

일부 재가노인의 치매에 대한 지식과 태도

김 남 초 (가톨릭대학교 간호대학)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의학의 발전과 생활수준의 향상등으로 평균수명이 연장되므로써 노인인구가 증가하고 있는 것은 세계적인 추세이다. 이미 고령화사회에 진입한 선진국의 예에 비추어볼 때 노화와 더불어 발생하는 질병이나 기능부족으로 인해 타인의존성향인 노인 절대수의 증가로 파생되는 여러가지 문제는 사회가 해결해야 할 중대한 과제로 대두되었다. 우리나라도 예외는 아닌데 최근 통계청에서 발표한 한국인의 평균수명은 여자 78세, 남자 70세이며, 65세이상의 노인인구도 1999년초 현재 전체인구의 6.7%로 약 310만명에 달하고 있어 노인인구에 대한 관심이 모아지고 있다(동아일보, 1999년 8월 4일자).

특히 노인질환의 하나인 노인성 치매는 기질적인 정신장애의 하나로 대부분 원인적치료가 불가능하고 다년간의 만성경과를 취하기 때문에 가족이나 사회에 대한 의존도가 가장 높아 이들 노인의 보호와 부양문제

가 사회적인 관심사로 급부상되고 있다. 전통적으로 가족내에서 노인을 부양하는 것이 우리의 미덕이었으나 사회가 변화되면서 실제적으로 노인부양을 담당해왔던 기혼여성의 사회진출이 계속 증가하고 있기 때문에 과거와는 사뭇 다른 의식을 보이고 있다. 이렇듯 노인성 치매는 노인자신이나 가족에게 상당한 부정적인 영향을 미치므로 노화가 진행됨에 따라 노인 개개인이 치매에 대한 불안감을 가지게 된다(김상숙,1997).

그러나 지금까지의 치매에 관한 선행연구들은 주로 가족의 부양부담이나(문혜리,1992; 권중돈,1994; 김윤정,최혜경 1993; 성인신,1994) 가족 스트레스(마정수,1995; 홍여신등,1994), 가족의 간호요구(유은정,1994), 가정간호요구(유영미,1998), 가족의 사회적 서비스 요구(윤수경,1991; 정의석,1995)등 가족을 중심으로 한 연구가 대부분이었으며 일반노인을 대상으로 한 치매연구는 태도조사(한동희,1994)와 불안조사(김상숙,1997) 각각 1편에 불과하였고 이것도 가정관리학문 분야에서 연구된 것이 전부였다.

이러한 맥락에서 볼 때 간호학문 분야에서도 노인들의 삶의질 향상을 위한 차원에서 노인 본인을 대상으

로 그들이 필연적으로 겪는 노화과정에서 발생할 수 있는 치매에 대한 지식과 태도를 조사할 필요성이 제기된다. 이러한 연구결과는 노인의 치매에 대한 인식을 확립하므로서 노인 건강교육을 위한 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노인들의 치매에 대한 지식과 태도를 파악하므로서 노인과 그 가족들에게 치매에 관한 올바른 지식전달과 긍정적인 태도유도를 위한 범계몽적인 건강교육과 홍보를 위한 기초자료 제공에 있으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인들의 치매에 대한 지식정도를 파악한다.
- 2) 노인들의 치매에 대한 태도를 분석한다.
- 3) 노인들의 치매에 대한 지식과 태도의 상관관계를 확인한다.

II. 문헌고찰

1. 노인성 치매

노인성 치매는 65세 이상의 노인에서 기억력과 더불어 지적능력의 감퇴가 오는 것으로 정상적인 지적수준을 유지하다가 후천적인 요인에 의해 지적능력이 저하되어 바보가 되는 것이다(김병성, 1993). 치매의 원인은 매우 다양하나 일반적으로 크게 가역성 치매와 비가역성 치매로 구분된다. 가역성 치매의 원인으로는 우울증, 약물, 알코올, 화학물질 중독에 의한 정신과적 질환과 전해질 장애, 갑상선 질환, 비타민 결핍증, 감염성 뇌질환, 두부외상 등에 의한 대사성 질환등이 있으며, 비가역성 치매의 원인으로는 알츠하이머병, 피크병 같은 퇴행성 뇌질환이 대표적이다(이정희, 1997).

우리나라의 경우 노인성치매는 노망이라하여 자연적인 노화과정의 일부로 간주하고 질병으로 받아들이지 않는 경향이 있어왔기에(조경형과 조맹제, 1990) 치매 노인들은 변변한 진찰이나 치료도 받지 못한 채 방치되어 왔던 것이 현실이었으며, 전국적으로 얼마나 많은 노인들이 치매로 고통을 받고 있는지에 대한 정확한 통계자료

도 없을 뿐 아니라 관련연구도 제한적이었다. 최근 경기도 연천군에 거주하는 65세 이상 노인인구를 대상으로 치매의 유병율을 산정한 한 역학조사에 따르면(우종인 등, 1997) 치매 유병율은 약 9.5%로 추산된다. 또한 치매의 유병율은 연령증가에 따라 증가하는 소견을 보였으며 75세 이상에서 급증하는 양상을 보이고 있다.

치매는 일단 발병이 되면 점진적으로 악화되는 경향이 있으며, 그 진행속도는 2- 20년까지 평균 10년으로 서서히 진행될 뿐 아니라 타인의존도가 매우 높아져 종국적으로는 환자와 가족구성원 모두를 황폐화 시킨다(박종환, 1994).

지금까지 치매노인의 부양은 전적으로 가족에게 의존하고 있어서(권중돈, 1994), 부양가족은 노인과의 관계 악화, 사회적 활동제한, 가족관계의 부정적 변화, 심리적부담, 재정 및 경제활동상의 부담과 건강상의 부담같은 부양부담을 겪고 있다. 따라서 치매노인을 돌보는 부양자는 타인의 도움을 절실히 원하고 있는데 주로 노인목욕, 방문,가사보조, 외출시 노인 바퀴, 주간보호사업 등을 바라고 있다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994). 이렇듯 치매노인 가족의 복지서비스에 대한 욕구는 지대한 반면에 이용가능한 사회적 서비스는 극히 제한되어있다(서미경, 1996). 정부에서도 노인인구 증가와 함께 대두되는 치매노인문제의 근원적 해결을 위해 전국의 보건소에 치매상담 전문요원배치, 치매요양시설 확충, 치매전문 의료기관 추가설치, 치매종합 연구소 설치등 치매특별대책을 마련 추진을 계획하고 있으나(박경호, 1997), 얼마만큼 달성될지는 미지수이다.

2. 국내 치매관련 연구

국내에서 치매에 관심을 가지고 관련연구가 진행되기 시작한 것은 극히 최근의 일이다. 의학분야에서는 주로 치매의 원인, 증상 및 치료를 위한 연구가 이루어져 왔으며(박종환 등, 1987; 이상도 등, 1988; 서유현, 1991; 남궁기등, 1993; 이명철, 1993; 박종환, 1994), 치매의 역학적 특성(우종인, 1994)과 유병율(박종환과 고효진, 1991; 박종환, 1993; 정원영, 1994; 우종인 등, 1997)에 관한 소수의 연구가 병행되어 왔다. 오히려 가정관리학이나 노인복지

학 또는 사회복지학분야에서 더욱 많은 관심을 보여 왔고 이에 관련된 연구(윤수경, 1991; 김운정, 최혜경, 1993; 이성희, 권중돈, 1993;한동희, 1994; 김태현과 전길양, 1995; 이정희, 1995; 권중돈, 1995, 1996; 김상숙, 1997; 길병석, 1997)도 활발히 진행되었다. 이들 연구결과들은 치매노인의 인지장애가 많고 보호시간이 길수록 부양자의 부담이 많았음을 확인해 주고 있으며, 노인부양에 있어서 가족관계의 중요성과 경험을 통한 대처능력의 중요성을 시사해 주고 있다. 아울러 치매노인 가족을 위해 치매노인 부양방법에 대한 교육 및 정보제공, 부양자의 자기관리방법에 대한 교육, 치매가족모임 또는 자조집단 프로그램, 의료비경감을 위한 서비스 등을 제안하고 있다.

간호학분야에서의 치매관련 연구 역시 노인자신에 관한 것 보다는 주로 가족에 관한 문제를 다루어왔다. 가정내 치매노인 간호자의 실태분석과 사회복지적 대응방안(문혜리, 1992), 노인성 치매발생 요인과 돌보는 가족원의 스트레스(홍여신등, 1994), 노인성 치매환자 가족의 간호요구(유운정,1995), 치매노인 간호문제와 돌보는 가족원의 부담감(이경자,1995), 치매노인 가족의 갈등요인분석(최미경,1996), 치매환자 가족의 경험과 간호요구(조남옥,1996), 치매노인의 거주형태 및 서비스 유형에 따른 간호관리의 효과분석(홍여신 등, 1996), 노인성치매 환자의 가정간호요구(유영미,1998), 치매환자의 돌봄경험(김귀분, 이경희, 1998)등이 보고된 바 있는데 연구결과를 종합해보면 다음과 같다.

가족이 치매노인을 간호하는데 소요되는 시간은 일 평균 9.7- 9.9시간이며, 가족의 간호요구는 크게 간호방법에 관한 정보적 간호요구, 가족의 정서적 지지와 관련된 간호요구, 치료와 관련된 간호요구, 복지와 관련된 간호요구로 대별되고 여러 가지 문제를 야기하는 증상에 적절히 대처하는 간호방법에 관한 요구도가 가장 컸음을 알 수 있다. 치매노인 가족의 갈등요인은 경제적인 문제발생, 가족과의 불화, 심신의 피로로 인한 건강문제이고 환자의 불결한 위생상태,실금과 실변, 이상한 행동등이 가족에게 커다란 부담으로 작용하고 있었다. 또한 효과적인 치매관리의 부문별 사업지침으로서 연구체계의 확립을 통한 역학적·사회과학적 조사, 국가적인 차원에서의 치매홍보 및 정보제공사업, 지역

사회 지지체계 확립,치매노인 전문병동 및 주간보호소 등의 전문시설 확충, 서비스 전달체계확립, 치매관리 사업을 위한 법제정 및 행·재정체계 확립, 전문인력 확보의 필요성을 강조하고 있다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 일부 재가 노인들의 치매에 대한 지식과 태도를 파악하기 위한 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 1998년 9월부터 12월까지 서울특별시와 광역시, 경기, 충청, 전라, 경상 및 강원도에 거주하고 있는 60세이상의 일반 남녀노인 204명을 대상으로 편의표집하였다.

3. 자료수집 절차

해당 지역의 초등학교 양호교사를 통해 4- 6학년 학생중 학생기록부상 60세이상의 노인과 동거하고있는 학생들을 먼저 파악한 후 담임교사의 협조를 얻어 양호교사가 해당 학생들에게 간단한 연구의 취지와 질문지 작성요령을 교육시킨 뒤 학생들이 노인들과 직접면담을 하여 질문지를 작성해 오도록 하였다.

4. 연구도구

1) 치매에 대한 지식

치매에 대한 지식은 관련문헌 고찰을 통해 저자가 개발한 것을 사용하였다.

치매지식 측정은 총 15문항으로 정답 1점, 오답과 모른다는 0점을 주었으며(범위:최저 0점- 최고 15점), 점수가 높을수록 지식수준이 높음을 의미한다. 본 도구는 신경내과 전문의 1인, 노인간호학 담당교수 2인, 치매환자를 돌보고 있는 간호사 1인에게 내용타당도를 검토받았으며, 일반 남녀노인(각70세, 68세) 2인에게 사전조사를 하여 수정·보완하였다. Spearman reliability coefficient는 .72였다.

〈표1〉 대상자의 일반적 특성과 치매지식정도

특성		n(%)	지식정도 (평균±표준편차)	t / F	p
성별	남	70(34.3)	9.73 ± 2.68	1.55	.123
	여	134(65.7)	9.12 ± 2.66		
나이(세)	60-65	68(33.5)	9.20 ± 2.97	.71	.550
	66-70	58(28.6)	9.45 ± 2.47		
	71-75	40(19.7)	9.75 ± 2.32		
	76이상	37(18.2)	8.92 ± 2.80		
교육정도	무학	71(34.9)	8.54 ± 2.68a	3.69	.006
	초등졸	67(33.3)	9.37 ± 2.84		
	중등졸	25(12.4)	9.92 ± 2.16		
	고등졸	18(9.0)	10.28 ± 2.44		
	대졸이상	23(11.4)	10.52 ± 2.04a		
배우자	무	89(44.7)	9.03 ± 2.69	1.85	.066
	유	110(55.3)	9.72 ± 2.52		
거주지	서울	26(12.8)	9.42 ± 2.25a	9.96	.001
	광역시	59(29.0)	9.95 ± 2.23b		
	경기도	33(16.3)	10.12 ± 2.15c		
	충청도	37(18.2)	10.05 ± 2.59d		
	전라도	5(2.0)	10.75 ± .96		
	경상도	38(18.7)	6.68 ± 2.69abcd		
	강원도	6(3.0)	10.00 ± 2.76		
종교	무	70(34.7)	8.96 ± 2.92	1.41	.160
	유	134(65.3)	9.52 ± 2.54		
가족동거형태	혼자	10(5.0)	9.00 ± 2.71	.52	.596
	배우자와 둘만	30(15.0)	9.80 ± 2.16		
	자식과함께	164(80.0)	9.32 ± 2.73		
치매수발경험	무	181(89.0)	9.25 ± 2.70	.99	.396
	유	23(11.0)	10.26 ± 2.09		
경제상태	상	8(4.0)	9.25 ± 1.91	.07	.933
	중	158(77.0)	9.33 ± 2.67		
	하	38(19.0)	9.50 ± 2.89		
취미생활여부	무	87(43.7)	8.67 ± 2.67	3.35	.001
	유	117(56.3)	9.92 ± 2.56		
치매교육/정보 수혜여부	무	178(87.0)	9.14 ± 2.66	2.28	.024
	유	26(13.0)	10.50 ± 2.50		
계		204(100.0)	9.33 ± 2.68		

* a,b,c,d: Scheffe' test p< .05 (동일 영문자는 유의한 차이가 있음)

2) 치매에 대한 태도

치매에 대한 태도는 한동희(1994)가 개발한 도구를 사용하였다. 본 도구는 10문항의 3점 척도로서 '그렇다'는 2점을 주어 동의하는 반응으로 간주하였고(3개문항은 역산으로 처리), '모른다'는 1점을 주어 중립으로 간주하였으며, '아니다'는 0점을 주어 동의하지 않는 것으로 간주하였다. 점수범위는 최소 0점에서 최대 20점

이며, 점수가 높을수록 치매에 대한 태도가 긍정적임을 의미한다. Spearman reliability coefficient는 .70이었다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS 프로그램을 사용하여 대상자의

〈표2〉 치매지식에 대한 문항별 오답과 정답빈도

문항	오답 n(%)	모른다 n(%)	정답 n(%)
치매라는 말은 바보증세를 뜻하는 것이다.	68(33.5)	34(16.5)	102(50.0)
치매는 노인이 되면 누구나 다 걸린다.	22(10.8)	21(10.4)	161(78.8)
치매의 원인은 여러 가지로 매우 다양하다	10(4.9)	57(27.8)	137(67.3)
치매는 전혀 고칠 수 없는 병이다	60(29.4)	65(31.9)	79(38.7)
치매에 걸리면 얼른 죽지 않는다	78(38.2)	81(39.6)	45(22.2)
치매는 흔히 노망이라고도 부른다	7(3.1)	12(5.7)	185(91.1)
치매는 뇌세포가 손상을 입어서 기억력이 떨어지는 병적현상이다.	5(2.4)	44(21.6)	155(76.0)
치매초기에는 건망증, 언어장애 등의 가벼운 뇌기능 저하를 보인다.	9(4.4)	40(19.6)	155(76.0)
치매증상은 새롭고 낮은 상황에서 더 뚜렷이 나타난다.	25(12.2)	102(50.1)	77(37.7)
나이가 들어도 열심히 일을 하거나 취미생활을 규칙적으로 하면 치매가 예방된다.	6(3.1)	18(8.7)	180(88.2)
치매는 환자자신이나 가족들이 증세의 시작을 깨닫지 못할 정도로 서서히 나타나다가 점차 심해진다.	14(6.9)	44(21.7)	146(71.4)
치매에 걸리면 자신이 바보가 되고 이상한 행동을 한다는 사실을 잘 인식하지 못한다.	14(6.8)	29(14.3)	161(78.9)
치매는 원인질환에 따라 치료와 예방이 가능하다.	23(11.3)	72(35.3)	109(53.4)
치매는 유전병이다.	13(6.3)	74(36.1)	117(57.6)
치매는 주로 가난하고 혼자사는 노인이 잘 걸린다	51(25.0)	56(27.5)	97(47.5)

일반적인 특성은 실수와 백분율을, 치매지식과 태도점수는 평균과 표준편차를 구하였고, 대상자의 일반적 특성에 따른 지식과 태도는 t-검정과 ANOVA, Scheffé 검정을 실시하였다.

치매에 대한 지식과 태도는 Pearson Correlation Coefficients를 구하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적인 특성

노인들의 일반적인 특성을 살펴보면, 남자노인 34.3%, 여자노인 65.7%였고, 연령분포는 60- 87세로 평균 69.5세였다. 교육정도는 무학 34.9%, 초등졸 33.3%, 중등졸 12.4%, 대졸이상 11.4%, 고졸 9.0% 순이었으며, 배우자가 있는 경우 55.3%, 없는 경우 44.7%였다. 거주지는 서울 12.8%, 광역시 29.0%, 경기도 16.3%, 충청도 18.2%, 전라도 2.0%, 경상도 18.7%, 강원도 3.0%였고, 종교는 불교 45.0%, 기독교와 천주교가 각각 14.3%, 4.0%였으며 무교 34.7%였다.

가족동거형태는 80.0%가 자식과 동거하고 있었으며, 노인부부만 따로살고있는 경우 15.0%, 독거형태도 5.0% 나 되었다. 치매수발경험이 없는 경우 89.0%, 있는 경우 11.0% 였으며, 노인자신들이 인식하고 있는 경제상태는 상 4.0%, 중 77.0%, 하 19.0%로 대부분 중산층으로 인식하고 있었다. 취미생활은 56.3%가 참여하고 있었다. 또한 치매관련 교육·정보에 대해서는 87.0%가 수혜받은 적이 없는 것으로 나타났다(표 1).

2. 치매지식정도

1) 대상자의 일반적 특성별 지식정도

노인들의 지식정도 총점평균은 9.33±2.68점(15점 만점)이었고, 최소값은 2점이었으며 최대값은 14점이었다. 대상자의 일반적인 특성에 따른 지식정도는 교육정도에 따라 차이를 보였는데 무학이 대졸이상의 노인보다 지식정도가 낮았다(F= 3.69, p=.006). 거주지역에 따라서도 지식정도의 차이를 보였는데 경상도에 거주하는 노인이 서울특별시와 인천, 광주 등의 광역시, 경기도 및 충청도에 거주하는 노인에 비해 지식정도가 낮았다(F= 9.96, p=.001).

〈표3〉 치매태도에 대한 문항별 반응빈도

문항	그렇다 n(%)	모른다 n(%)	아니다 n(%)
치매환자를 수발하는 것은 매우 힘든 일이다	185(90.7)	15(7.4)	4(2.0)
주변에 치매로 고통받고 있는 사람을 보면 불쌍하다.	192(94.1)	10(4.9)	2(1.0)
*치매는 죄가 많은 사람이걸린다고 생각한다	18(8.8)	39(19.1)	147(72.1)
치매는 병원치료가 필요하다	152(74.4)	29(14.3)	23(11.3)
*치매로 인해 자녀나 배우자를 괴롭힐게 될까봐 두렵다	17(8.3)	12(5.9)	175(85.8)
*나도 언젠가 치매환자처럼 될까봐 두렵다	29(14.2)	23(11.3)	152(74.5)
나는 결코 치매로 고통받지 않을 것이다	70(34.3)	97(47.5)	37(18.1)
나의 배우자는 결코 치매로 고통받지 않을 것이다	79(38.8)	89(43.8)	36(17.4)
치매노인을 전문적으로 돌보는 전문시설이 꼭 필요하다	178(88.1)	20(9.5)	6(2.5)
내가 만약 치매에 걸린다면 기꺼이 가족과 헤어져 전문시설로 가겠다	91(44.3)	71(35.0)	42(20.7)

* 문항은 역산처리함

그리고 취미생활에 참여하지 않은 노인이 취미생활을 즐기는 노인보다 지식정도가 낮았으며($t= 3.35, p=.001$), 치매교육이나 정보제공을 받아본 경험이 없는 노인이 경험이 있는 노인에 비해 지식정도가 낮았다($t= 2.28, p=.024$)(표 1).

2) 지식 문항별 오답과 정답율

치매에 관한 지식을 올바르게 알고 있는지를 문항별로 분석한 결과 50%이상의 정답율을 보인 문항수는 15문항중 11개문항이었다.

‘치매에 걸리면 얼른 죽지 않는다’가 38.2%로 오답율이 가장 높았고, 이어서 ‘치매라는 말은 바보증세를 뜻하는 것이다’ 33.5%, ‘치매는 전혀 고칠 수 없는 병이다’ 29.4%, ‘치매는 주로 가난하고 혼자사는 노인이 잘 걸린다’ 25.0%의 순이었다. 또한 모른다고 답한 문항의 경우는 ‘치매는 새롭고 낮은 상황에서 더 뚜렷이 나타난다’ 50.1%, ‘치매에 걸리면 얼른 죽지 않는다’ 39.6%, ‘치매는 유전병이다’ 36.1%, ‘치매는 원인질환에 따라 치료와 예방이 가능하다’ 35.3% 순이었다.

반면 가장 높은 정답율을 보인 문항은 ‘치매는 흔히 노망이라고도 부른다’ 91.1%, ‘나이가 들어서도 열심히 일을 하거나 취미생활을 규칙적으로 하면 치매가 예방된다’ 88.2%의 순이었다(표 2)

3. 치매 태도

1) 대상자의 치매에 대한 태도

노인들의 치매에 대한 태도는 20점 만점에 15.87 ± 2.25 점(최소값 9점, 최대값 20점)으로 비교적 긍정적인 태도를 보였으나 노인의 일반적 특성에 따른 치매에 대한 태도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

2) 태도 문항별 동의율

치매태도에 대한 문항에서 동의율이 90% 이상이었던 문항은 ‘주변에 치매로 고통받고 있는 사람을 보면 불쌍하다(94.1%)’, ‘치매환자를 수발하는 것은 매우 힘든 일이다(90.7%)’ 였고, 이어서 ‘치매노인을 전문적으로 돌보는 전문시설이 꼭 필요하다(88.1%)’, ‘치매로 인해 자녀나 배우자를 괴롭히게 될까봐 두렵다(85.8%)’는 문항에 80% 이상의 동의율을 보여 긍정적인 태도를 보였다.

한편 가장 부정적인 태도를 보였던 문항은 ‘내가 만약 치매에 걸린다면 기꺼이 가족과 헤어져 전문시설로 가겠다(20.7%)’ 였다(표 3).

4. 치매에 대한 지식과 태도의 상관관계

노인들의 치매에 대한 지식과 태도간에는 상관관계가

매우 낮았다($r = .153, p = .029$)(표 4).

〈표4〉 치매에 대한 지식과 태도와의 상관관계

	태도	지식
태도	1.000	.153 ($p = .029$)
지식	.153	1.000

V. 논 의

본 연구결과 노인들의 치매에 대한 지식정도는 15점 만점에 9.33 ± 2.68 점(62/100점 기준)이었고, 교육정도가 낮을수록, 일부 지역에 따라, 취미생활을 하지 않는 노인에서, 치매교육이나 정보접촉이 없었던 노인에서 지식정도가 낮았다.

교육정도가 낮고 치매교육이나 정보접촉이 없었던 노인에서 지식정도가 낮은 것은 당연한 결과라고 볼 수 있으며, 일부지역 특히 경상도 지역거주 노인에서 타지역에 비해 지식정도가 낮은 것은 이 지역 노인대상자의 교육수준이 낮았거나, 연령이 높았거나 또는 정보접촉기회가 많지 않았기 때문일 것으로 추정된다.

또한 취미생활에 참여하지 않은 노인에서도 지식정도가 낮았는데, 이는 노인들이어떠한 종류의 취미생활을 즐기느냐에 따라 다르겠지만 취미생활을 통한 사회적 교류와 계속적인 자극속에서 부지불식간에 치매에 관련된 정보도 습득될 것으로 짐작된다.

노인들의 치매에 대한 지식을 측정된 연구가 없어 본 결과를 고찰하는데는 다소 어려움이 있으나 김상숙(1997)이 60세이상의 남녀노인 137명을 대상으로 한 연구에서 연령이 낮을수록, 학력이 높을수록, 배우자가 있는 노인일수록, 주관적 경제수준이 높을수록 치매인식정도가 더 높다고 한 것과는 맥을 같이한다. 아울러 길병석(1997)이 65세이상의 노인 200명을 대상으로 노인의 종교생활이 치매예방에 영향을 미치는지를 조사한 결과 열심히 종교생활에 참여하는 노인이 비종교참여자 보다 현저하게 좋은 인지기능 검사결과를 보여 종교생활이 치매예방에 효과적임을 보고한 바 있는데 결론적으로 활발한 사회적인 교류와 끊임없는 자극이 노인의 인지기능저하 방지에 도움을 준다고 볼 수 있

겠다.

그리고 문항별 오답과 정답율에서 50%이상의 정답율을 보인 문항은 15문항중 11개 문항이었는데 이는 148명의 노인에게 알츠하이머에 대한 지식을 질문하여 20개문항중 단지 8개 문항에서 50%이상의 정답율을 보인 Price와 Price(1986)의 결과보다는 정답율이 높았으나 오답과 모른다는 문항수의 빈도도 높아 치매에 관한 교육의 필요성을 절감할 수 있었다. 매스컴이나 반사회 또는 노인대학이나 노인정 모임등을 통하여 치매를 예방하는 생활자세 등의 적극적인 홍보를 강화하고 조기발견을 위한 체계적인 교육프로그램을 개발·보급하며, 범 국민적인 참여를 유도해야 한다고 본다.

한편 노인들의 치매에 대한 태도는 15.87 ± 2.25 점(20점 만점)으로(79.35/100점 기준) 비교적 긍정적인 태도를 보였고 70%이상의 동의율을 보인 문항수는 10문항중 7문항이었다. 노인들의 일반적 특성에 따른 태도의 차이는 보이지 않았다. 대부분의 노인들은 치매 환자를 수발하는 일이 어렵다고 인식하고 있으며, 주변에 치매로 고통받고 있는 사람을 측은하게 여기고 있었고, 죄많은 사람이 치매에 걸린다고는 보지 않으며, 병원치료나 전문적인 시설의 필요성을 느끼고 있었다. 그러나 본인이 만약 치매에 걸린다면 기꺼이 가족과 헤어져 전문시설로 간다는 생각에는 44.3%만이 동의율을 보여 우리나라 노인들의 시설수용에 대한 태도는 적극적인 찬성태도를 보이지 않는다는 한동희(1994)의 결과와 일치하였다. 치매로 인해 자녀와 배우자를 괴롭히게 될까 두렵고, 막연히 치매에 걸릴지도 모른다는 염려는 대부분의 노인들이 하지않고 있는 것으로 나타났으나 자신과 배우자가 결코 치매로 고통받지 않을 것이다에는 40%미만의 동의율을 보여 다소 이중성을 보였다. 이 결과는 노인들이 질문문항에 대한 의미를 정확하게 이해하지 못한채 응답하였거나, 치매에 대한 불안감과 염려가 잠재해 있으나 의식적으로 받아들이지 않은 때문으로 해석할 수 있겠다. 가족중 한사람이 치매에 걸리게 되면 환자자신의 황폐화는 물론 가족은 만성적인 피로(이성희, 권중돈, 1993; 홍여신등, 1994), 신체 심리적인 건강악화(Pruchno & Potashnik, 1989), 재정적인 어려움(Cantor, 1983), 가족의 혼란(Rabins 등, 1982), 역할갈등(Weisness & Kjervik, 1989)으로 고통을 받는다. 이렇듯 치매는 환자자신이나 부양가

족에게 많은 부정적 영향을 미치므로 노화가 진행됨에 따라 노인 개개인이 치매에 대한 불안감을 가지게 되고 그 강도도 더욱 가중되고 있다는 연구결과(김상숙, 1997)가 이를 뒷받침 한다.

156명의 노인을 대상으로 알츠하이머병 진단의 고지 여부에 관한 태도를 조사한 Holroyd 등(1996)의 연구결과 노인들은 대부분 고지를 원하였으나 암진단에 대한 고지 보다는 선호도가 더 낮았으며, 알츠하이머병을 통고받았을 때 노인들이 자살할 가능성이 있음을 경고한 바 있었는데 이는 노인들이 암보다는 치매를 더욱 받아들이기 어려워한다는 점을 짐작케하므로 긍정적인 의식전환이 필요하다고 본다.

치매지식과 태도간에는 상관관계가 매우 낮아 지식과 태도사이의 관련성은 설명하기가 어려웠는데 이는 표본수가 적었기 때문으로 풀이된다. 황인선(1992)의 연구에서 청년에게 에이즈 보건교육을 실시한 후 에이즈 지식과 태도와의 상관관계가 높아졌다는 결과는 교육을 통한 태도변화의 가능성을 시사해 준다고 생각된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 재가 노인들의 치매에 대한 지식과 태도를 파악하여 노인들에게 치매에 대한 올바른 지식전달과 긍정적인 태도를 유도하기 위한 목적으로 실시된 조사연구이다.

1998년 9월부터 12월까지 전국에 거주하고 있는 60세 이상의 일반 남녀노인 204명을 대상으로 일반적인 특성 11문항, 치매에 대한 지식 15문항, 태도 10문항 총36문항으로 구성된 질문지를 사용하여 자료를 수집하였다.

자료분석은 SAS 프로그램을 이용하여 실수와 백분율, 평균과 표준편차, t 검정, 분산분석과 다중비교 및 Pearson 상관관계를 구하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1. 노인들의 치매에 대한 지식정도는 15점 만점에 평균 9.33 ±2.68점이었고, 무학이 대졸이상자 보다, 경상도에 거주하는 노인이 기타지역에 거주하는 노인 보다, 취미생활에 참여하지 않는 노인이 참여하는 노인보다, 치매교육이나 정보를 제공받은

경험이 없는 노인이 경험있는 노인보다 지식정도가 낮았다.

2. 치매에 관한 지식문항에서 50%이상의 오답율(모든 다 포함)을 보인 문항은 '치매에 걸리면 얼른 죽지 않는다.', '치매는 전혀 고칠 수 없는 병이다.', '치매 증상은 새롭고 낯선 상황에서 더 뚜렷이 나타난다.', '치매는 주로 가난하고 혼자사는 노인이 잘 걸린다.'의 순이었다.
3. 노인들의 치매에 대한 태도는 20점 만점에 15.87 ±2.25 점으로 비교적 긍정적인 태도를 보였으며, 일반적인 특성별 치매에 대한 태도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.
4. 치매태도에 관한 문항에서 높은 동의율을 보인 문항은 '주변에 치매로 고통받고 있는 사람들을 보면 불쌍하다', '치매환자를 수발하는 것은 매우 힘든 일이다'등 이었다.
5. 치매의 지식과 태도간에는 매우 낮은 상관관계를 보였다($r=.153, p=.029$).

이상의 결과를 통해 다음과 같은 결론을 내릴 수 있겠다. 우리나라 노인들은 비교적 치매에 대한 지식과 태도가 긍정적이라고 볼 수 있으며, 학력, 거주지, 취미생활여부, 교육/정보제공 유무 등의 변수에 따라 지식에 차이가 있었다.

그러므로 이러한 변수 등을 고려하여 노인의 건강교육을 계획하고, 적절한 교육을 통한 긍정적인 태도를 유도하며 아울러 사회적인 차원에서 치매노인들에게 적극적인 관심을 쏟도록 노력해야 한다고 본다.

참고문헌

- 권중돈(1994). 한국치매노인가족의 부양부담사정에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 권중돈(1995). 치매환자 가족에 대한 서비스, 치매환자관리를 위한 서비스개발 심포지움 최종보고서.
- 권중돈(1996). 치매노인가족을위한 서비스개발, 한국노인문제 연구소 1(2):153-185.
- 길병석(1997). 종교생활이 노인치매예방에 미치는 효과에 관한 연구, 청주대학교대학원 석사학위논문.
- 김귀분, 이경희(1998). 노인성치매환자의 돌봄경험에 대

- 한 문화기술지. 대한간호학회지, 28(4):1047-1059.
- 김범생(1993). 치매노인에게 건강한 노후를, 바이엘코리아.
- 김삼숙(1997). 노인의 치매불안정도 연구, 성신여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김윤정, 최혜경(1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향, 한국노년학, 13(2):63-83.
- 김태현, 전길양(1995). 치매노인 가족의 부양경험에 관한 연구, 한국노년학, 15(1):15-27.
- 남궁기, 이홍식, 유계준(1993). 치매의 진단과 치료, 한국노년학, 13(2): 168-177.
- 동아일보(1999). 한국인의 생애표. 8월 4일자.
- 마정수(1995). 치매노인의 문제행동이 가족스트레스에 미치는 영향, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 문혜리(1992). 가정내 치매노인 간호사의 실태분석과 사회복지적 대응방안에 관한연구, 충북대학교 대학원 석사학위논문.
- 박경호(1997). 노인복지정책 및 개선방향, 제2차 노인복지시설 심포지엄 연제집.
- 박종한, 정철호, 김정휘(1987). 정신과 입원치매환자의 원인분석, 신경정신의학, 26(2):268-274.
- 박종한, 고효진(1991). 경북영일군 어느 면지역 노인들에서의 치매의 원인적분류 및 주요치매의 상대적 유병율, 신경정신의학, 30(5):885-891.
- 박종한(1993). 지역사회 치매유병률 조사에서 선별 검사의 의의, 신경정신의학, 32(1):70-75.
- 박종한(1994). 치매의 위험요인, 한국치매협회창립대회 및 기념심포지움 초록집.
- 서미경(1996). 노인치매정책의 현황과 과제, 한국노인문제연구소, 1(2):117-149.
- 서울대학교 지역의료체계시범사업단(1994). 치매환자관리사업개발.
- 서유현(1991). 치매의 분자생물학과 생화학, 대한정신약물학회 추계학술대회록.
- 성인신(1994). 치매노인 가족의 부담에 관한 연구, 숙명여대대학원 석사학위논문.
- 이경자(1995). 치매노인간호 문제와 돌보는 가족원의 부담감, 한국노년학, 15(2):30-51.
- 이명철(1993). 치매에서의 기능영상검사법, 제11차 대한신경과학회 춘계학술대회.
- 이상도, 서정규, 박영순, 박종한(1988). 치매환자의 원인조사, 대한신경과학회지, 6(2):234- 239.
- 이성희, 권중돈(1993). 치매노인 가족의 생활실태 및 복지요구, 서울특별시 북부노인종합 복지관 연구보고서.
- 이정희(1995). 치매환자를 위한 서비스개발, 치매환자를 위한 서비스개발 심포지움.
- 이정희(1997). 치매환자간호-치매의 진단과 치료적 접근, 대한간호협회 보수교육교재, 7- 17.
- 우종인(1994). 한국 노인인구의 치매의 역할적 특성에 관한 연구, 서울대학교 의료지역체제 시범단 연천지역사회 연구발표회 보고서, 27- 42.
- 우종인, 이정희, 유근영, 홍진표, 김창엽, 김용익, 이강욱(1997). 한국의 한 농촌지역에 거주하는 노인에서의 치매의 유병율, 신경정신의학, 36(1): 92- 102.
- 유은정(1994). 노인성치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구, 서울대학교 대학원석사학위논문.
- 유영미(1998). 노인성치매환자의 가정간호요구, 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤수경(1991). 재가 치매성노인 보호제공자의 사회적 서어비스욕구에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 정의석(1995). 치매노인 간호사의 사회복지요구와 대응 서어비스 개발에 관한 연구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 조경형, 조맹제(1990). 입원중 정신과에 자문의뢰된 노인환자에 대한 고찰, 신경정신의학, 29(5):1029-1040.
- 조남옥(1996). 치매환자 가족의 경험과 간호요구에 관한 연구. 서울대학교 대학원박사학위논문.
- 최미경(1996). 치매노인 가족의 갈등요인 분석. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 한동희(1994). 노인의 치매에 대한 태도에 관한 연구, 한국노년학, 14(1): 69- 83.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주(1994). 노인성치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 24(3):448-460.
- 홍여신, 박현애, 조남옥(1996). 치매노인의 거주형태 및 서비스유형에 따른 간호관리의 효과분석, 대한간호

학회지, 26(4): 768- 781.

황인선(1992). 에이즈 보건교육을 통한 청소년의 에이즈 지식과 태도변화. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

Cantor, M. H.(1983). Strain among caregiver: A study of experience in the United States. *The Gerontologist*, 23(6): 567- 604.

Holroy, D.S., Snustad, D.G., Chalifoux Z.L.(1996). Attitudes of older adult's on being told the diagnosis of Alzheimer's disease. *J. Am Geriatri Soc*, 44(4): 400- 403.

Price, J. N., Price, J. H.(1986). Elderly person's and knowledge of Alzheimer's disease. *Psychological reports*, 58: 419- 424.

Pruchno, R.A. & Potashnik, S.L.(1989). Caregiving spouses: physical and mental health in perspective. *J. Am Geriatri Soc*, 37(5): 697- 750.

Rabins, P.V., Nace, N.L. & Lucas, M.J. (1982). The impact of dementia on the family. *JAMA*, 248(3): 35- 44.

Weiseness, M.G. & Kjervik, D.K.(1989). Dilemmas in decision for caregivers of cognitively impaired elderly person. *J. of Professional Nursing*, 5(4): 186-191.

ABSTRACT

A study on the knowledge and attitude about senile dementia of the elderly

Nam-Cho Kim (College of Nursing, The Catholic University)

The purpose of this study was to provide the elderly and their family knowledge about senile dementia and to get them to have positive attitude about senile dementia.

The subjects were 204 elderly who lived in the whole country. The data were collected from Sep. to Dec., 1998, using a 36 items questionnaire and analyzed by SAS program for t-test, ANOVA, Scheffé test, Pearson Correlation Coefficients.

The results were as follows:

1. The mean score of knowledge about senile dementia was 9.33 ± 2.68 (range 0-15).

The elderly who was unschooled, lived in Kyung Sang province, didn't have any hobby or interest, didn't access to informations about senile dementia got lower score than the others.

2. The examples of knowledge test items about senile dementia that the subjects above fifty percents answered uncorrectly were 'the patient of senile dementia doesn't die soon', 'senile dementia is uncurable disease', 'the symptoms of senile dementia is apparent in new and strange circumstances', 'the poor and lonely elderly is apt to have senile dementia'.

3. The mean score of attitude about senile dementia was 15.87 ± 2.25 (range 0-20) and attitude about senile dementia was relatively positive. Attitude about senile dementia by general characteristic was not significantly different.

4. The examples of attitude test items about senile dementia to which the majority of subjects agreed were 'It is a pity to see the patient suffered from senile dementia', 'It is difficult to take care of senile dementia patient' and so on.

5. The correlation between knowledge and attitude about senile dementia was very low.

Therefore this study suggests that it is crucial to educate the elderly and their family to induce positive attitude about senile dementia.

key word: senile dementia, knowledge, attitude