주요용어 : 치매, 치매지식, 중년 성인

중년 성인의 치매지식과 관련요인

김 정 아*·고 자 경**·문 숙 남***

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 고령화 속도는 세계적으로 가장 빨라 향후 보건·의료·복지 측면에서 노인문제가 가장 중요한 사회적 이슈가 될 것으로 예측된다. 간협신보(Korean Nurses Association News, 2004)는 현재 농촌의 경우 이미 고령사회로 진입한 지역이 전국에 49곳에 달하고, 초고령화 지역도 23곳이라고 발표하였다. 노인인구의 증가는 사회구성원의 노인부양 부담을 증가시켜, 2002년에는 생산연령 인구 약 9명이 노인 1명을 부양하였으나, 2019년에는 생산연령인구 5명이 1명의 노인을, 그리고 2030년에는 생산연령인구 3명이 1명을 부양할 것이다(Chang, 2003).

인구고령화와 함께 최근 주목받고 있는 사회적 문제는 치매로서 통계청(National Statics Office, 2004)의 고령자 통계에 의하면, 현재 65세 이상 노인인구의 8.3%인 34.6만명 정도가 치매노인이며, 이 비율은 노인인구증가에 따라 계속적으로 증가할 것으로 예상된다. 특히 2012년에는 만 80세이상 치매환자 비율이 전체 치매환자의 50%를 넘기 시작하여 2050년에는 그 비율이 71.2%로 증가할 것으로 예상된다(Suh & Shah, 2001). Suh(2002)는 국내 치매환자 수는 베이비붐세대(1946년~1964년 출생자)가 만 65세 이상이 되는 2030년 이후 급속히 증가하여 2050년에는 2000년에 비해 평균 8배정도 증가하여 195만 명에 이르게 될 것으로 예상하고 인구고령화와 치매환자의 증가가 사회에 큰 부담이 될 것으로 예측하였다.

치매는 노인 누구나 다 걸리는 질환은 아니지만, 나이가 들어가면서 점점 더 발병 가능성이 높아지며, 일단 발병하면 완치나 치유가 될 수 없고, 병이 진행됨에 따라 일상생활 수행능력의 저하와 인격의 황폐화로 누군가의 간호를 받아야만 삶을 영위할 수 있게 된다. 따라서 치매의 관리는 조기 발견하여 약물치료를 하고 잔존기능을 최대한 발휘할 수 있도록 돕는 것이 최선의 방법이다. 하지만, 우리사회에서는 치매를 노화의 한 현상으로 받아들이는 등, 치매에 대한 가족들의 부정확한 인식이 큰 비중을 차지하고 있어(Oh, 2001), 치매의 조기발견과 진단을 비롯하여 치매에 대한 대응이 미흡한 상태에 있다. 선행연구에 의하면, 치매노인을 둔 가족들은 치매에 대한 체계적이고 전문적인 지식부족으로 치매를 구체적이고 적절하게 관리하지 못하고 있으며(Lee, 2001), 그들은 매일매일 치매환자를 돌보느라고 사적인 일을 할

* 세명대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: kjah52@hanmail.net)
** 거제대학 간호과 조교수
*** 국군간호사관학교 교관
투고일 2005년 12월 30일 심사의뢰일 2006년 1월 10일 심사완료일 2006년 6월 5일

여가가 없으며, 환자의 문제를 인식하고 수용하며 대처하는 데 어려움이 있고, 치매의 진행과정이나 속도를 예측할 수 없어 간호에 어려움을 느끼고 있었다(Kim, 1999). 또한 치매환자를 돌보는 가족구성원은 “자식이니까”, “나 밖에 돌볼 사람이 없으니까”라고 책임감과 희생을 바탕으로 환자를 부양하고 있는 자녀세대들로서 45~65세의 연령층이었다(Jo, 1996). Rudd, Viney와 Preston(1999)은 가족구성원 중 치매노인을 부양하는 사람은 80%이상이 환자를 돌보는데 하루 중 대략 4~8시간을 할애하고 그 기간은 1~4년 정도로서 치매노인을 부양하면서 경험하는 심리적 부담과 정신적, 신체적, 경제적인 어려움으로 인해 질병에 이환되기도 한다고 하였다. Kim(2000)은 치매노인 부양가족과 그 구성원에 대한 치매지식교육은 치매노인의 행동장애의 심각성에대한 인지를 감소시켜 가족구성원의 부담과 우울을 감소시킨다고 보고하였다.

치매지식에 대한 연구는 치매에 걸릴 가능성과 관심이 높은 노인들을 대상으로 치매를 얼마나 알고 있는지와 어떻게 인식하고 있는지를 파악하여 치매예방을 위한 교육프로그램의 필요성을 주장하는 연구들이 몇 편 있었다(Lee, 2002; Kim, 1999; Han, 1994). 중년 성인 대상 치매지식 연구에서 Cho(1999)는 일반 성인남녀의 치매지식은 여자가 남자보다 더 낮으며, 특히 61세 이상의 집단에서 치매지식이 매우 낮으므로 노년기를 목전에 둔 중장년층에 대한 치매교육의 필요하며, Lee(2001)는 60세 미만집단이 60세 이상 집단에 비해 상대적으로 알츠하이머 치매지식수준이 낮으므로 중년에 현실적인 치매 교육이 더욱 필요하다고 하였다. 이들 연구는 성인의 치매에 대한 낮은 지식수준과 관련하여 치매교육의 필요성을 주장하고 있지만, 그 지식수준의 차이를 나타나게 한 요인에 대한 분석은 미흡하였다.

따라서 본 연구에서는 치매와 관련된 지식을 교육하는 구체적인 방법을 모색하는 데 한계를 가지고 있는 선행연구의 미비점을 보완하여, 중년기 성인의 치매 지식 및 이에 관련된 요인을 파악하고 분석하고자 실시되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 우리나라 중년기 성인을 대상으로 치매지식수준을 조사하고 치매지식수준의 차이를 가져오는 관련요인을 파악함으로써 치매에 관한 올바른 지식제공과 교육방법을 모색하는데 기여하고자 한다. 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 일부 지역 중년기 성인의 치매지식 수준을 파악한다.
2) 일반적 특성에 따른 치매지식수준, 간호경험 및 정보습득방법의 차이를 확인한다.
3) 치매에 대한 간호경험 및 정보습득 방법에 따른 치매지식수준 차이를 확인한다.

3. 용어의 정의

1) 치매

치매란, 일단 정상적으로 성숙한 뇌가 후천적인 외상이나 질병 등 외인에 의해서 기질적으로 손상되거나 파괴되어 의식의 장애 없이 인지기능이 감퇴하여 나타나는 복합임상증후군으로 사회적 혹은 직업적 기능의 장애를 일으키게 되는 상태(Oh et al., 1998)를 말한다. 본 연구에서는 알츠하이머형 치매, 혈관성 치매, 기타 질병에 의한 치매를 모두 포함한다.

2) 치매지식

지식이란 사물에 관한 명료한 인식과 그것에 대한 판단을 의미하는 것(Korean language dictionary, 2006)으로 치매 지식은 치매에 관한 지식의 보유 정도를 말한다. 본 연구에서는 질병, 증상, 치료, 간호의 4가지 영역의 치매에 대한 기본적인 지식의 이해를 의미하는 것이다.

4. 연구의 제한점

중년기 성인의 치매지식수준을 경남 일부 지역의 중년기 성인을 대상으로 하였기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하는 데에는 한계가 있다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 구조화된 설문지를 사용하여 중년성인의 치매지식수준을 파악하고 일반적 특성, 치매 간호 경험유무, 치매지식 습득방법에 따른 치매지식의 수준 차이를 규명하기 위해 실시된 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상자

본 연구의 대상자는 경상남도의 M시와 K시에 거주하는 만 35세 이상 65세 미만의 중년성인을 대상으로 연구자의 편의에 의해 임의표집 하였다. M시는 2004년 현재 42만 7천 248명으로 65세 이상 노인인구는 31,851명(7.4%)이고 K시는 19만 141명으로 65세 이상 노인인구 13,480명(7.1%)으로 이 두 지역사회는 도농 복합도시로 농어촌지역과 도시지역의 특성을 가진 곳이다.

3. 연구도구

본연구의 자료수집에는 총 34문항으로 이루어진 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문지는 대상자의 일반적 특성을 묻는 7문항, 치매지식을 묻는 23문항, 치매경험 유무를 묻는 2문항, 치매에 관한 정보 습득방법을 묻는 2문항이었다.

1) 치매지식 측정

치매지식 측정도구는 Cho(1999)가 치매에 대한 일반인의 지식과 태도에서 개발한 치매지식 설문지와 Lee (2002)가 일반노인의 치매지식정도 조사 연구에서 개발한 치매지식 설문지를 수정보완한 후 해당분야 관련전문가 5명에게 내용타당도 검정을 받아 10명의 대상자들에게 예비조사를 실시하여 나온 23문항을 사용하였다. 치매지식측정 도구는 질병에 관한 지식 5문항, 증상에 관한 지식 6문항, 치료에 관한 지식 6문항, 간호에 관한 지식 6문항의 총 23문항이었다. 치매지식수준을 묻는 문항은 '예'와 '아니오'로 응답하도록 하였으며, 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 하여 전체 점수의 범위는 0~23점이고, 점수가 높을수록 지식정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha=0.81이었다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료 수집은 2005년 5월 26일부터 6월7일까지 경상남도의 M시와 K시에서 시행하였다. 연구자와 설문조사에 대한 훈련을 받은 조사원 2명이 주택 방문, 은행, 시장에서 만난 중년기 성인 대상자들에게 연구목적과 취지, 내용을 설명한 후 구조화된 설문지를 나누어주고 직접 완성하도록 한 후 수거하는 방법을 택하였다. 회수된 420부의 자료 중에서 전혀 기재되지 않고 회수된 7부와 무응답 또는 이중응답이 있는 16부를 제외한 총 397부를 분석에 사용하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS for windows 11.0 program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성, 치매간호경험, 치매정보습득방법에 대한 분석은 빈도와 백분율로, 치매지식정도는 하위영역 및 문항별로 평균, 표준편차, 최소값, 최대값으로 분석하였다.
2) 일반적 특성, 치매간호경험, 치매정보습득방법에 따른 치매지식정도의 차이 검증은 t-test, ANOVA를 이용하였으며, 사후검증으로 Duncan's Multiple Range test를 하였다.
3) 일반적 특성에 따른 치매간호경험과 치매정보 습득방법의 차이는 χ^2-test를 하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자는 여자 61.2%(241명), 남자 38.8%(153명)이었으며, 평균 45.35세로 35~39세 30.3%(119명)와 40~44세 20.4%(80명)이었다. 전문대졸 이상이 50.3%(197명), 고졸은 32.7%(128명)이고, 기혼자가 77.9%(304명)이었다. 직업 없음 27.1%(105명), 자영업 21.7%(84명), 행정관리직 18.3%(71명), 전문직 17.8%(69명), 생산직 6.7%(26명), 농어축산업 4.4%(17명)이었다. 월수입은 과반수이상 51.8%(187명)가 100만이상~300만원미만이었고, 100만원 미만인 경우도 27.7%(100명)이었다. 대상자들은 30.1%(116명) 즉, 1/3정도가 노부모와 함께 살고 있었다<Table 1>.

2. 대상자의 치매지식

치매지식은 영역별 정답율과 문항별 정답율을 살펴보았다. 치매지식은 평균 15.8점(범위 0-23)으로 68.7%의 정답율을 나타내었으며, 영역별 정답율은 질병 68.0%, 증상 68.3%, 치료관리 66.7%, 간호 71.7%로, 치매지식은 보통 수준인 것으로 나타났다<Table 2>.

치매지식이 구체적으로 얼마나 정확한가를 알아보기 위하여 문항별 정답율을 확인하였다. 80%이상의 정답율

<Table 1> Dementia knowledge by general characteristics (N=394)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean	SD	t or F (p value)	Duncan Verification
Sex (n=394)	Female	241(61.2)	16.03	3.04	1.808 (.071)	
	Male	153(38.8)	15.48	2.72		
Age (n=392)	a. 35~ 39 yr.	119(30.3)	16.99	2.64	11.734 (.000)	a-c, d, e ,f b-d, e, f
	b. 40~ 44 yr.	80(20.4)	16.45	2.50		
	c. 45~ 49 yr.	78(19.9)	15.41	3.22		
	d. 50~ 54 yr.	51(13.0)	14.86	2.65		
	e. 55~ 59 yr.	40(10.2)	13.98	2.64		
	f. 60~ 64 yr.	24(6.1)	14.33	2.87		
Education (n=391)	a. elementary	13(3.3)	12.69	2.32	17.892 (.000)	a-c, d, e, f b-d, e, f
	b. Junior-High	53(13.6)	13.96	2.78		
	c. High-School	128(32.7)	15.15	2.70		
	d. College	45(11.5)	16.58	2.37		
	e. University	119(30.4)	17.12	2.84		
	f. Graduate School	33(8.4)	16.90	2.05		
Marital status (n=390)	a. Single	53(13.6)	16.17	3.30	5.299 (.001)	a-c b-c
	b. Married	304(77.9)	16.02	2.78		
	c. Separated/Divorced	27(6.9)	14.07	2.56		
	d. bereavement	6(1.5)	13.67	2.16		
Occupation (n=387)	a. Production	26(6.7)	14.89	2.98	5.563 (.000)	a-d c-d d-f
	b. Managerial	71(18.3)	16.17	2.44		
	c. Sole Proprietor	84(21.7)	15.43	3.06		
	d. Professionals	69(17.8)	17.13	2.48		
	e. Agricultural	17(4.4)	14.41	3.47		
	f. Housekeeper (unemployed)	105(27.1)	15.33	2.59		
	g. Other	15(3.9)	17.60	4.85		
Monthly income (n=361)	a. Under 1 million	100(27.7)	15.48	3.07	2.591 (.037)	a-c b-c
	b.1~under 3 million	187(51.8)	16.05	2.88		
	c.3~under 5 million	53(14.7)	16.70	2.58		
	d.5~under 7 million	14(3.9)	14.57	3.39		
	e. more than 7million	7(1.9)	14.86	2.91		
Live with elderlies (n=385)	Yes	116(30.1)	15.90	2.98	1.129 (.898)	
	No	269(69.9)	15.85	2.86		

a-c, d, e, f indicates that a is different from c, a is different from d, a is different from e, and a is different from f.

<Table 2> Knowledge scores about dementia

Kinds of Each Knowledge	n	Mean	SD	Min	Max	Rate of correct answer(%)
Total	394	15.8	2.93	0.00	23.00	68.7
Disease	397	3.4	1.17	0.00	5.00	68.0
Symptoms	397	4.1	1.09	0.00	6.00	68.3
Treatment	397	4.0	1.21	0.00	6.00	66.7
Caring	393	4.3	1.29	0.00	6.00	71.7

을 보인 문항은 9개 문항으로 “치매는 조기발견하면 증상조절에 도움이 되고 진행을 늦출 수 있다.”(90.2%), “치매가 진행되면 시간, 장소, 사람을 구분하지 못할 수도 있다.”(87.9%), “치매는 간혹 난폭한 언행이나 이상행동을 보일 수도 있고 정상적일 수도 있다”(87.4%), “치매에서의 기억장애는 뇌세포에 고장이 생긴 것이다”(86.4%) 등이었다. 60%이하로 낮은 정답율을 보인 문항은 7개 문항으로 “모든 치매의 증상은 서서히 진행된다.”(17.6%), “치매는 가능한 처음부터 병원이나 전문시설에 입원시키는 것이 좋다.”(33.2%), “치매노인의 이

<Table 3> Knowledge Scores about each dementia question (N=397)

Questions	Rate of a Correct Answer(%)
1. People get dementia as they get older.	67.3
*2. Women are likely to have dementia more often than men	65.7
*3. Dementia can be started by the heritable factors.	58.4
*4. Dementia is a kind of diseases.	83.6
*5. A heart-disease, diabetes, or hypertension can cause dementia.	64.0
6. All symptoms of dementia progress gradually.	17.6
*7. The defects of memory is from the defects of brain cells.	86.4
*8. People who have dementia remember past things better than recent things.	59.2
*9. When worsened, dementia people may not be able to check time, places, and other people.	87.9
10. Dementia doesn't affect to the daily activities such as putting on clothes, having meals, and taking a bath.	69.3
*11. Sometimes dementia can make people violent and abnormal.	87.4
12. Dementia can be completely cured with medicinal treatment.	73.6
*13. The early detection can control the symptoms and slow down the progress.	90.2
14. Dementia patients should be treated with professional support or hospitalization, if possible.	33.2
15. Dementia patients should be cared by a single person.	81.6
16. Nearby the dementia institutions or facilities are for worse conditions only.	45.8
17. When having a conversation with the dementia elderlies, it is good to speak loudly and lengthy.	73.8
18. For dementia elderlies, it is good to change the surroundings frequently.	54.2
19. The meals for dementia elderlies should be provided often with a lot of amount.	83.4
20. For dementia elderlies, it is good to let them lie on the bed so that they can relax all the time.	83.1
21. For the behavioral abnormalities of the dementia elderlies, we should notice them that those are wrong and correct them.	37.3
*22. We are currently accepting a notice or report of dementia patients in public health center and supervising them after registration. Also, Senior-Recuperation Insurance is planned to launch in 2007 for protecting the dementia patients.	63.0
23. When with dementia elderlies, it is better not to have physical contact such as eye-contact or holding hands.	83.1

* Questions that the answers 'YES' is correct

상행동은 본인에게 분명히 알려주고 잘잘못을 고쳐주는 것이 좋다"(37.3%) "가까운 곳의 치매관련 시설과 기관은 병세가 악화되면 가는 것이 좋다"(45.8%), "치매노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어 주는 것이 좋다."(54.2%), 등이었다. 대상자들은 치매의 원인, 증상, 치료, 간호에 대하여 일부내용은 아주 정확하게 알고 있었지만, 매우 부정확하게 알고 있는 내용도 있었다 <Table 3>.

3. 일반적 특성에 따른 치매지식

일반적 특성에 따른 치매지식을 비교한 결과는 <Table 1>과 같다. 치매지식은 성별에 따라 유의한 차이가 없었으나(t=1.682, p>.05), 연령에 따른 치매지식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=11.734, p<.01). 특히 35-39세군과 40세~44세군은 다른 연령군에 비해 치매지식이 높은 것으로 나타나 치매지식은 젊은 중년기일수록 높았다. 교육에 따른 치매지식은 초등졸업군과 중학졸업군이 고등·대학·대학원졸업군보다 더 낮아 통계적으로 유의한 차이를 보였다(F=17.892, p<.01). 또한 치매지식은 결혼 상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(F=5.299, p<.01), 특히 이혼이나 별거중인 집단이 기혼자나 미혼자에 비해 낮았다. 치매지식은 전문직과 행정 관리직 집단에서 점수가 높았으나, 농어축산업 및 생산직 종사자 집단과 직업이 없는 집단에서 낮은 점수를 보여 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F= 5.563, p<.01). 월평균 수입에 따른 치매지식도 차이가 있는 것으로 나타났지만(F=2.591,

p<.05), 65세 이상 노인과 동거하고 있는 대상자는 65세 이상의 노인과 동거하지 않는 대상자간의 치매지식의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(t=1.129, p>.05).

4. 치매간호경험과 치매지식

치매 노인을 간호한 경험의 유무에 따른 치매지식은 <Table 4>와 같다. 치매질환을 앓거나 사망한 부모가 있는가에 대하여 대상자의 91.6%(350명)가 "없다", 치매노인을 직접 수발한 경험이나 돌본 경험이 있는가에 대하여 대상자의 85.9%(318명)가 "없다"에 응답하여, 대상자의 대부분은 가족 내에서 치매환자와 삶을 같이한 경험이 없었으며, 치매환자를 곁에서 수발한 경험도 없었다. 부모 중 치매 질환이나 치매로 인한 사망 경험 유무, 치매환자를 돌보거나 수발한 경험 유무에 따른 치매지식은 각각 통계적으로 유의한 차이는 없었다(t=-.895, p>.05; t=.415, p>.05).

5. 치매정보습득과 치매지식

치매 정보습득 방법에 따른 치매지식은 <Table 5>와 같다. 대상자의 82.8%(318명)가 치매를 들어봐서 잘 알고 있으며, 아무도 치매에 대하여 알려주지 않아 어떤 병인지 잘 모른다고 응답한 대상자는 17.29%(66명)로, 치매정보를 갖고 있는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 치매지식이 유의하게 높았다(t= 3.341, p<.01). 한편, 대상자들은 중복응답을 허락한 상태에서 치매정보를 습득방법에 대한 질문에, 'TV와 같은 대중매체 이용' 73.2%(232명)하였으며, 대중매체로는 TV 61.2%(141명), 신문 28.4%(66명), 인터넷 9.5%(22명) 등이었다. 치매정보습득원에 대하여 대상자들은 '이웃/친척/친구로부터'(28.7%, 91명), '전문가로부터' 18.6%(59명)라고 하였으며, 전문가들로는 의사 48.4%(29명), 간호사 15.6%(9명), 사회복지사 31.3% (18명) 등이었다. 대상자의 치매지식은 치매정보습득원에 전문가가 포함된 집단(전문가, 대중매체+ 전문가, 대중매체+ 전문가+ 이웃)이 전문가가 포함되지 않은 집단(대중매체, 이웃/친척/도우미, 대중매체+ 이웃)보다 통계적으로 유의하게 높았다(t=3.184, p<.01).

6. 일반적 특성에 따른 치매간호경험과 정보습득

일반적 특성에 따른 치매간호경험과 정보습득 방법은 <Table 6>, <Table 7>과 같다. 치매노인을 간호한 경험 여부는 대상자들의 성별, 연령, 교육, 결혼상태, 직업, 월수입의 정도에 따라 유의한 차이가 없었고, 성별, 연령, 교육, 결혼상태, 직업, 월수입에 따라 치매 정보 보유여부에 대해 유의한 차이를 나타내지 않았다. 하지만, 치매에 대한 정보습득 방법에 있어서는 교육과 결혼 상태에 따라 통계적으로 각각 유의한 차이가 있었다(χ^2=

<Table 4> Knowledge according to dementia caring experience (N=397)

Variables	Categories	n(%)	Mean	SD	t(p)
Live with dementia elderlies (n=382)	Yes	32(8.4)	15.44	3.07	-.895(.372)
	No	350(91.6)	15.92	2.89	
Caring Experience of dementia elderlies (n=370)	Yes	52(14.1)	16.09	2.76	.415(.678)
	No	318(85.9)	15.92	2.88	

<Table 5> Dementia knowledge according to information source (N=397)

Variables	Categories	N(%)	Mean	SD	t(p)
Information on dementia (n=384)	Yes	318(82.8)	16.09	2.85	3.341(.001)
	No	66(17.2)	14.80	2.96	
Types of Sources (n=317)	Not include professionals	258(81.4)	15.92	2.76	3.184(.002)
	Public Media	174(54.9)	15.89	2.80	
	Neighbors, Relatives, or Aides	54(17.0)	15.76	2.58	
	Media + Neighbors	25(7.9)	16.68	2.71	
	Other	5(1.6)	15.00	3.31	
	Include professionals	59(18.6)	17.06	2.91	
	From Professionals	26(8.2)	16.77	3.45	
	Media + Professionals	21(6.6)	17.00	2.00	
	Media+ Professionals + Neighbors	12(3.8)	17.83	3.32	

<Table 6> Dementia care experience according to general characteristics (N=397)

Characteristics	Categories	experienced caring dementia		χ^2 (p)
		yes n(%)	no n(%)	
Sex (n=394)	Female	36(9.2)	205(52.0)	.083 (.454)
	Male	17(4.3)	136(34.5)	
Age (n=392)	35~44 yr.	19(4.8)	180(45.9)	4.063 (.222)
	45~54 yr.	25(6.4)	104(26.5)	
	55~ 64 yr.	9(2.2)	55(14.1)	
Education (n=317)	elementary, middle & high school	18(5.7)	123(38.8)	.253 (.369)
	≥ above college	25(8.0)	151(47.5)	
Marital status (n=390)	Single	7(1.9)	46(11.7)	.195 (.394)
	Married	42(10.7)	262(67.2)	
	Separated/Divorced/bereavement	5(1.2)	28(7.3)	
Occupation (n=387)	Managerial+Professionals	29(7.6)	111(28.6)	.250 (.390)
	Production+Sole Proprietor Agricultural	6(1.5)	121(31.3)	
	unemployed+Other	17(4.4)	103(26.6)	
Monthly income (n=361)	Under 1 million	20(5.5)	80(22.2)	1.727 (.549)
	1~under 5 million	26(7.2)	214(59.3)	
	more than 5million	5(1.4)	16(4.4)	

<Table 7> Dementia information source according to general characteristics (N=397)

Characteristics	Categories	Source of information		χ^2 (p)
		Not include professionals n(%)	Include professionals n(%)	
Sex (n=394)	Male	125(31.7)	28(7.1)	.319 (.342)
	Female	185(47.0)	56(14.2)	
Age (n=392)	35~44yr.	159(40.6)	40(10.2)	2.543 (.132)
	45~54yr.	100(25.5)	29(7.3)	
	55~ 64yr.	56(14.3)	8(2.0)	
Education (n=317)	elementary, middle & high school	125(39.4)	16(5.0)	7.957 (.003)
	above college	131(41.3)	45(14.2)	
Marital status (n=390)	Single	31(7.9)	22(5.7)	14.133 (.022)
	Married	256(65.7)	48(12.2)	
	Separated/Divorced/bereavement	25(6.4)	8(2.1)	
Occupation (n=387)	Managerial+Professionals	104(27.0)	36(9.2)	12.113 (.070)
	Production+Sole Proprietor Agricultural	112(28.9)	15(3.9)	
	unemployed+Other	96(24.9)	24(6.1)	
Monthly income (n=361)	Under 1 million	75(20.7)	25(7.0)	.465 (34.7)
	1~under 5 million	198(54.8)	42(11.7)	
	more than 5million	18(5.0)	3(0.8)	

7.143, $p<.05$; $\chi^2=397)=14.133$, $p<.05$). 즉, 초중고집단보다 전문대학이상 집단이 치매정보 습득원으로 전문가를 포함하는 비율이 더 높은 것으로 나타났으며, 결혼집단이 미혼집단이나 이혼·별거·사별집단보다 전문가로부터 정보를 습득하는 경향이 더 많았다.

Ⅳ. 논 의

본 연구에서 치매지식은 정답율 68.7%로, Lee (2001)의 일반인 대상 알즈하이머 치매지식 연구에서 제시한 정답율 71.6%와 유사한 결과를 나타내어 지역간 대상자들의 전반적인 치매지식은 서로 유사하였다. 대상자들의 치매지식은 영역별로 치료지식 66.7%, 질병지식 68.0%, 증상지식 68.3%, 간호지식 71.7%로 나타나 모든 영역에서 치매에 대하여 잘 못 알고 있는 지식수준이 비슷하여, 치매의 전반적인 내용에 대한 올바

른 지식제공을 위한 교육이 필요하리라 사료된다.

각 문항별로 살펴본 치매지식은. “치매는 조기발견하면 증상조절에 도움이 되고 진행을 늦출 수 있다.”(90.2%), “치매가 진행되면 시간, 장소, 사람을 구분하지 못할 수도 있다”(87.9%), “치매노인은 때때로 난폭해질 수 있다.”(87.4%), “치매는 병이다”(83.6%)등에 대하여 높은 정답율을 보여 대상자들은 치매의 조기발견에 대한 중요성과 기억장애, 지남력 장애, 이상행동 등 치매의 대표적인 증상에 대해서 비교적 정확한 정보를 가지고 있음을 알 수 있었다. 하지만, “모든 치매의 증상은 서서히 진행 된다”(17.6%), “치매는 가능한 처음부터 병원이나 전문시설에 입원시키는 것이 좋다”(33.2%), “치매노인의 이상행동은 본인에게 분명히 알려주고 잘잘못을 고쳐주는 것이 좋다”(37.3%), “가까운 곳의 치매관련 시설과 기관은 병세가 악화되면 가는 것이 좋다”(45.8%), “치매노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어 주는 것이 좋다”(54.2%)에 대한 정답율은 낮았다. 이와 같은 낮은 정답율은 치매의 원인질환이 매우 다양하며, 치매가 원인에 따라 매우 다양한 임상경과를 가지는데 대한 부정확한 정보를 가지고 있다는 것을 의미한다. 이는 치매의 원인에 따른 질병경과 및 예후에 대한 올바른 지식과 홍보가 필요함을 보여주는 것으로 Lee(2002)가 노인을 대상으로 한 치매지식도 이와 유사하여 중년기 이후 치매교육이나 홍보에 접할 기회가 적어서 중년기의 잘못된 지식은 그대로 노년기에도 계속될 가능성을 암시하고 있다.

한편, 치매노인은 자신이 쓰고 있는 일상용구를 포함한 환경변화에 의해 혼란 상태를 가져오든지 치매증상을 더욱 악화시키기도 하므로(Cho, 1999) 가능한 입원하지 않고 가정에서 치료하는 것이 좋으며(Joo, 2004), 치매환자는 시설보호보다는 가정보호가 더욱 효과적이며 익숙해진 환경에서 생활하고 보호받는 것이 바람직하다(Park, 2001). 따라서 치매노인, 가족, 지역사회와의 연계를 통한 치매관련 정보 제공 및 치료, 간호 관리를 습득할 수 있도록 하는 교육과 홍보가 필요하다고 사료된다. 또한, 치매노인을 돌보는 가족들은 대부분 치매의 기억장애를 건망증과 혼동하여 반복하여 알려주는 것이 치매노인에게 도움이 된다고 생각하기 쉽다(Cho, 2001). 그러나 치매의 기억장애는 건망증이 아니라 인지기능 손상임을 가족들은 이해할 필요가 있다.

치매지식은 연령, 교육수준, 배우자 유무, 직업형태, 소득수준, 치매지식에 대한 정보, 정보습득원에 따른 유의한 차이가 있었는데, 이런 결과는 일반인의 치매지식이 성별, 나이, 학력, 직업, 정보에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다는 Cho(1999)의 연구와 유사하였다. 대상자는 45세 이상 집단에서 45미만 집단보다 치매지식이 낮았는데(F=11.734, p<.01), 이는 Lee(2001)의 치매지식 연구에서 60세미만집단의 지식수준이 60세이상 집단보다 상대적으로 낮았다는 결과에 부응한다. 치매노인의 주 간호자의 연령대가 대략 45~65세인 것을 감안할 때 중년기 성인에게 올바른 치매 지식의 제공이 우선적으로 이루어져 함을 보여주는 것이다. 초·중졸업집단이 고등・대학・대학원졸업집단보다 치매지식이 더 낮았으며(F=17.892, p<.01), 이혼이나 별거집단이 기혼집단과 미혼집단 비해 치매지식이 낮았다(F=5.299, p<.01). 또한 생산직, 자영업, 직업 없음에 속하는 집단이 전문직에 종사하는 집단보다 치매지식이 더 낮았으며(F=5.563, p<.01), 월평균 수입에 따라 치매지식은 차이가 있는 것으로 나타났다(F=2.591, p<.05).

부모가 치매 질환이나 치매로 인한 사망한 경험이 있거나 치매환자를 돌보거나 수발한 경험이 있는 집단이라도 그렇지 않은 집단과 비교할 때 치매지식에는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 치매지식이 더 필요하리라 예상되는 치매환자 가족들에게도 치매지식교육이 적절하게 이루어지고 있지 않고 있음을 보여주는 것으로서, 치매노인의 이상행동은 본인에게 분명히 알려주고 잘잘못을 고쳐주는 것이 좋다(37.3%)와 같은 내용에 낮은 정답율을 보이는 것은 치매지식의 전반적 부족을 나타내는 것이다. Kim(2000)은 치매환자에 대한 이해부족이 환자를 돌보는 간병자가 부담을 느끼는 원인이라고 주장하였다. 치매에 대한 정확한 지식습득이 치매노인과 그의 가족을 위해서 중요하다 하겠다.

치매지식습득방법으로 대상자들은 73.2%(232명)가 대중매체를 이용하였으며, 주로 TV(61.2%, 141명), 신문(28.4%, 66명), 인터넷(9.5%, 22명)등 이었고, 대상자의 8.7%(91명)는 이웃/친척/친구로부터라고 치매정보를 습득한다고 응답하였다. 건강전문가로부터 정보를 습득한 경우는 총 18.6%(59명)이었는데, 의사(49%, 29명), 간호사(15.3%, 9명), 사회복지사(30.5%, 18명)이었다. 치매정보습득원은 대상자의 교육수준과 결혼 상태에 따라 차이를 나타내어 초중고 졸업집단보다 전문대학 이상 집단이 전문가를 정보 습득원으로 사용하는 비율이 더 높았고(χ^2=7.143, p<.05), 결혼집단이

미혼 혹은 이혼·별거·사별 집단보다 전문가로부터 정보를 습득하는 경향이 더 많았다(χ^2= 14.133, p<.05).

치매지식은 치매정보를 갖고 있는 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 높게 나타났으며(t=3.341, p<.01), 대상자들의 치매지식은 전문가가 포함된 집단(전문가, 대중매체+ 전문가, 대중매체+ 전문가+ 이웃)과 전문가가 포함되지 않은 집단(대중매체, 이웃/친척/도우미, 대중매체+이웃)간에 통계적으로 유의한 차이가 있어(t=3.184, p<.01), 전문가로부터 정보를 받는 경우가 그렇지 않는 경우보다 치매에 관해 더 정확하게 지식을 보유하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 치매지식 습득에 있어 정보를 누구로부터 받느냐가 중요하다고 볼 수 있다. 그러므로 대상자에게 치매지식의 전달을 위한 전문가에 의한 교육이 필요하며, 교육에는 대상자의 교육수준과 결혼상태에 대한 고려가 필요하다. 또한 대중매체를 통한 치매지식 습득유형이 매우 높으므로(73.2%) 인터넷 등 웹 기반 교육매체 활용도 충분히 고려할 필요가 있다.

이상의 결과를 종합해보면 중년기 성인들은 치매란 어떤 질환인지와 그 원인은 무엇인지, 원인에 따른 증상의 차이, 적절한 치료관리에 대해 정확하게 알고 있지 못하였다. 주목할 만한 것은 치매가 진단되면 가능한 처음부터 병원에 입원치료를 해야 한다고 인식하고 있는 사람이 66.8%나 된다는 사실이다. 이것은 지역사회 내에 치매노인이나 가족을 도울 수 있는 여러 기관과 시설이 있음에도 불구하고 이러한 정보가 아직까지 널리 알려져 있지 않다는 것을 보여주는 것이다. 따라서 치매관련 시설의 이용이나 사회보호제도 등에 대한 지역적·국가적 홍보방안과 최신 치매관련 지식을 교육하는 체제가 구축되어야 할 것으로 판단된다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 치매노인의 주 간호자의 역할을 맡고 있는 중년성인을 대상으로 치매지식수준을 확인하고 이에 영향을 미칠 수 있는 관련 요인을 파악함으로써 치매에 관한 교육의 필요성과 교육방법의 기초자료를 제시하고자 실시되었다. 경남의 M와 K시에 거주하는 만 35세 이상 65세 미만의 임의 표집 된 중년성인 397명을 대상으로 치매지식측정용 설문지를 사용하여 2004년 5월 17일부터 6월 7일까지 자료를 수집하였다. 통계적 처리는 SPSS WIN 11.0을 이용하여 빈도와 백분율, 최대값 및 최소값을 산출하였고, 측정치의 차이검증은 χ^2-test, t-test, ANOVA, Duncan 사후검증을 실시하였다.

본 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 중년기 성인의 치매지식은 정답율 68.7%이었고, 치매지식의 영역별 정답율은 질병 68.0%, 증상 68.3%, 치료관리 66.7%, 간호 71.7%이었다. 대상자는 나이가 많을수록 교육수준이 낮을수록 치매지식의 정답율이 낮았으며, 특히 45세 미만집단보다 45세 이상 집단의 치미지식이 유의하게 낮았다. 직업별로는 농어촌 축산업 및 생산직, 직업이 없는 경우가 전문직에 종사하는 경우보다 정답율이 낮았고 이혼, 사별, 별거 중에 있는 대상자들의 지식의 정답율이 낮았다.

둘째, 대상자는 성별, 연령, 교육, 결혼상태, 직업, 월수입별 치매수발 경험은 차이가 없었으며, 부모 중 치매의 질환을 앓고 있거나 치매로 인한 사망한 경험의 유무, 치매 수발 경험 유무에 따른 치매지식도 차이가 없었다.

셋째, 대상자는 전문가, 티브이, 신문, 인터넷 등으로부터 치매정보를 갖고 있는 집단의 치매지식 수준이 높았는데, 특히 대상자의 교육수준이 높을수록, 미혼이든 결혼 했든 결혼상태가 안정된 집단이 사별, 별거, 이혼 집단보다 치매지식이 더 높았다. 또한, 대상자의 치매지식은 전문가가 포함된 집단이 그렇지 않은 집단보다 더 높았다.

결과적으로 중년기 성인의 치매지식은 보통수준으로 치매지식 전 영역에 걸쳐 올바른 지식 습득을 위한 교육접근방법이 마련되어야 할 것이다. 중년기 성인의 치매지식수준에 인구학적 관련 요인으로는 연령, 직업, 결혼상태, 학력, 월소득 등이며, 노인부모와의 동거여부는 치매지식수준과는 무관하였다. 따라서 45세 이상의 연령집단, 직업이 없는 사람, 저학력자, 배우자와 별거, 이혼, 사별 중인 경우와 저소득자인 대상자에게 더욱 많은 교육기회와 적절한 정보가 제공되어야 할 것이며, 이에 따른 개별교육 프로그램이 마련되어야 하겠다. 대상자들은 전문가로부터 치매정보를 습득하는 경우에 치매지식의 정답율이 높았지만, 치매간호경험여부는 치매지식수준과 관련이 없었다는 점을 고려할 때 단순한 치매간호경험보다는 체계적인 교육이 사전에 필요함을 시사한다. 또한, 대상자들의 치매에 대한 정보습득은 대중매체 의존도가 매우 높으므로 치매지식을 교육하는 방법에 있어 TV, 웹 등의 다양한 매체와 전문가 집단의 활용이 정확하고 올바른 치매지식의 전달에 보다 효과적으로 보인다. 치매의 경우 누구에게나 발병할 수 있고 조기발견과 병의 경과에 따른 적절한 관리와 대처가 무엇보다도 중요

하므로 치매를 사회적 문제로 인식하고 개인, 가족, 지역사회와 정부가 함께 공조하여 치매에 대한 적극적 홍보와 대중적 교육이 필요할 것으로 판단된다. 아울러 치매 관련 교육프로그램을 운영할 수 있는 전문 인력 양성이 필요하리라 본다. 또한 본 연구의 표집의 국지성을 극복하고 치매에 관한 지식수준 측정을 위하여 표준화된 도구 개발을 위한 후속연구가 필요하다.

References

Chang, B. W. (2003) *Policy direction of long-term care-aids for the elderly.* Paper presented at the forum for systematization of professionals in care for seniors of the Ministry of Health & Social Welfare and KDI.

Cho, H. O. (1999). *A study on public's knowledge of and attitude towards dementia.* Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.

Cho, Y. H (2001). *Geriatric nursing*. 3rd ed. Seoul; Hyunmoon Company.

Han, D. H. (1994). A study on the elderly attitudes toward senile dementia, *J. of Korea Gerontological society, 14*(1), 69-83.

Health and welfare service in Korea(2004, May 6). Korean Nurses Assoc. News. p.4.

Jo, N. O. (1996).. *A study of the dementia patient's family experience and their nursing needs.* Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University of Korea, Seoul.

Joo, H. S. (2004). *Research on social problems with dementia and solutions for improvement-concentrating on public understanding of dementia*, unpublished master's thesis, Incheon University of Korea, Incheon

Kim, J. H. (1999). Family care: Handbook of caregiving for dementia patients. Seoul: Korean Nurses Assoc. Press.

Kim, J. S., Hwang, J. K, Kim, S. I., & Han, S. H. (2002). *Introduction to lifelong education,* Seoul: Kyo-Yook Gwa-Hak-Sa Co.

Kim, N. C. (1999). A study on the knowledge and attitude about senile dementia of the elderly. *J Korea Community Health Nursing Academic Society, 13*(2), 1-11

Kim, Y. H. (2000). Stress and Morbidity in Dementia Caregivers, *J. of Korean Geriatric Psychiatry, 4*(1), 34-38.

Korean language dictionary (2006). http://krdic.daum.net/dickr/view

Lee, I. J. (2002). *A Research on the Understanding of Dementia by the Aged.* Unpublished master's thesis, Hallym University of Korea, Chunchon.

Lee, S. S. (2001). *A study on the level of knowledge towards Alzheimer Dementia.* Unpublished master's thesis, Mokwon University of Korea, DaeJeon.

Lee, Y. S. (2001). *A study on the maintenance responsibility of families who have a member with senile dementia.* Unpublished master's thesis, Donga University of Korea, Busan.

National Statistics Office (2004). *Statistics on the aged*, Seoul, Republic of Korea

Oh, B. H., Kim, H. S., Kim, J. H., Cho, H. S., Cho, K. H., Cho, H. S., & Yoo, K. J. (1998). Epidemiologic study of cognitive impairment and depressive symptoms of the elderly in a Korean Rural Community, *J. of Korean Geriatric Psychiatry, 2*(2), 176-186.

Oh, K. B. (2001). *A study of cognition on South Korea Government's Elderly Policy related with dementia.* Unpublished doctoral dissertation, Dongguk University of Korea, Seoul.

Park, M. K. (2001). *Study in plan for the improvement of welfare program for the aged with dementia*, Unpublished master's thesis, KyungHee University of Korea, Seoul.

Rudd, M. C., Viney L. L., Preston C. A. (1999). The grief experienced by spousal caregivers of dementia patients: The role of place of care of patient and gender of caregiver. *Int. J Aging Hum Dev.* 48. 217-240.

Suh, G. H., & Shah. A. (2001). A review of

epidemiological transition in dementia-cross-national comparisons for the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 4-11

Suh, G. H. (2002). Demential in Korea : Trend and Projection, *J of Korean Geriatric Psychiatry, 6*(2), 79-87

Yun, J. (1985). *Adult & Aged Psychology*. Seoul: Chung-Ang-Jeok-Seong Publishing Company.

- Abstract -

Dementia Knowledge and Related Factors in Middle-aged Adults

Kim, Jeong Ah·Ko, Ja Kyung***
*Moon, Suk Nam****

Purpose: The purpose of this study was to identify the level of knowledge about dementia and to find the related factors in middle-aged adults. **Method:** The research design was a descriptive study by using a constructive self-report questionnaire with 34 items. Data were collected from 397 middle-aged adults using structured questionnaire. Data analysis was done by SPSS/WIN Programs using frequency, range from minimum to maximum, percentage, mean, SD, χ^2-test, t-test, ANOVA, and Duncan's Multiple Range test. **Results:** The rate of correct answer of middle-aged adults was 68.7%, showing the mid-level of knowledge about dementia. There were significant differences according to age, education, marital status, job, income, information and information sources for dementia in middle-aged adults. **Conclusion:** These results indicate that Korean middle-aged adults need more education and counseling on dementia. Further studies are needed to overcome regionalism in sampling of this study and to develop standard measuring tools for the level of knowledge about dementia.

Key words : Dementia, Knowledge, Middle-aged adult

* Associate Professor, Department of Nursing, Semyung University
** Assistant Professor, Department of Nursing, Ko-je college
*** Instructor, Armed Forces Nursing Academy