을수록, 종교가 있고, 배우자가 있는 경우, 치매 교육을 받은 경우가 치매예방행위 점수가 높았다. 지역사회 노인대상의 연구(선우흥미, 2014)에서는 여성이 남성보다, 종교가 있고, 담배를 피우지 않으며, 술을 마시지 않을수록, 치매 관심도가 높을수록 치매예방행정도가 높았으며, 노인대상 연구(유자연, 2011)에서도 고등학교 졸업 이상이고, 주관적 경제수준이 보통이고, 치매관련 정보가 있고, 일주일에 1시간 이상 사회활동을 하고 있는 경우가 치매예방행위를 잘하는 것으로 나타났다.

치매예방행위 정도에서 운동은 하루 30분, 주 3회의 정기적인 신체 활동(조깅, 자전거, 수영, 걷기, 산책 등)은 학습능력과 집중력을 향상시킬 수 있으며 적당한 운동은 치매의 원인이 되는 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등을 예방하고 증상을 호전시킨다(박윤진 외, 2012).

인지장애나 경증 치매로 의심되는 노인을 대상으로 독서치료 프로그램을

실시한 연구에서 독서를 통해 대상자의 인지능력은 향상되고 우울증은 감소되었다(황인담, 박준식, 2008). 신체활동, 금연, 사회활동, 인지활동, 적당한 음주, 적당체중유지 및 뇌건강식 등의 건강생활습관이 인지건강에 긍정적인 영향을 미치는 것을 확인하였다(이윤환 외, 2009).

이상의 선행 연구 결과를 종합해보면 남성보다 여성이, 저학력보다 고학력일수록, 가족과 같이 살고 있는 경우, 종교를 갖고 있으며, 치매에 대한 지식과 관심이 많을수록, 그리고 경제수준이 높을수록 치매예방행위를 잘하는 것으로 나타났다. 치매는 생활습관의 개선으로 예방이 가능하므로 예방의 중요성을 강조하고 지속적인 관심과 동기 부여 통해 치매예방행위를 꾸준히 실천할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회 60세 이상 노인을 대상으로 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

본 연구의 개념틀은 Pender의 건강증진모델(Health Promotion Model)을 근거로 하여 개념틀을 구성하였다. Pender는 개정된 건강증진모델에서 건강 및 일상생활 관리를 통한 건강증진에 초점을 두었으며 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 개인의 특성과 경험, 행위와 관련된 인지와 정서, 행위의 결과 등 세 개의 영역으로 나누어 설명하였다. 개인적 요인은 행위관련 인지와 정서 뿐 아니라 건강증진행위에도 영향을 준다고 하였다.(박영숙 외, 2008). 성별, 연령, 학력, 소득수준, 동거형태 등을 개인의 특성과 경험으로, 행위와 관련된 인지와 정서는 치매지식정도와 치매불안감으로 배치하였고, 건강증진행위는 치매예방행위로 구성하였다(그림1 참조).

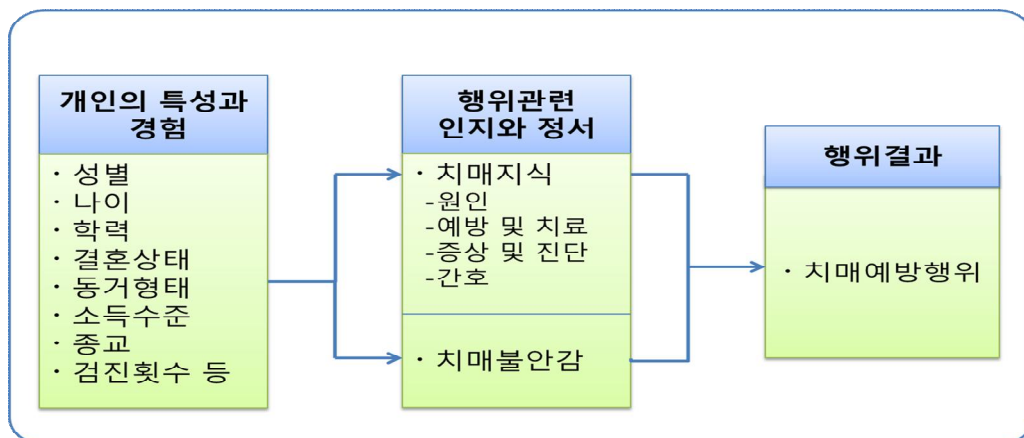


그림 1. Pender의 건강증진모델(Health Promotion Model)에 근거한 개념틀

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 서울시 일 지역에서 임의 추출하였으며 대상자 표본 수는 G power 3.1 computer program 사용하여 중간유효크기 0.15, 유의수준 0.05, 검정력 0.80으로 적용하여 표본을 계산한 결과 135명이 적절한 것으로 나타났으나, 탈락률 10%를 고려하여 150명을 연구대상으로 모집하였으며 최종 연구대상자는 150명 이었다.

대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 만 60세 이상인 자
- 2) 설문지의 내용을 듣고 이해하여 응답이 가능한 자
- 3) 치매선별검진결과 정상범위인 자
- 4) 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자

3. 연구 도구

1) 치매지식

치매에 대한 지식 측정도구는 2011년 서울특별시광역시광역치매센터에서 개발한 도구로 총 12문항이며 치매의 원인 3문항, 치매의 예방 및 치료 4문항, 치매의 증상 및 진단 3문항, 치매환자의 돌봄 2문항으로 구성되어있다. 각 문항은 ‘그렇다’, ‘아니다’로 응답하도록 하였으며, 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 전체 점수의 범위는 0~12점으로 점수가 높을수록 치매지식정도가 높은 것

을 의미하며 개발당시 Cronbach's α 는 0.57이었다. 본 연구에서 KR(Kuder-Richardson)-20 신뢰도는 0.58이었다.

2) 치매불안감

치매불안감에 대한 측정도구는 박영임(2016)의 선행연구에서 '나도 치매에 걸리지 않을까' 하는 불안감에 대한 문항의 0~10점을 본 연구대상자가 60세 이상의 노인임을 고려하여 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다'(1점), '그렇지 않다'(2점), '보통이다'(3점), '그렇다'(4점), '매우 그렇다'(5점)로 구조화하였으며 점수가 높을수록 불안감이 높다는 것을 의미한다.

3) 치매예방행위치매지식

치매예방행위는 이영휘 등(2009)이 개발한 측정도구를 사용하였으며 총 12문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 3점 Likert 척도로 '하지 않는다'(1점), '가끔 한다'(2점), '거의 매일한다'(3점) 로 응답하도록 하였다. 전체 점수의 범위는 12~36점으로 점수가 높을수록 치매예방행위를 잘하고 있는 것을 의미하며 도구개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α 는 0.75이었다. 본 연구의 Cronbach's α 는 0.72이었다.

4. 자료 수집

본 연구의 자료수집은 윤리적 고려를 위해 성신여자대학교 기관생명윤리 심의위원회의 심사과정통과 후(IRB No. 2016-065) 2017년 3월2일부터 2017

년 5월10일까지 서울시 일 지역에서 치매선별검진을 하기 위해 치매지원센터를 방문한 60세 이상의 노인 중 선별검진결과가 정상인 자를 대상으로, 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 자발적으로 참여에 동의한 총 150명을 대상으로 자료를 수집하였다. 문제를 읽어주고 응답을 대신 표기하는 일대일 직접 면담으로 실시하였으며, 설문에 참여한 대상자에게 소정의 감사선물을 제공하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 20.0 을 이용하여 전산통계 처리하였고, 각각의 자료에 사용한 통계분석 방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성, 치매지식, 치매불안감, 치매예방행위 정도는 각 실수, 백분율, 평균 및 표준편차를 산출하였다.

2) 치매지식, 치매불안감, 치매예방행위간의 관계는 Pearson's 상관계수로 분석하였다.

3) 대상자의 일반적인 특성에 따른 치매지식, 치매불안감, 치매예방행위의 평균차이 검정을 살펴보기 위하여 t-test 검증 및 ANOVA 분석을 시행하였고, 사후분석은 Scheffe'-test를 실시하였다.

4) 치매예방행위에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 회귀분석을 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자 150명의 일반적 특성에 대한 결과는 <표 1>과 같다.

성별은 여자 107명(71.3%)이고 남자는 43명(28.7%)이었다. 연령은 70~79세가 93명(62%)으로 가장 많았고, 60세~69세가 33명(22%)이며 80세 이상이 24명(16%)이었다. 교육수준은 초등학교 졸업~중학교 졸업이 55명(36.7%)으로 가장 많이 차지하였으며, 무학이 28명(18.7%), 고등학교 졸업이 30명(20.0%), 전문대 졸업 이상이 37명(24.7%)으로 나타났다.

기혼이 70명(46.7%)으로 가장 많았으며, 사별이 62명(41.3%), 이혼, 별거, 미혼을 포함한 기타가 18명(12%)이었다. 동거형태는 가족과 동거하는 경우가 94명(62.7%)으로 독거의 56명(37.3%)보다 많았다. 종교는 기독교가 52명(43.7%)으로 가장 많은 분포를 보였고 불교 35명(23.3%), 천주교 23명(15.3%)순이었고, 무교는 40명(26.6%)으로 나타났다. 현재 직업이 없는 대상자가 112명(74.7%)이었고, 있는 경우가 38명(25.3%)으로 대부분 직업이 없는 것으로 나타났다.

소득수준은 50만원 미만인 51명(34%)으로 가장 많이 차지하였으며 50만원~100만원 미만인 36명(24%), 100만원~200만원 미만인 30명(20%), 300만원 이상이 19명(12.7%), 200만원~300만원 미만인 14명(9.3%)의 순으로 나타났다. 치매선별검진횟수는 처음인 경우가 14명(9.3%)이었으며 2~3회가 79명(52.7%), 4회 이상이 57(38.0%)로 대부분 2회 이상 검진을 받았다. 검진을 받게 된 경로는 우편물이 82명(54.7%)으로 가장 많았으며 가족·지인이 11명(7.3%), 이용시설이 37명(24.7%), 기타홍보물이 20명(13.3%)이었다.

치매관련 교육을 받은 경험은 있는 경우가 26명(17.3%), 없는 경우가 124명(82.7%)으로 대부분 교육을 받은 경험이 없었다. 현재의 신체질환을 갖고 있는지 여부에 36명(15.6%)만이 없다고 응답하였고, 갖고 있는 신체질환을 중복으로 표시한 결과에서 고혈압이 81명(35.1%), 고지혈증이 44명(19.0%), 당뇨가 29명(12.6%)순이었다. 가족력은 84명(56%)이 없다고 응답하였으며, 가족력이 있는 경우, 고혈압이 34명(36.0%)으로 가장 많았으며 뇌졸중이 15명(31.4%), 당뇨가 12명(15.3%), 치매 가족력은 13명(16.7%)으로 나타났다. 치매를 두려워하는 이유로는 ‘가족들의 부담감 때문에’가 54명(36%)으로 가장 많았으며 ‘나를 잊어가는 것이 두렵다’가 47명(31.4%), ‘돌봐 줄 사람이 없어서’가 23명(15.3%), ‘간병비용 때문에’가 19명(12.7%), ‘완치되는 병이 아니라서’가 7명(7%)순으로 응답하였다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(N=150)

문항	변수	빈도	백분율
성별	남성	43	28.7
	여성	107	71.3
연령	60~69 세	33	22.0
	70~79 세	93	62.0
	80 세 이상	24	16.0
교육수준	무학	28	18.7
	초등학교 졸업~중학교 졸업	55	36.7
	고등학교 졸업	30	20.0
	전문대 졸업 이상	37	24.7
결혼상태	기혼	70	46.7
	사별	62	41.3
	기타(이혼, 별거, 미혼 등)	18	12.0
동거형태	독거	56	37.3
	가족과 동거	94	62.7
종교	기독교	52	34.7
	불교	35	23.3
	천주교	23	15.3
현재직업	기타	40	26.7
	있다	38	25.3
	없다	112	74.7
소득수준	50 만원 미만	51	34.0
	50 만원 ~ 100 만원 미만	36	24.0
	100 만원 ~ 200 만원 미만	30	20.0
	200 만원 ~ 300 만원 미만	14	9.3
선별검진 횟수	300 만원 이상	19	12.7
	1 회	14	9.3
	2~3 회	79	52.7
	4 회 이상	57	38.0
선별검진 받게 된 경로	우편물	82	54.7
	가족·지인	11	7.3
	이용시설	37	24.7
치매관련 교육 경험	기타(현수막, 인쇄물, 방송 등)	20	13.3
	있다	26	17.3
치매의 두려운 점	없다	124	82.7
	나를 잊어가는 것이 두렵다	47	31.4
	가족들의 돌봄 부담감이 두렵다	54	36.0
	돌봐 줄 사람이 없어 두렵다	23	15.3
	완치되는 병이 아니라 두렵다	7	4.7
	간병비용 때문에 두렵다	19	12.7

<표 1> 대상자의 일반적 특성 계속

(N=150)

문항	변수	N	%
신체질환 개수	없음	36	24.0
	1 개	63	42.0
	2 개	27	18.0
	3 개	20	13.3
	4 개	4	2.7
신체질환	없음	36	15.6
	고혈압	81	35.1
	당뇨	29	12.6
	고지혈증	44	19.0
	뇌졸중	3	1.3
	심장질환	10	4.3
	기타	28	12.1
가족질환 개수	없음	84	56.0
	1 개	53	35.3
	2 개	9	6.0
	3 개	3	2.0
가족질환	없음	84	19.3
	치매	13	16.7
	뇌졸중	15	31.4
	고혈압	34	36.0
	당뇨	12	15.3
	기타	6	4.0

2. 대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위 정도

대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 정도는 <표 2> 와 같다. 치매 지식은 12점 만점에 평균 7.24 ± 2.23 점 이었으며, 치매불안감은 5점 만점에 평균 3.05 ± 1.29 점, 치매예방행위는 36점 만점에 평균 28.39 ± 3.38 점으로 나타났다.

<표 2> 대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위 정도 (N=150)

변수	Minimum	Maximum	Mean	SD	Range
치매지식	2.00	12.00	7.24	2.23	1~12
치매불안감	1.00	5.00	3.05	1.29	1~5
치매예방행위	20.00	36.00	28.39	3.38	12~36

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식 차이 및 치매지식 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식의 차이는<표 3>과 같다. 치매지식의 차이는 교육수준, 소득수준, 선별검진경로, 치매교육경험, 치매의 두려운 점이 통계적으로 유의미한 차이가 있었다.

교육수준에 따른 점수는 무학이 5.96 ± 2.05 점, 초등학교 졸업~중학교 졸업이 6.64 ± 2.02 점, 고등학교 졸업이 7.97 ± 2.26 점, 전문대 졸업 이상이 8.51 ± 1.89 점으로 유의하였으며($t=11.51$, $p=.001$, $a < b$), 학력이 높을수록 치매지식 정도가 높았다. 소득수준에 따른 치매지식 점수는 50만원 미만은 6.73 ± 2.31 점, 50~100만원 미만은 6.67 ± 2.07 점, 100~200만원 미만은 7.73 ± 2.10 점, 200~300만원 미만은 8.64 ± 1.55 점으로 소득이 높을수록 점수가 높아 유의한 차이가 있었다($t=3.69$, $p=.007$).

치매선별검진 경로에 따른 치매지식점수는 가족·지인이 6.36 ± 2.73 점, 기타홍보물이 8.50 ± 2.19 점으로 유의한 차이가 나타나 홍보물에 의해 치매선별검진을 받은 대상자의 치매지식점수가 높았다($t=3.24$, $p=.024$). 치매교육 경험에 따른 치매지식점수는 치매관련교육을 받은 경험이 있는 경우가 8.15 ± 2.22 점으로 치매교육경험이 없는 경우의 7.05 ± 2.19 점 보다 높게 나타나 치매관련교육을 받은 대상자가 치매지식점수가 높아 유의하였다($t=2.34$, $p=.021$). 치매에 대해 두려운 점으로 '나를 잊어 가는 것이 두렵다'고 응답한 대상자가 치매지식 점수가 높게 나타나 유의하였다($t=4.52$, $p=.002$)

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식 차이

(N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p	scheffe's
성별	남성	43	7.23	2.38	-0.03	.979	
	여성	107	7.24	2.18			
연령	60 ~ 69 세	33	7.82	2.36	2.49	.087	
	70 ~ 79 세	93	7.23	2.20			
	80 세 이상	24	6.50	2.00			
교육수준	무학	28	5.96 ^a	2.05	11.51	.001	a<b
	초등학교 졸업 ~ 중학교 졸업	55	6.64	2.02			
	고등학교 졸업	30	7.97	2.16			
	전문대 졸업 이상	37	8.51 ^b	1.89			
결혼상태	유지	70	7.64	2.39	2.21	.113	
	사별	62	6.85	1.86			
	기타	18	7.00	2.57			
동거형태	독거	56	7.05	2.05	-0.79	.431	
	가족과 동거	94	7.35	2.33			
종교	기독교	52	7.19	2.22	0.21	.887	
	불교	35	7.31	2.25			
	천주교	23	7.52	2.52			
	기타	40	7.08	2.10			
현재직업	있다	38	7.32	2.37	0.24	.809	
	없다	112	7.21	2.19			
소득수준	50 만원 미만	51	6.73	2.31	3.69	.007	a<b
	50 만원 ~ 100 만원 미만	36	6.67 ^a	2.07			
	100 만원 ~ 200 만원 미만	30	7.73	2.10			
	200 만원 ~ 300 만원 미만	14	8.64 ^b	1.55			
	300 만원 이상	19	7.89	2.31			

<표 3> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매지식 차이 계속 (N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p	scheffe's
선별검진 횟수	1 회	14	7.14	1.88	0.87	.422	
	2~3 회	79	7.04	2.37			
	4 회 이상	57	7.54	2.11			
선별검진 경로	우편물	82	7.23	2.14	3.24	.024	a<b
	가족·지인	11	6.36 ^a	2.73			
	이용시설	37	6.84	2.08			
치매교육 경험	기타 홍보물	20	8.50 ^b	2.19	2.34	.021	
	있다	26	8.15	2.22			
치매의 두려운 점	없다	124	7.05	2.19	4.52	.002	
	나를 잊어가는 것이 두렵다	47	8.30	2.13			
	가족들의 돌봄 부담감이 두렵다	54	6.93	2.15			
	돌봐 줄 사람이 없어 두렵다	23	6.61	2.19			
	완치되는 병이 아니라 두렵다	7	7.00	2.00			
	간병비용 때문에 두렵다	19	6.37	2.03			

대상자의 문항별 치매지식정도는 <표 4>와 같다. 가장 높은 정답률을 보인 문항은 ‘규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다’로 98.7%이었으며 다음으로 ‘치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다’가 94.0%로 높은 정답률을 보였다. 가장 낮은 정답률을 보인 문항은 ‘치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다’가 26.0%였으며 ‘오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다’가 42.7%, ‘이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다’가 37.3%, ‘완치 가능한 치매가 있다’가 36.0%로 50%이하의 낮은 정답률을 보였다.

영역별로 살펴보면 치매의 원인에 대해 68.2%로 가장 높은 정답률을 보였으나 치매환자의 간호영역에서 38.7%로 가장 낮은 정답률을 보였다.

<표 4> 대상자의 문항별 치매지식 정도 (N=150)

영역	문항	참(T)/ 거짓(F)	N	%	영역별 정답률
치매 원인	1.치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.	F	96	64.0	68.2%
	2.알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.	T	92	61.3	
	3.뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.	T	119	79.3	
치매 증상 및 진단	5.오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다.	F	64	42.7	58.0%
	6.치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.	T	141	94.0	
	7.이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.	F	56	37.3	
치매 예방 및 치료	4.치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.	F	96	64.0	67.0%
	8.완치 가능한 치매가 있다.	T	54	36.0	
	9.치매에는 약물치료가 도움이 된다.	T	104	69.3	
치매 환자 간호	10.규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.	T	148	98.7	38.7%
	11.치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.	F	39	26.0	
	12.치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.	F	77	51.3	

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매불안감 차이 및 치매불안감 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 치매에 대한 치매불안감의 차이는 <표 5>와 같다. 치매불안감은 동거형태에서 독거인 경우가 3.23 ± 1.32 점으로 가족과 동거하는 경우인 2.95 ± 1.27 점보다 높게 나타나 통계적으로 유의미한 차이가 있었다($t = -3.00$, $p = .003$). 즉, 독거노인의 치매불안감이 높다는 것을 알 수 있었다.

<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매불안감 차이

(N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p
성별	남성	43	2.79	1.25	1.62	.110
	여성	107	3.16	1.30		
연령	60 ~ 69 세	33	2.94	1.22	0.18	.839
	70 ~ 79 세	93	3.08	1.35		
	80 세 이상	24	3.13	1.23		
교육수준	무학	28	2.96	1.57	0.41	.746
	초등학교 졸업 ~ 중학교 졸업	55	3.20	1.27		
	고등학교 졸업	30	3.03	1.22		
	전문대 졸업 이상	37	2.92	1.19		
결혼상태	기혼	70	2.93	1.23	1.98	.142
	사별	62	3.29	1.32		
	기타	18	2.72	1.36		
동거형태	독거	56	3.23	1.32	-3.00	.003
	가족과 동거	94	2.95	1.27		
종교	기독교	52	3.15	1.23	0.67	.571
	불교	35	2.83	1.52		
	천주교	23	3.26	1.39		
	기타	40	3.00	1.11		
현재직업	있다	38	2.84	1.15	1.17	.246
	없다	112	3.13	1.34		
소득수준	50 만원 미만	51	3.04	1.31	0.60	.661
	50 만원 ~ 100 만원 미만	36	3.25	1.32		
	100 만원 ~ 200 만원 미만	30	2.77	1.28		
	200 만원 ~ 300 만원 미만	14	3.07	1.33		
	300 만원 이상	19	3.16	1.26		

<표 5> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매불안감 차이 계속 (N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p
선별검진 횟수	1 회	14	2.79	1.05	0.44	.642
	2~3 회	79	3.13	1.31		
	4 회 이상	57	3.02	1.33		
선별검진 경로	우편물	82	2.96	1.24	2.65	.051
	가족·지인	11	2.36	1.43		
	이용시설	37	3.49	1.33		
치매교육 경험	있다	26	3.38	1.27	-1.44	.152
	없다	124	2.98	1.29		
치매의 두려운 점	나를 잊어가는 것이 두렵다	47	3.00	1.29	0.09	.986
	가족들의 돌봄 부담감이 두렵다	54	3.11	1.24		
	돌봐 줄 사람이 없어 두렵다	23	3.09	1.41		
	완치되는 병이 아니라 두렵다	7	2.86	1.46		
	간병비용 때문에 두렵다	19	3.05	1.39		

대상자의 치매불안감 정도는 <표 6>과 같다. ‘나도 치매에 걸리지 않을까’라는 질문에 ‘전혀 그렇지 않다’ 25명(16.7%), ‘그렇지 않다’ 29명(19.3%), ‘보통이다’ 26명(17.3%), ‘그렇다’ 53명(35.3%), ‘매우 그렇다’ 17명(11.3%)으로 응답하여 ‘불안감이 있다’가 70명(46.6%)으로 ‘아니다’로 응답한 54명(36.0%)보다 10.6% 더 많은 것으로 나타났다.

<표 6> 대상자의 치매불안감 정도

(N=150)

문항	변수	N	%
치매불안감	전혀 그렇지 않다	25	16.7
	그렇지 않다	29	19.3
	보통이다	26	17.3
	그렇다	53	35.3
	매우 그렇다	17	11.3

5. 대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위 차이 및 치매예방행위 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위의 차이는 <표 7>과 같다. 치매예방행위의 차이는 교육수준, 결혼상태, 동거형태, 소득수준, 치매에 대해 두려운 점에서 통계적으로 유의미한 결과를 보였다.

교육수준에 따른 결과를 살펴보면 무학이 27.32 ± 3.69 점으로 가장 점수가 낮았으며, 초등학교 졸업~중학교 졸업이 27.82 ± 3.14 점, 고등학교 졸업이 29.07 ± 3.15 점이고 전문대 졸업 이상이 29.49 ± 3.36 점으로 가장 높게 나타나 학력이 높을수록 치매예방행위 점수가 통계적으로 유의하게 높았다($t=3.30$, $p=.022$). 결혼상태에서 기혼이 29.37 ± 3.02 점으로 사별의 27.55 ± 3.52 점과 이혼, 별거, 미혼 등을 포함한 기타의 27.44 ± 3.33 점 보다 치매예방행위 점수가 높게 나타나 통계적으로 유의하였다($t=5.95$, $p=.003$).

동거형태에서는 가족과 같이 살고 있는 경우가 29.01 ± 3.04 점으로 독거의 치매예방행위 점수 27.34 ± 3.67 점 보다 높아 유의미한 차이가 있었다($t=-3.01$, $p=.003$). 소득수준에 따른 결과에서 50만원 미만은 27.24 ± 3.12 점으로 가장 점수가 낮았으며, 50만원 ~ 100만원 미만은 27.78 ± 3.73 점, 100만원 ~ 200만원 미만은 29.60 ± 2.70 점, 200만원 ~ 300만원 미만은 29.64 ± 3.27 점, 300만원 이상이 30.53 ± 3.03 점으로 소득수준에 따른 치매예방행위는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=5.19$, $p=.001$, $a < b$). 치매는 완치되는 병이 아니라는 두려움과 응답한 대상자의 치매예방행위 점수가 가장 높아 통계적으로 유의하였다($t=2.76$, $p=.030$).

<표 7> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위 차이

(N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p	scheffe's
성별	남성	43	28.30	3.14	-0.19	.847	
	여성	107	28.42	3.49			
연령	60 ~ 69 세	33	29.09	3.28	0.964	.384	
	70 ~ 79 세	93	28.14	3.48			
	80 세 이상	24	28.38	3.09			
교육수준	무학	28	27.32	3.69	3.30	.022	
	초등학교 졸업 ~ 중학교 졸업	55	27.82	3.14			
	고등학교 졸업	30	29.07	3.15			
	전문대 졸업 이상	37	29.49	3.36			
결혼상태	기혼	70	29.37	3.02	5.95	.003	
	사별	62	27.55	3.52			
	기타	18	27.44	3.33			
동거형태	독거	56	27.34	3.67	-3.01	.003	
	가족과 동거	94	29.01	3.04			
종교	기독교	52	28.17	3.65	0.126	.945	
	불교	35	28.49	3.47			
	천주교	23	28.65	2.53			
	기타	40	28.43	3.46			
현재직업	있다	38	27.89	3.05	-1.04	.301	
	없다	112	28.55	3.48			
소득수준	50 만원 미만	51	27.24 ^a	3.12	5.19	.001	a<b
	50 만원 ~ 100 만원 미만	36	27.78	3.73			
	100 만원 ~ 200 만원 미만	30	29.60	2.70			
	200 만원 ~ 300 만원 미만	14	28.64	3.27			
	300 만원 이상	19	30.53 ^b	3.03			

<표 7> 대상자의 일반적 특성에 따른 치매예방행위 차이 계속 (N=150)

문항	변수	N	Mean	SD	t/F	p	scheffe's
선별검진 횟수	1 회	14	28.57	2.50	0.85	.432	
	2~3 회	79	28.68	3.26			
	4 회 이상	57	27.93	3.38			
선결검진 받게 된 경로	우편물	82	28.39	3.39	0.70	.556	
	가족·지인	11	28.64	3.50			
	이용시설	37	27.86	3.71			
치매관련 교육 경험	기타 홍보물	20	29.20	2.59	1.63	.204	
	있다	26	29.15	3.55			
치매의 두려운 점	없다	124	28.23	3.33	2.76	.030	
	나를 잊어가는 것이 두렵다	47	29.53	3.31			
	가족들의 돌봄 부담감이 두렵다	54	27.76	3.38			
	돌봐 줄 사람이 없어 두렵다	23	27.57	3.68			
	완치되는 병이 아니라 두렵다	7	29.86	3.18			
간병비용 때문에 두렵다	19	27.79	2.53				

대상자의 문항별 치매 예방행위정도는 <표 8>과 같다. 가장 높은 점수를 보인 문항은 ‘귀하는 담배를 피우십니까’(2.70±0.62점), 다음으로 ‘귀하는 술을 드십니까’(2.66±0.52점)였고 효과 있는 예방 행위로는 ‘귀하는 매끼 식사를 규칙적으로 드십니까’(2.66±0.60점)가 가장 높았다. ‘귀하는 야채와 과일을 충분히 섭취하십니까’(2.63±0.55점)와 혈압이나 당뇨관리(2.49±0.75점), 하루에 20분 이상 운동(2.41±0.79점) 순으로 높게 나타났으나 ‘귀하는 손을 쓰는 일(바둑, 장기, 자수, 바느질, 글쓰기)등을 자주 하십니까’ 라는 문항에서 1.78±0.80점으로 가장 낮은 응답을 보였다.

<표 8> 대상자의 문항별 치매예방행위 정도

(N=150)

문항	Mean±SD
1.귀하는 담배를 피우십니까	2.70±0.61
2.귀하는 술을 드십니까	2.66±0.58
3.귀하는 매끼 식사를 규칙적으로 드십니까	2.66±0.60
4.귀하는 손을 쓰는 일 (바둑 장기 자수 바느질 글쓰기) 등을 자주 하십니까	1.78±0.80
5.귀하는 신문이나 잡지책 등을 읽으십니까	2.09±0.83
6.귀하는 친구와 어울려 자주이야기를 하거나 소리를 내어 노래를 부르는 것을 즐겨 하십니까	2.21±0.64
7.귀하는 평상 시 혈압이나 당뇨관리 등 질환 관리를 잘 하십니까	2.49±0.75
8.귀하는 즐겁게 사시려고 노력 하십니까	2.37±0.60
9.귀하는 야채와 과일을 충분히 섭취 하십니까	2.63±0.55
10.귀하는 평상시 스트레스가 쌓이면 잘 푸는 편입니까	2.29±0.79
11.귀하는 평상시 체중관리를 잘 하고 계십니까	2.10±0.79
12.귀하는 최근 일주일동안 하루에 20분 이상 운동을 어느 정도 하십니까	2.41±0.79

6. 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 상관관계

대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 관련성을 분석한 결과는 <표 9>와 같다. 치매예방행위와 치매지식($r=0.264$, $p<.001$)은 정적상관관계로 나타났으며 치매예방행위와 치매불안감($r=-0.229$, $p=.005$)은 부적상관관계로 모두 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 그러나 치매지식과 치매불안감은 관계가 없는 것으로 나타났다.

<표 9> 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 상관관계 (N=150)

	치매예방행위	치매지식	치매불안감
치매예방행위	1		
치매지식	0.264 ($<.001^*$)	1	
치매불안감	-0.229 ($.005^*$)	-0.070 (.397)	1

7. 대상자의 치매예방행위에 미치는 영향 요인

대상자의 치매예방행위에 미치는 영향요인을 분석한 결과는 <표 10>과 같다. 대상자의 일반적 특성에서 나타난 치매예방행위에 유의하였던 교육수준, 결혼상태, 동거형태, 소득수준, 치매에 대해 두려운 점 등이 치매지식 및 치매불안감과 함께 치매예방행위에 미치는 요인을 살펴보았다. 회귀분석결과 교육수준, 결혼상태, 동거형태, 치매에 대해 두려운 점 및 치매지식은 치매예방행위에 영향을 주지 못하였지만, 소득수준이 300만 원 이상인 그룹이 다른 그룹에 비해 치매예방행위가 높다는 것을 확인할 수 있었다($\beta=2.37$, $p=.023$). 또한, 치매불안감이 클수록 예방행위가 낮아지는 것을 확인할 수 있었다($\beta=-0.52$, $p=.011$).

분석결과 다중공선성과 자기상관성은 분산팽창계수가 1.08~2.72로 모두 10을 넘지 않아 다중공선성 문제는 없다고 할 수 있으며, 자기 상관성에서는 Durbin-Waston 값이 1.76으로 자기상관이 없는 것을 확인할 수 있었고 모형의 타당성 검정결과 변인들의 설명력이 15.2%인 것을 확인할 수 있었다($F=2.67$, $p=.001$).

<표 10> 대상자의 치매예방행위에 미치는 영향 요인

(N=150)

	변인	B	SE	β	t	p	VIF
	상수	27.63	1.70		16.21	.000	
교육수준	초등학교 졸업 ~중학교 졸업	0.28	0.78	0.040	0.36	.721	2.21
	고등학교 졸업	0.71	0.96	0.085	0.75	.457	2.26
	전문대 졸업 이상	0.37	0.97	0.048	0.39	.701	2.72
결혼상태	사별	-0.19	0.81	-0.028	-0.23	.818	2.49
	기타	-0.83	1.06	-0.080	-0.78	.436	1.84
동거형태	가족과 동거	0.59	0.79	0.085	0.75	.453	2.27
소득수준	50 만원 ~ 100 만원 미만	0.58	0.73	0.073	0.79	.431	1.52
	100 만원 ~ 200 만원 미만	1.54	0.79	0.182	1.95	.053	1.53
	200 만원 ~ 300 만원 미만	0.90	1.05	0.078	0.86	.393	1.45
	300 만원 이상	2.37	1.03	0.234	2.30	.023*	1.82
치매의 두려운 점	가족들의 돌봄 부담감이 두렵다	-1.14	0.65	-0.162	-1.74	.084	1.52
	돌봐 줄 사람이 없어 두렵다	-0.33	0.91	-0.035	-0.36	.719	1.66
	완치되는 병이 아니라 두렵다	0.21	1.31	0.013	0.16	.871	1.18
	간병비용 때문에 두렵다	-0.44	0.90	-0.044	-0.49	.624	1.40
치매지식		0.21	0.14	0.137	1.53	.128	1.40
치매불안감		-0.52	0.20	-0.201	-2.56	.011*	1.08
F = 2.67		p = .001		Adj R2 = 0.152		Durbin-Waston = 1.76	

V. 논의

치매에 대한 올바른 지식과 정보를 제공하여 치매에 대한 부정적인 인식을 개선하고, 지속적인 예방행위를 실천을 통해 위험인자를 낮추게 되면 치매발병 불안감도 낮아질 것이다. 이에 본 연구는 치매 지식과 치매 불안감이 치매예방행위에 영향을 주는 요인으로 각 변수들 간의 관련성을 파악하기 위해 시도한 서술적 조사연구로서 주요 결과를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

대상자의 치매지식점수는 12점 만점에 평균 7.24 ± 2.23 점으로 100점 만점으로 환산하면 60.33 ± 18.56 점으로 나타났다. 이는 지역사회노인을 대상으로 연구한 선우홍미(2014)의 연구결과인 15점 만점에 8.78점(100점 환산 시 58.53점), 예비노인을 대상으로 연구한 이연희(2012)의 15점 만점에 8.25점(100점 환산 시 55점), 노인부부를 대상으로 연구한 고숙정(2012)의 16점 만점에 9.36점(100점 환산 시 58.53점), 독거노인 대상의 강나경(2015)연구에서 15점 만점에 7.87점(100점 환산 시 52.46점)보다 높았다. 이는 본 연구 대상자들의 교육수준이 무학인 경우가 18.7%로 다른 논문보다(선우홍미의 21%, 강나경의 34%) 적었으며 연령에서도 70대가 62%로 가장 많아 다른 논문에 비해(고숙정의 39~44%, 선우홍미의 49.2%) 지식점수가 높았을 것으로 사료된다. 본 연구와 동일한 측정 도구로 조사한 서울시민 치매인식도 조사(서울특별시광역치매센터, 2015)를 보면 60대 이상의 치매지식점수가 7.4 ± 1.89 점으로 본 연구 보다 높게 나타났으며 이는 조사 대상자의 수가 100명이상 많았고 대상자의 70%가 치매에 대한 정보를 접촉한 경험이 있어 점수가 높았을 것으로 생각된다.

일반적 특성에 따른 치매지식 결과를 살펴보면 연령이 낮을수록, 교육수

준이 높을수록, 소득이 많은 경우, 기타 홍보물을 보고 검진을 받은 경우, 치매관련 교육을 받은 경험이 있고, 나를 잊어 가는 것이 두렵다고 응답한 경우에 치매지식 점수가 높았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 나이가 적고, 고학력일수록 치매지식의 정도가 높다는 선행연구(조현오, 2000; 이연희, 2012; 선우흥미, 2014; 강나경, 2015)등의 연구결과와 일치하였다.

치매지식에 대해 영역별로 정답률을 살펴보면 치매의 원인이 68.2%로 가장 높은 정답률을 보였고 치매예방 및 치료가 67.0%, 치매증상 및 진단이 58.0% 순이었으며 치매환자의 간호영역이 38.7%로 가장 낮게 나타났다. 서울시민 치매인식도 조사결과를 보면 60대 이상에서 가장 높은 정답률을 보인 영역은 치매예방 및 치료가 68.1%, 치매의 원인이 62.2%, 치매 증상 및 진단이 59.2%이었으며 치매환자 간호 영역이 53.0%로 가장 낮게 나타나 두 연구조사에서 모두 간호 영역의 정답률이 가장 낮다는 결과를 보였다.

또한 문항별 치매 지식 정답률이 가장 낮았던 ‘치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다’를 포함하여 ‘완치 가능한 치매가 있다’, ‘이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다’, ‘오래전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다’ 등의 문항에서 정답률이 50% 이하로 나타나 서울시민 치매인식도 조사 결과 ‘오래전 일을 잘 기억하면 치매가 아니다(55.3%)’라는 문항을 제외한 세 개의 문항이 두 연구에서 50% 이하의 낮은 정답률을 보였다.

이상의 연구에서 나타난 결과를 보면 치매교육 진행시 정답률이 낮았던 문항을 중심으로 반복적이고 지속적인 교육과 치매환자를 둔 가족이나 간호 제공자에게 치매증상에 따른 정확한 간호영역의 지식을 습득하도록 해야 함을 알 수 있다. 이에 치매환자에 대한 대처능력을 향상시켜 간호 부담감을 낮출 수 있는 교육 자료의 개발과 치매에 관심 있는 누구나 최신의 치매 지식과 정보를 쉽게 접할 수 있도록 다양한 접근방법을 모색할 필요가 있다.

치매 불안감은 5점 만점에 평균 3.05점으로 중간이상의 치매불안감이 있

다고 나타났으며 가족과 동거하는 경우가 독거보다 치매불안감이 낮아 통계적으로 유의미하였다. 박혜정(2011)의 치매환자 가족과 일반노인 대상으로 치매 발병 불안감에 대한 10점 만점 결과에서 환자가족 노인의 경우 4.06점, 일반노인이 5.16점으로 일반노인의 경우 중간이상의 치매불안감을 보였다. 지역사회 노인의 치매 이환에 대한 연구(박영임, 2016)에서는 78.2%가 치매에 걸리는 것에 두려움을 갖고 있다고 나타났으며, 노인부부 대상 연구(고숙정, 2012)에서 부인은 62.6%, 남편은 57.4%로 자신이 치매에 걸릴 가능성이 있다고 응답하였다.

본 연구에서 중간 값을 제외한 70명(46.6%)이 나도 치매에 걸리지 않을까 불안하다고 응답하였으며 ‘아니다’는 54명(36.0%)로 불안감을 느끼는 응답이 10.6% 더 많게 나타났다. 일반적 특성에 따른 치매불안감은 박혜정(2011)의 연구에서 직업의 유무가, 박영임(2016)의 연구에서 성별, 나이, 가족동거, 치매지식이 불안감에 영향을 주는 요인으로 본 연구의 영향요인인 동거상태와 부분적으로 일치하였다. 이는 치매불안감에 대한 측정도구에 제한점이 있어 나타난 결과로 사료되며 추후 표준화된 치매불안감에 대한 도구 개발이 필요하다. 본 연구를 포함하여 나열한 연구들은 본인이 치매에 걸리지 않을까 걱정하는 비율이 모두 높게 나타나 고령화사회에서 치매는 노인들에게 불안감을 상승시키는 질환임을 확인할 수 있었다.

대상자의 치매예방행위 점수는 36점 만점에 28.39 ± 3.38 점으로 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 결혼상태를 유지하고 있는 경우, 가족과 같이 살고 있으며, 소득수준이 높을수록, 치매는 완치되는 병이 아니라 두렵다고 생각할수록 치매예방행위 점수가 높은 것으로 나타났다.

동일한 도구를 사용한 선행연구에서의 치매예방행위 점수는 독거노인 대상(강나경, 2015)의 평균 27.42점, 일반노인 대상(선우흥미, 2014)의 28.07점, 중년여성 대상(이영희 외, 2009)의 25.98점보다 점수가 높게 나타났다. 이러

한 결과는 본 연구의 대상자들 대부분이 치매지원센터에서 시행하는 치매선별검진을 받은 노인으로 검진 후 치매예방법에 대한 정보를 제공받고 이를 실천하려는 노력이 있었을 것이라 추측된다. 이는 오혜경(2017)의 재가노인의 치매예방행위에 미치는 영향요인 연구에서 치매선별검진을 받은 대상자가 치매예방행위 점수가 유의미하게 높았다는 결과와 일치하였다.

치매예방행위의 영향요인으로 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있고, 소득 수준이 높을수록 점수가 높게 나타났으며 선행연구(이영희 외, 2009; 유자연, 2011; 고숙정, 2012; 선우홍미, 2014; 이지영, 2014; 강나경, 2015; 오혜경, 2017)와 대부분 일치하는 결과를 보였다.

문항별 치매예방행위에서 높게 응답한 문항으로 '귀하는 담배를 피우십니까'와 '귀하는 술을 드십니까'는 본 연구 대상자의 여성비율이 71.3%를 차지한 결과로 볼 수 있으며 가장 낮게 응답한 문항인 '귀하는 손을 쓰는 일(바둑, 장기, 자수, 바느질, 글쓰기)등을 자주 하십니까'는 대부분의 선행연구에서도 낮게 나타나 결과가 일치하였다, 손 운동은 대뇌피질을 자극하여 뇌 기능과 집중력을 증진하는 효과가 있으며(장숙희, 2006) 뜨개질, 바둑, 자수, 쓰기 등의 손 운동은 두뇌활동을 자극하여 인지기능에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다(유자연, 2011), 따라서 뇌를 자극하기 위해 손을 많이 사용하는 동작이나 활동을 권장 하는 것이 치매예방에 도움이 된다는 것을 인식시키는 것이 필요하다.

상관관계 분석결과 치매지식은 치매예방행위와 정적상관관계가 있으며 치매불안은 부적상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 치매지식이 높을수록 치매예방행위를 잘하고 있으며 치매예방행위를 잘 하고 있는 경우 불안감이 낮았다. 반면 치매지식과 치매불안감은 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

따라서 치매예방행위를 증진시키기 위해서는 치매지식수준을 향상시키는 것이 중요하다고 하겠다. 현재 치매지식 향상을 위한 방법으로 노인 이용시

설을 찾아가는 치매교육, 이동인구가 많은 장소에서 인식개선 홍보캠페인, 기억친구 양성교육, 중앙 및 치매센터 홈페이지 등을 이용하여 치매정보를 제공하고 있다. 치매예방은 생활습관의 개선이 중요하며 습관은 어렸을 때부터 건강한 생활습관을 갖도록 노력하는 것이 치매가 없는 노후를 보장받는 기본이라 생각된다. 그러나 현재 치매교육은 주 대상인 노인에게 집중되어 있으므로 앞으로는 치매에 관심이 있는 어린이, 청소년, 중장년층을 포함한 세대별로 쉽게 접근할 수 있는 콘텐츠의 개발과 TV, 인터넷 등 대중매체를 활용하는 것이 범위를 확대해 가는 것이 필요하다,

본 연구는 모형의 타당성 검정결과 $F=2.67$ 이었으며 설명력은 15.2%로 낮게 나타났다. 본 연구 결과를 종합해 보면 치매예방행위의 영향요인으로 소득수준이 300만 원 이상이 유의하여 소득수준이 높을 경우 치매예방행위를 잘하는 것으로 나타났다. 따라서 치매예방행위를 잘하고 있는 대상자는 건강한 습관을 유지 증진하도록 지속적인 관리가 필요하며 치매예방행위의 점수가 낮게 나타난 여성, 저소득층, 저학력, 독거노인, 고령층의 대상자들에게는 치매예방의 중요성을 교육하고 치매예방행위를 촉진할 수 있도록 경제적·정서적 지원책을 마련하여 참여의지를 향상시켜 치매 없는 건강한 노후를 준비할 수 있도록 관심을 갖고 지지해주는 것이 중요하다.

치매예방행위는 치매에 대한 올바른 지식과 최신의 정보를 대상자의 수준에 맞추어 차별화된 내용으로 반복교육을 제공함으로써 치매는 예방이 가능한 질환임을 인식하고, 생활습관의 긍정적 변화를 가져온다면 치매불안감도 함께 감소될 것이라 생각된다. 특히 치매선별검진에 참여한 노인의 치매예방행위 점수가 높게 나타난 것으로 보아 치매조기검진률을 향상하면 치매예방행위도 증진 될 것이라 사료된다.

치매국가책임제 도입에 앞서 치매예방을 효과적으로 증진하기 위하여 정확한 치매지식의 전달이 가능한 전문 간호사 등 이론과 실무를 융합한 경험

있는 현장전문가를 양성하고 지역사회마다 그 현실에 맞게 치매통합관리의 거점으로 역할을 수행할 치매지원센터를 확대 설치하여 치매유병률을 낮추기 위한 적극적인 정책적 지원이 필요하다.

본 연구는 조사대상이 서울의 일 지역의 60세 이상이며 치매선별검진을 시행한 노인을 편의 표집 하였기에 우리나라 노인들의 치매지식수준과 치매불안정도 및 치매예방행위를 일반화 시키는 데는 무리가 있다. 또한 치매불안 정도를 측정하기 위한 표준화 된 도구에는 한계점이 있음을 밝힌다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 치매선별검진수검자를 대상으로 치매지식, 불안감이 치매예방 행위에 미치는 영향을 파악하여 향후 치매예방프로그램 개발의 기초자료로 활용하기 위하여 시행된 서술적조사연구이다. 60세 이상 노인 150명을 대상으로 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위를 측정하였으며 자료의 분석은 SPSS 20.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였다.

연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상자의 성별은 여자가 107명(71.3%), 연령은 70~79세가 93명(62%) 이, 교육수준은 초등학교 졸업~중학교 졸업이 55명(36.7%)이 가장 많았다. 기혼이 70명(46.7%)으로 사별(62명, 41.3%), 이혼, 별거, 미혼을 포함한 기타(18명, 12%)보다 많았다. 가족과 같이 살고 있는 경우가 94명(62.7%), 독거가 56명(37.3%) 이었으며 월 소득수준은 50만원 미만이 51명(34%)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

2. 치매지식은 12점 만점에 평균 7.24 ± 2.23 점으로 치매지식문항에서 ‘치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다’가 26.0%로 가장 낮은 정답률을 보였으며 치매지식영역에서 치매환자의 간호영역이 38.7%로 가장 낮았다.

치매불안감은 5점 만점에 평균 3.05 ± 1.29 점이었으며 ‘불안감이 있다’로 응답한 경우가 70명(46.6%)으로 ‘아니다’로 응답한 54명(36.0%) 보다 10.6% 더

많았다.

치매예방행위는 36점 만점에 28.39±3.38점으로 치매예방행위정도가 가장 높은 문항은 ‘귀하는 담배를 피우십니까’(2.70±0.62점)이며, 다음으로 ‘귀하는 술을 드십니까’(2.66±0.52점)로 나타났고, ‘귀하는 손을 쓰는 일(바둑, 장기, 자수, 바느질, 글쓰기)등을 자주 하십니까’ 문항이 1.78±0.80점으로 가장 낮은 치매예방행위정도를 보였다.

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 차이를 살펴보면 치매지식은 교육수준($t=11.51, p=.001$), 소득수준($t=3.69, p=.007$), 선별검진경로($t=3.24, p=.024$), 치매관련교육 경험($t=2.34, p=.021$) 및 치매가 두려운 이유($t=4.52, p=.002$)에서 유의한 차이가 있었다. 치매불안감은 동거형태($t=-3.00, p=.003$)가 유의하였으며, 치매예방행위는 교육수준($t=3.30, p=.022$), 결혼상태($t=5.95, p=.003$), 동거형태($t=-3.01, p=.003$), 소득수준($t=5.19, p=.001$) 및 치매가 두려운 이유($t=2.76, p=.030$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

4. 치매지식, 치매불안감과 및 치매예방행위의 관련성에서 치매예방행위와 치매지식은 정적상관관계가 있었으며($r=0.264, p<.001$), 치매예방행위와 치매불안감은 유의한 부적상관관계가 있는($r=-0.229, p=.005$)것으로 나타났다. 그러나 치매지식과 치매불안감은 관계가 없는 것으로 나타났다.

5. 대상자의 치매지식, 치매불안감 및 치매예방행위의 회귀분석 결과 치매예방행위에 미치는 영향요인으로 소득수준이 300만 원 이상인 치매예방행위가 높다는 것을 알 수 있었으며($\beta=2.37, p=.023$), 치매불안감이 클수록 예방행위가 적어지는 것을 확인할 수 있었다($\beta=-0.52, p=.011$). 모형은 유의하였고($F=2.67, p=.001$), 변인들의 설명력은 15.2%로 나타났다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 치매예방행위에 중요한 영향을 미치는 것은 지식보다 300만 원 이상의 소득과 치매불안감임을 알 수 있었고 치매 예방행위를 잘할수록 치매불안감이 낮았음을 확인하였다. 특히 치매예방행위에서 유의하였던 교육수준, 결혼상태, 동거형태, 소득수준 등에서 낮은 점수를 보인 저학력, 독거노인, 저소득층의 참여를 높일 수 있는 치매예방프로그램을 우선적으로 개발하여 대상자들의 치매예방행위를 독려하고 증진시키는 것이 필요하다. 또한 효율적인 치매교육 및 체계화된 치매관리 프로그램의 개발과 효과검증에 대한 연구가 필요하다.

2. 제언

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 치매선별검진 시행 유무에 따른 치매예방행위의 차이를 비교한 후속 연구가 필요하겠다.
- 2) 연구 대상자수를 확대하고 무작위 표집하여 치매예방행위에 유의미 하였던 변수들 간의 관계연구 및 반복연구가 필요하겠다.
- 3) 치매불안정도와 치매의 두려운 이유를 측정하기 위한 구조화된 도구개발이 필요하겠다.

참고문헌

- 강나경(2015) 독거노인의 치매에 대한 지식, 내적 건강통제위 및 치매예방행위, 아주대학교, 석사학위논문
- 강지혜(2013) 건강보험자료를 활용한 치매관련요인분석, 연세대학교, 석사학위논문
- 건강보험심사평가원(2016) 심사결정자료분석, <http://www.hira.or.kr>
- 김명, 김옥수, 조미숙, 홍양자 외(2008) 건강과학의 이해, 이화여자대학교출판부, 29-30
- 국민건강보험공단 <http://www.nhis.or.kr>
- 고숙정(2012) 노인부부의 치매지식, 자기 효능감, 우울이 치매예방행위에 미치는 영향. 경희대학교 대학원 석사학위논문
- 공은희, 정영순(2011) 일반 재가노인을 위한 치매교육 프로그램의 효과, 지역사회간호학회지, 22(3), 252-261
- 국립국어원(2017) 표준국어대사전, <http://stdweb2.korean.go.kr/main.jsp>
- 김기웅(2004) 신경정신의학 개정판, 중앙문화사, 311-316
- 김상숙(1997) 노인의 치매불안정도 연구, 성신여자대학교, 석사학위논문
- 김상우, 이채정(2014) 치매관리사업의 현황과 개선과제, 국회예산정책처
- 김춘택(2013) 일상생활의 불안에 대한 현상학적 해석에 대한 탐색적 연구, 복지행정논총, 23(1), 25
- 김혜원(1996) 퇴직예정자의 사회적 지지와 퇴직에 대한 불안에 관한 연구, 서울여자대학교, 석사학위논문
- 김혜진(2014) 지역사회 거주노인의 인지장애, 알츠하이머 치매에 대한 지식 및 태도에 관한 연구, 이화여자대학교, 석사학위논문
- 박영숙 외 공역(2008) 간호이론가와 이론 II, 대학서림, 543-553

- 박영임(2016) 지역사회 노인의 치매 이환에 대한 두려움과 관련 특성, 인제대학교, 석사학위논문
- 박윤진, 김보경, 문형훈, 조혜영, 김명기(2012) 전신진동운동이 노인성 치매 환자의 신체기능과 뇌 활성화도에 미치는 영향, 고려대학교, 박사학위논문
- 방현령(2006) 가정봉사원의 치매에 대한 지식과 태도에 영향을 미치는 요인 연구, 가톨릭대학교 석사학위논문
- 박혜정(2011) 요양병원 치매환자 가족을 둔 노인과 일반노인의 치매관련 불안, 지식 및 건강증진행위 비교, 인하대학교, 석사학위논문
- 보건복지부(2008, 2012) 치매 유병률 조사 <http://www.mohw.go.kr>
- 보건복지부(2008, 2012, 2015) 1차·2차·3차 국가치매관리 치매관리 종합계획
- 보건복지부(2009) 치매진단도구의 표준화 연구 보고서
- 보건복지부(2014) 치매예방수칙 및 치매예방운동법 발표
- 서국희, 김장규, 연병길, 박수경, 유근영, 양병국, 김용식, 조맹제(2000) 노년기 치매와 우울증의 유병률 및 위험인자, *신경정신의학회*, 39(5), 809-824
<http://www.knpa.or.kr>
- 서울특별시광역치매센터(2015) 2014 서울시치매관리사업보고서
[http:// www. seouldementia.or.kr](http://www.seouldementia.or.kr)
- 선우홍미(2014) 지역사회 노인의 치매에 대한 지식, 태도 및 예방행위, 한양대학교, 석사학위논문
- 성미라, 김성민, 서현주(2014) 60세 이상 성인의 치매 관련 영향요인, *한국간호학회지* 44(4), 391-397
- 송영희(2002) 중년의 치매에 관한 지식과 태도, 동덕여자대학교, 석사학위논문
- 오강섭(2006) 노년기 불안장애, *대한노인정신의학회*, 10(2), 61-64
- 오혜경(2017) 재가노인의 치매예방행위에 미치는 영향요인, 대구가톨릭대학교, 석사학위논문

- 유자연(2011) 노인의 치매예방행위와 자기효능감 및 인지기능에 관한 연구, 이화여자대학교, 석사학위논문
- 윤연정(2015) 서울·경기지역 중산층 노인과 하층 노인의 치매 지식과 치매 예방행동 연구, 서울대학교, 석사학위논문
- 이상화(2015) 고혈압, 당뇨환자의 치매예방행위와 치매지식, 우울과의 관계, 충남대학교, 석사학위논문
- 이연희(2012) 일 지역 예비노인의 치매에 대한 지식, 태도 및 예방행위, 전북대학교, 석사학위논문
- 이영희, 우선미, 김옥란, 이수연, 임혜빈(2009) 저소득층 중년여성의 치매 지식, 태도, 자기효능과 예방행위와의 관계연구, *성인간호학회지*, 21(6), 617-627
- 이윤환, 나덕렬, 정해관, 홍창형, 백종환, 김진희, 김시현, 김윤구(2009) 치매 예방을 위한 생활습관, *대한노인병학회*, 13(2), 61-68
- 이인자(2001) 일반노인의 치매관심도와 치매지식정도, 한양대학교, 석사학위논문
- 이정원, 김기웅(2012) 잊지마세요!, 중앙치매센터, 7
- 이지영(2014) 일반노인의 치매관심도와 치매지식 정도, 한양대학교, 석사학위논문
- 이희정(2011) 본인의 치매발병 불안정도에 관한 연구, 동국대학교, 석사학위논문
- 장숙희(2007) 치매예방프로그램의 효과에 관한 연구, 조선대학교, 박사학위논문
- 전진숙 (2009) 장수와 치매의 예방, *대한신경정신의학회*, 48(5), 307-313
- 조맹제(2009) 국내 치매노인 유병률 현황과 위험요인, *보건복지포럼*, 156, 43-48
- 조현오(2000) 치매에 대한 일반인의 지식과 태도 조사연구, 한양대학교, 석사

학위논문

- 중앙치매센터(2017) 정보/ 치매대백과, <https://www.nid.or.kr>
- 통계청(2013, 2016) 고령자 통계
- 통계청(2017) 장애인구추계
- 한국보건사회연구원(2016) 노령층에서의 건강정보이용현황 조사 연구
<https://www.kihasa.re.kr>
- 황인담, 박준식(2008) 독서치료가 경증 치매노인의 인지도와 우울증에 미치는 효과, *한국도서관정보학회지*, 39(4), 505-522
- Bruijn Renée, Mirza Saira Saeed, Direk Nese, Hofman Albert, Koudstaal Peter, Tiemeier Henning, Ikram Mohammad(2013) The role of anxiety in the occurrence of dementia: The Rotterdam Study, *The Journal of the Alzheimer's Association*, 9(4), 615
- Gillian Butler, Andrew Mathews(1983) Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Jessica Calleo, Melinda A. Stanley, Anthony Greisinger, Oscar Wehmanen, Michael Johnson, Diane Novy, Nancy Wilson, & Mark Kunik (2009) Generation Anxiety Disorder in Older Medical Patient: Diagnostic Recognition, Mental Health Management and Service Utilization. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(2), 178-185
- John Gallacher, Anthony Bayer, Mark Fish, Janet Pickering, Sofia Pedro, Frank Dunstan, Shah Ebrahim, Yoav Ben-Shlomo(2009) Does anxiety affect risk of dementia? Findings from the Caerphilly Prospective Study, *Psychosomatic medicine*, 71(6) 659-666
- Kashdan B. Todd, Volkman R. Jeffrey, Breen E. William, Susan Han

(2007) Social anxiety and romantic relationships: The costs and benefits of negative emotion expression are context-dependent, *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 475-492

Linda Mah, Malcolm A. Binns, David C. Steffens(2014) Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer's disease, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 466-476

Lena Johansson, Xinxin Guo, Margda Waern, Svante Ostling, Deborah Gustafson, Calle Bengtsson, Ingmar Skoog(2014) Midlife personality and risk of Alzheimer disease and distress: A 38-year follow-up, *Journal of Neurology*, 83(17), 1538-1544

National Institutes of Health(2016), *An Aging World : 2015*, 133-134

<http://www.nih.gov/research/dbsr>

YouGov(2012) Are you worried about dementia? London: YouGov; <http://research.yougov.co.uk/news/2012/05/22/are-you-worried-about-dementia>

ABSTRACT

Senior Citizens' Relationships between Dementia Knowledge, Dementia anxiety, and Dementia Prevention Behavior in community

Lee, Kyung Won
Department of Nursing
Major in Geriatric Nurse
practitioner
The graduate School of
Sungshin University

South Korea in 2017 is facing an aging society with an elderly over age of 65 covering 13.8 percent of the entire population. Dementia patients, one of the health issues of the elderly is expected to increase continuously. In the current state, there is no medicine that guarantees complete recovery of Dementia. Thus, the importance of providing correct knowledge about dementia as well as the promotion of dementia prevention. Moreover, its practices are emphasized as individuals' anxiety that they cannot return to the previous state, the increased costs for the

nation to pay for the treatment, and the need to care for dementia is ascending.

The purpose of this research is to provide basic data about preventing dementia to elderly via investigating the relationships between dementia knowledge, dementia anxiety, and its preventive behavior. The subjects of this study were 150 elderlies with age over 60 residing in J-Gu, Seoul. The study was conducted with structured questionnaire measuring dementia knowledge, anxiety, and prevention behavior. Data analysis was accomplished with the usage of SPSS 20.0 statistical program, which measured percentage, average, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, t-test, ANOVA, and regression analysis. Following results were obtained.

1. The gender of subjects were 107 female (71.3%), 43 male (28.7%). Among them, 93 people (62%), were of age between 70~79 and 55 people (36.7%), received educational level between elementary ~ middle school. 70 subjects (46.7%) were maintaining their marriage and 94 people (62.7%) were living with their family. Lastly, 51 people (34%) had monthly income level below 500,000won which had the biggest proportion.

2. Knowledge of dementia scored averaged 7.24 ± 2.23 points out of 12, with the question 'If you suffer from dementia, it is impossible to live with your family' scoring the lowest (26.0%) percentage of correct answer. In dementia knowledge section, the nursing area of the dementia patient scored the lowest at 38.7%. Fears of dementia reached an average

of 3.05 ± 1.29 points on a 5 point scale and 46.6% of respondents answered they 'have dementia anxiety' which was 10.6% higher of those who did not have any fear. Preventive behavior of dementia was 28.39 ± 3.38 points out of 36 with the lowest level of preventive behavior was the question, 'Do you often use your hands (baduk, chess, embroidery, sewing, and writing)?' scoring 1.78 ± 0.80 points.

3. There is a significant difference between the typical characteristics of the subject specifically, the education level of dementia knowledge ($t=11.51$, $p=.001$), income level ($t=3.69$, $p=.007$), screening test route ($t=3.24$, $p=.024$), education experience related to dementia ($t=2.34$, $p=.021$), and the reason why dementia is fearful ($t=4.52$, $p=.002$). Dementia anxiety appeared significant in living arrangement ($t=-3.00$, $p=.003$). Moreover, there was a statistically significant difference in preventive behavior of dementia following education level ($t=3.30$, $p=.022$), the fear of dementia ($t=2.76$, $p=.030$), marital status ($t=5.95$, $p=.003$), marital type ($t=-3.01$, $p=.003$), income levels ($t=5.19$, $p=.001$)

4. In the relations of dementia knowledge, anxiety, and dementia preventive behavior, dementia preventive behavior and dementia knowledge showed positive correlation ($r=0.264$, $p<.001$) whereas, dementia preventive behavior and dementia anxiety had negative correlation ($r=-0.229$, $p=.005$).

5. According to the result of multiple regression analysis on factors

affecting the subject matter of the recipient's dementia prevention behavior, the level of income of three million won ($\beta=.234$, $p=.023$) and dementia anxiety ($\beta=-.201$, $p=.011$) was notable, and the variables explained 15.2% of the variances ($F=2.67$, $p=.001$).

Combining the results of the study, factors effecting dementia preventive measures is more related with having income over 3 million won and dementia anxiety. Also, the research showed that the stronger prevention of dementia reduces fear towards dementia. The need to focus more on the elderly with lower income is emphasized through the research as well. Hence, it is necessary to investigate and develop effective dementia education and structured management programs reflecting the results of the research, encouraging the promotion of elderly's dementia prevention behavior.

부록

설문지

안녕하십니까?

저는 성신여자대학교 일반대학원에서 노인전문간호를 전공한 학생입니다.

본 설문조사 지역사회 노인을 대상으로 치매에 대한 지식과 치매예방행위를 조사함으로써 치매교육과 치매예방 프로그램개발에 필요한 기초자료를 제공하기 위함입니다. 설문지 항목에 정답은 없으며 모든 질문에 평소 생각대로 빠짐없이 솔직하게 답해 주시기 간절히 부탁드립니다.

노인께서 제공하신 설문응답은 무기명으로 처리되며 모든 내용은 연구목적으로만 사용되오며 연구에 사용된 설문지는 연구종료 후 폐기처리 할 것입니다.

이 연구에 참여를 원하시는 분은 아래의 동의서에 서명해 주시기 바랍니다. 또한, 만약 참여를 원하지 않을 때에는 언제라도 철회 할 수 있습니다.

설문에 성의껏 응답하여 주신 노인께 진심으로 감사드리며 항상 건강하시고 행복하시길 기원합니다.

2017년 3월

연구자 : 이 경 원

지도교수 : 김 애 리

■ 다음은 치매와 관련한 질문입니다. 귀하가 해당하는 곳에 V표 해 주시기 바랍니다.

구분	그렇다	아니다
1.치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.		
2.알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.		
3.뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.		
4.치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.		
5.오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다.		
6.치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.		
7.이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.		
8.완치 가능한 치매가 있다.		
9.치매에는 약물치료가 도움이 된다.		
10.규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.		
11.치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.		
12.치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.		

■ 다음은 치매예방행위에 관한 질문입니다. 귀하가 해당하는 곳에 V표 해 주시기 바랍니다.

1. 귀하는 담배를 피우십니까

① 피운다. ② 예전에는 피웠으나 끊었다. ③ 전혀 피우지 않는다.

2. 귀하는 술을 드십니까

① 거의 매일 마신다. ② 가끔 마신다. ③ 전혀 마시기 않는다.

3. 귀하는 매끼 식사를 규칙적으로 드십니까

① 전혀 규칙적이지 않다. ② 가끔 거르거나 불규칙 하다.

③ 매끼 규칙적으로 먹는다.

4. 귀하는 손을 쓰는 일(바둑,장기,자수,바느질,글쓰기)등을 자주 하십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일 한다.
5. 귀하는 신문이나 잡지책 등을 읽으십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일한다.
6. 귀하는 친구와 어울려 자주이야기를 하거나 소리를 내어 노래를 부르
 는 것을 즐겨 하십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일한다.
7. 귀하는 평상 시 혈압이나 당뇨관리 등 질환 관리를 잘 하십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일한다.
8. 귀하는 즐겁게 사시려고 노력 하십니까
 ① 전혀 노력하지 않는다. ② 노력하는 편이다. ③ 열심히 노력한다.
9. 귀하는 야채와 과일을 충분히 섭취 하십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일한다.
10. 귀하는 평상시 스트레스가 쌓이면 잘 푸는 편입니까
 ① 아니오. ② 가끔 그렇다. ③ 거의 그렇다.
11. 귀하는 평상시 체중관리를 잘 하고 계십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일한다.
12. 귀하는 최근 일주일동안 하루에 20분 이상 운동을 어느정도 하십니까
 ① 하지 않는다. ② 가끔 한다. ③ 거의 매일 한다.

■ 다음은 일반적 특성을 알기위한 질문입니다. 귀하가 해당하는 곳에 V 해
 주시고 해당되는 것이 없는 경우 기타()안에 기입해주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까
 ① 남성 ② 여성

2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까

- ① 60-69세 ② 70-79세 ③ 80세 이상

3. 귀하의 교육수준은 어떻게 되십니까

- ① 무학 ② 초등학교 졸업~중학교졸업 ③ 고졸 ④ 전문대이상

4. 귀하의 결혼 상태는

- ① 유지 ② 기타(사별·별거·이혼·미혼 등)

5. 귀하는 누구와 살고 계십니까

- ① 독거 ② 가족(배우자, 자녀 등)

6. 귀하는 종교가 있으십니까

- ① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 무교 ⑤ 기타()

7. 귀하는 현재 직업이 있으십니까

- ① 있다.() ② 없다.

8. 귀하는 과거에 직업은 있으셨습니까

- ① 있다.() ② 없다.

- | |
|--|
| ①사무관리직 ②기술기능직 ③전문직(교사, 의사, 변호사, 세무사 등)
④판매/서비스직 ⑤공무원 ⑥농업·축산업·어업 ⑦단순노무직 ⑧가정주부
⑨자영업(상업, 서비스업, 제조업 등) ⑩기타 |
|--|

9. 귀하의 월평균 가계소득은 얼마나 됩니까

- ① 50만원 미만 ② 50만원~100만원 미만
③ 100만원~200만원 미만 ④ 200만원~300만원 미만 ⑤ 300만원 이상

10. 귀하의 현재 가지고 있는 신체질환을 모두 V 표시해주십시오.

- ① 고혈압 ② 당뇨 ③ 고지혈증
④ 뇌졸중 ⑤ 심장질환 ⑥ 기타()

11. 귀하의 직계 가족 중에 아래의 질환을 가지고 있습니까

- ① 없음 ② 치매 ③ 뇌졸중 ④ 고혈압 ⑤ 당뇨병 ⑥ 기타()

12. 귀하의 치매조기검진은 몇 번 째 입니까

- ① 1회 ② 2~3회 ③ 4회 이상

13. 귀하가 처음 치매 선별검진 받게 된 경로는 무엇입니까

- ① 우편물 ② 가족·지인
③ 이용시설(병의원, 보건소, 복지관, 경로당 등)
④ 기타 (현수막, 인쇄물, 신문, 방송 등)

14. 귀하는 치매관련 교육을 받아본 경험이 있으십니까

- ① 있다. ② 없다.

14-1. 있다면 어디에서 받으셨습니까

- ① 보건소 ② 치매지원센터 ③ 복지관 ④ 병원 ⑤ 기타()

14-2. 치매관련 교육은 몇 번 받으셨습니까

- ① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상

15. 귀하가 치매에 걸렸다면 가장 두렵다고 생각하는 것은 무엇입니까

- ① 나의 의지와 관계없는 말과 행동 등으로 나를 잊어가는 것이 두렵다.
② 가족들의 돌봄 부담감 때문에 두렵다.
③ 돌봐 줄 수 있는 사람이 없기 때문에 두렵다.
④ 완치가 되는 병이 아니기 때문에 두렵다.
⑤ 간병비용이 많이 들기 때문에 두렵다.

■ 다음은 귀하의 치매 불안감을 알기위한 질문입니다. 귀하가 해당하는 곳에 V 해 기입해주시기 바랍니다.

1. 귀하는 '나도 치매에 걸리지 않을까' 하는 불안감을 가지고 있습니까

- ① 매우 그렇다. ② 그렇다. ③ 보통이다.
④ 그렇지 않다. ⑤ 전혀 그렇지 않다.