

**2018. 조사연구보고서**

---

정신건강과 치매관련 요인이 치매태도에  
미치는 영향 연구

A Study on the Effects of mental health and dementia risk factors on  
dementia attitude

책임연구 | 조추용(꽃동네대학교 사회복지학부 교수)

공동연구 | 권용정(충청북도광역치매센터 사무국장)



본 보고서는 충청북도사회복지협의회의 연구용역 의뢰를 받아 수행한 연구의 결과입니다. 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 충청북도사회복지협의회의 공식적인 입장이 아님을 밝혀드립니다.

## 제 출 문

---

충청북도사회복지협의회 귀하

본 보고서를 『정신건강과 치매관련 요인이 치매태도에 미치는 영향 연구』 연구용역의 최종보고서로 제출합니다.

2018. 12. 19.

연구자 : 조 추 용

(꽃동네대학교 사회복지학부 교수)

---

# 2018 조사연구사업 **목 차**

I. 서론 .....	1
II. 이론적 배경 .....	5
1. 치매에 대한 이해 .....	7
2. 충북의 치매정책 .....	16
3. 치매태도, 정신건강, 치매위험인자와의 관계 .....	20
III. 연구방법 .....	25
1. 조사대상 및 조사방법 .....	27
2. 변수의 설정 .....	27
3. 분석방법 .....	28
IV. 연구내용 .....	29
1. 조사대상의 인구학적 특성 .....	31
2. 운동, 수면, 주관적 건강상태, 정신건강 .....	33
3. 치매의 태도 .....	37
V. 결론 .....	41

1. 연구의 요약 및 논의 .....	43
2. 정책적 실천적 제언 .....	44
3. 연구의 한계 .....	46
<참고문헌> .....	47
부록(설문지) .....	51

# | 표 목 차 |

〈표 2-1〉 혈관성 치매와 알츠하이머형 치매의 구분 .....	8
〈표 2-2〉 노인인구와 치매·경도인지장애노인 유병율 추계 .....	13
〈표 2-3〉 2016~2017년 충청북도 시군구 치매유병율과 치매(추정)인구 .....	15
〈표 2-4〉 치매관리 추진체계 .....	16
〈표 2-5〉 충청북도 유관기관 치매관련 사업 현황 .....	19
〈표 4-1〉 조사대상자의 일반적 사항 .....	31
〈표 4-2〉 운동 기술통계 .....	33
〈표 4-3〉 연령에 따른 운동 교차분석 .....	33
〈표 4-4〉 수면 기술 .....	34
〈표 4-5〉 연령에 따른 수면의 질 .....	34
〈표 4-6〉 주관적 건강상태 기술통계 .....	35
〈표 4-7〉 연령에 따른 주관적 건강상태 .....	35
〈표 4-8〉 정신건강 기술통계 .....	36
〈표 4-9〉 치매태도 평균 .....	37
〈표 4-10〉 치매태도에 따른 변수별 차이 : 일원배치분산분석 ·	38
〈표 4-11〉 치매태도에 따른 변수별 상관관계 .....	39

## | 그림 목 차 |

[그림 2-1] 연도별 충청북도 치매 및 경도인지장애 인구와 유병율 .....	14
[그림 2-2] 2016~2017년 충청북도 시·군·구 치매(추정) 인구 및 유병율 .....	15
[그림 2-3] 치매관리 추진체계 .....	16
[그림 2-4] 2018년 충청북도 치매관리사업 시행체계 .....	18
[그림 2-5] 충청북도 치매 대상자에 따른 사업 수행 기관 .....	18



## I. 서론





의학기술의 발달과 충분한 영양섭취로 인간의 수명은 지속적으로 늘어나 기대수명 100세 시대를 바라보고 있다. 치매(dementia)란 기질적으로 손상이 되거나 파괴되어 지능, 학습, 언어 등의 인지기능과 인성이 불가역적이면서 점진적으로 손상되며, 이로 인하여 사회적, 직업적 기능 또는 타인과의 관계를 유지하는 능력을 상실하는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다. 즉 성인이 되어서 일어난 지능장애 때문에 일상생활에 지장을 초래하는 상태를 말한다. 정신발육지체증이라 부르는 뇌의 발육과정에 있는 것과 선천적으로 일어나는 지능장애와 구별하기 위해서 성인이 된 후부터라고 말한다. 치매는 태어날 때부터 얻는 병이 아니라 아무 문제없이 생활해오던 사람이 다양한 원인, 특히 노화에 인해 뇌기능이 손상되면서 이전에 비해 인지 기능이 지속적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장을 주는 질병이다. 수명이 늘어남에 따라 노인인구가 급증하고 치매인구 또한 증가추세에 있다. 보건복지부 중앙치매센터의 자료에 의하면 65세 이상 노인인구의 추정 치매 노인수는 2018년 76만명, 2025년에는 무려 104만명이 될 것이며, 특히 85세 이상 어르신의 치매 유병율은 51%로 2명중 1명이 치매로 고통 받을 것으로 보인다. 치매환자 1인당 관리비용이 한해 2054만원에 달한다고 한다. 그간 장기요양 치매등급을 신설하고 치매환자 약값 부담 완화, 가족지원까지 치매보호체계 구축을 위해 노력해 왔지만 치매와 관련된 돌봄 인프라와 의료서비스가 충분치 못해 치매환자와 가족들의 고통이 심화돼 왔다.

치매노인의 수가 급격하게 늘어날 것으로 예상하고 있는 가운데, 문재인정부의 대통령선거 공약으로 치매국가책임제를 선언하여, 전국의 각 보건소를 중심으로 치매노인을 돌보고, 생활을 지원하는 치매안심센터를 설치한다고 한다. 뿐만 아니라 치매국가책임제의 주요내용을 보면, 전국 256개 보건소에 치매안심센터를 설치하여 1대1 맞춤형 상담사례관리를 실시하고, 장기요양서비스 확대, 치매상담 콜센터 운영, 가정에서 돌보기 어려운 치매환자 의료지원 강화를 위한 치매안심요양병원 확대 및 치매 환자가 안심하고 이용할 수 있는 치매 안심형 주야간보호시설과 요양시설을 확충하고, 의료비·요양비부담을 완화하며 전국 350여 개소 노인복지관을 통한 치매고위험군 인지활동서비스 제공으로 치매예방 및 치매 친화적 환경을 조성하는 것 등이다. 그런데 치매노인은 보건 의료적 접근보다는 생활관점으로 치매노인을 돌봐야 한다.

치매노인은 조금 전의 기억이 상실된다. 우리들의 기억에는 수초 전부터 수분 전에 있었던 것을 기억해 두는 단기기억과 어릴 때의 생각 등을 기억해 두는 장기기

억이 있다. 치매의 초기증상은 특히 단기기억에 장애가 있는 것이 특징이고, 이런 것이 일상생활의 여러 가지 장애를 가져오는 계기가 된다. 단기기억의 장애는 결국 ‘조금 전에 물건을 둔 장소, 조금 전에 들은 말, 조금 전에 생각한 것’ 이 생각이 안 나는 것과 같이 ‘조금 전’ 의 기억이 상실되는 것을 가리킨다. 이와 같이 ‘조금 전’ 의 기억이 없어지는 것, 예를 들면 대화를 하고 있어도 처음에 한 말을 잊어버리기 때문에 다음의 예와 같은 앞뒤가 맞지 않은 경우가 있다.

치매노인은 각 가정에서 가족에 의한 돌봄과 지원은 한계가 있고, 어쩔 수 없이 제도적 정책적으로 지원을 받지 않을 수 없다. 특히 치매와 밀접한 관련이 있는 운동이나 수면에 대하여 60세 이상 노인들에게 어느 정도의 영향을 미치는지에 대한 연구는 매우 중요하다. 또한 종속변수인 치매태도에 우울을 포함한 정신건강에 어떠한 영향을 미치는지를 연구하려고 한다. 각각의 변수들은 대개가 개인적인 변수들이지만 치매에 걸린 노인들을 위해서는 제도적 정책적 접근이 필요하다.

따라서 본 연구는 치매관련 요인으로서 운동과 수면, 그리고 정신건강이 치매태도에 어떠한 영향을 미치는지를 알아보고, 그에 적합한 정책적 실천적 제언을 모색하는 것이 연구의 목적이다.

## II. 이론적 배경

1. 치매에 대한 이해
2. 충북의 치매정책
3. 치매태도, 정신건강, 치매위험인자와의 관계





# 1. 치매에 대한 이해

## 1) 치매의 원인과 유형

치매란 성인이 되어서 일어난 지능장애 때문에 일상생활에 지장을 초래하는 상태를 말한다. 정신발육지체증이라 부르는 뇌의 발육과정에 있는 것과 선천적으로 일어나는 지능장애와 구별하기 위해서 성인이 된 후부터라고 말한다. 치매노인들은 의사로부터 병을 진단받은 후 초조, 우울, 두려움, 좌절, 당황, 불안정, 고립, 가치없음과 같은 부정적 감정을 경험하고, 가족은 앞으로의 대처와 마주할 환경과 상황에 당황하고 막막해 한다. 치매가 되면 지능의 장애가 진행하여 일상생활에 지장을 초래한다. 노인이 되면서부터 일어나는 치매는 기억장애가 현저한 것이 특징이다. 소위, 건망성 치매라 부르고 있는 것처럼 잘 잊어버리는 것이 특징이다. 건강한 노인에게 일어나는 물건을 잘 잊어버리는 것과 잘못 인식하는 것은 다소의 부자유는 있어도 일상생활을 영위하는 데는 지장은 없다. 그러나 치매의 건망증은 일상생활에 지장을 초래할 정도로 극단적인 기억장애이다. 이러한 판단장애, 기억장애는 치매의 주요한 특징이다.

치매는 신경퇴행으로 인한 임상증후군으로, 인지능력 및 독립적 일상생활의 어려움을 겪게 되는 질환임. 노년기에 주로 발생하는 진행성 만성질환인 치매는 인구가 고령화됨에 따라 유병률에 중대한 영향을 미치고 있음(Prince, M. et al., 2013, 김시경 외, 2018 재인용).

또한 치매는 정상적으로 발달과정을 거쳐 성숙한 뇌가 외상, 질병 등 후천적인 요인으로 인해 손상되어 인지능력이 저하되는 임상 증후군이기 때문에 다양한 위험요인에 영향을 받음. 임상양상은 초기에 주로 기억장애가 나타나고 중기에는 행동 및 정신장애, 말기에는 신체장애가 동반되어 증상이 복합적으로 나타남(오병훈, 2009).

치매의 원인은 퇴행성 질환, 내분비 질환, 혈관성 질환, 영양결핍, 알콜 및 중금속 약물 중독, 뇌종양, 뇌외상, 각종 감염 질환, 기타 뇌수종, 저산소증, 탈수초화 등 60여 가지 이상의 원인에서 발생하는 신경정신계의 대표적인 질병이다. 그 중에서도 노인성 치매의 원인으로 가장 중요시 되는 것은 치매노인의 50~60%를 차지하는 일차적 퇴행성 치매(primary degenerative dementia)인 알츠하이머(Alzheimer)병과 10~20%를 차지하는 뇌동맥경화증 및 뇌혈관장애가 원인이 되는 혈관성치매 중에

서 다발성 경색성치매(multi-infarct dementia)가 대표적이다. 알츠하이머병은 유전적 요인, 아주 느린 속도의 바이러스 감염(20-30년의 잠복기), 면역체계 변화, 뇌세포에 알루미늄 과다축적 그리고 심리사회적인 문제 등에서 그 원인을 찾아보려고 노력하고 있으나 아직 확실한 대답을 찾지 못하고 있다. 알츠하이머치매와 혈관성 치매를 구분하면 다음의 표와 같다.

<표 2-1> 혈관성 치매와 알츠하이머형 치매의 구분

구분	혈관성 치매	알츠하이머형 치매
나타나는 연령·성차	60-70세, 남성>여성	70세 이상, 남성<여성
경과	단계별로 좋아지기도 하고 나빠지기도 하면서 진행	완만하게 확실히 진행
병의 인식	초기에 인식함	인정하지 않는 경우가 많음
인격 변화	비교적 적음	가끔씩 선명하게 나타남
자연적인 감정반응	유지됨	기이한 반응, 인격의 황폐화
치매의 성질	반점 치매	전반적인 치매, 극히 고도화함
자각(초기)증상	머리가 무거움, 어지러움, 건망 등	없음
신경증상	편마비, 파킨슨병, 가성구마비, 보행실조	초기에는 나타나지 않음
합병신체질환	고혈압, 당뇨병, 심장질환, 동맥경화증, 견(肩)경화증	없음
특징적인 증상·상태	감정실금, 우울상태, 섬망	침착함이 없고, 내용없이 다변기 이하고, 걱정이 많음
화상진단조건	다발경색(다발경색성 치매), 뇌실 확대	국재(局在)조건이 없는 대칭성, 전반성 뇌위축(뇌구개대+ 뇌실확대)

자료: 조추용·최현자 역(2002)

이와 같이 치매유형으로 임상적 증후군은 다양한 병태생리학적 과정으로 인한 것이기 때문에 종류가 다양하다. 앞에서 언급한대로 가장 흔한 것이 알츠하이머 치매이고, 그 다음으로 흔한 것이 혈관성 치매이다. 그 밖에도 루이체 치매, 전측두엽치매 등이 있다(Cunningham EL et al, 2015; 김시경 외, 2018 재인용). 알츠하이머병 치매(Alzheimer's disease dementia)는 20세기 초반에 발견된 노인성 치매로 치매의 종류들 중에서도 가장 높은 비율(약 55-70%)을 차지하고 있다(중앙치매센터, 2018). 이러한 알츠하이머병 치매는 나이가 드는 것, 즉 고령이 위험요인이며 여성의 이환률이 남성보다 1.5배 높다(조맹제, 2009). 혈관성 치매(Vascular dementia)는 두 번째로 흔한 치매의 한 종류로, 약 15%정도를 차지하고 있음. 혈관성 치매의 경우 인지



적 변화가 같은 조건의 알츠하이머 치매에서보다 훨씬 다양하게 나타나고, 혈관에 영향을 받는 특정 신경기질에 의존함. 일반적인 치료는 적기의 진단과 합병증 관리, 독립성 극대화 등을 포함하여 일반적 관리원칙 등이 알츠하이머 치매와 비슷하게 적용된다(O'Brien and Thomas., 2015; 김시경 외, 2018 재인용).

## 2) 치매의 진행단계(조추용·최현자 역, 2002)

치매는 그 원인질환에 의한 장애의 정도에 따라서 3단계로 구분한다. 그 단계에 따라 진행해 가는데 각각의 기간의 길이는 개인차가 있다. 알츠하이머형 치매를 예를 들면 건강한 노인의 건망증이 과장된 상태의 건망기, 정보가 잘 판단되지 않기 때문에 혼란상태에 빠지는 혼란기, 일상생활에 항상 케어가 필요한 치매기의 3단계로 나눈다. 건망기에서 치매기가 되기까지 짧은 사람은 3~4년, 긴 사람은 십수년이 걸린다. 또 건망기가 긴 사람이 있는 반면 혼란기가 긴 사람도 있다.

### (1) 건망기(초기)

보통 건망증이 심해진 것처럼 보이는 초기단계이다. 특히 체험한 것을 전부 잊어버린다거나 같은 것을 몇 번이고 묻게 된다. 또 단순한 물건과 사람의 이름을 생각해내지 못하고 이것, 저것, 이 사람과 같은 대명사가 많이 나온다. 더욱 작화증이라고 말을 만들어내는 경우도 있다. 예를 들면 병원에 갔다 왔는데 “옛 친구와 만나서 식사를 했다.”와 같은 작화가 극히 자연스럽게 나온다. 이 시기부터 간단한 계산도 할 수 없게 된다.

### (2) 혼란기(중기)

지능장애가 더욱 진행하면 정보에 대한 올바른 판단을 할 수 없게 되는 혼란상태에 빠진다. 그 때문에 망상, 환각, 문제행동이 일어난다. 또 이 시기에 판단력 상실이 일어난다. 처음에 시간을 모르게 되고 다음에 장소, 사람의 순으로 판단력을 상실하게 된다. 예금통장을 어딘가에 놓아둔 것을 잊어버리고 도적맞았다고 소리 지르는 도적망상, 자신의 집에 있으면서 집에 가고 싶다고 말해 주변사람을 곤혹스럽게 만든다. 또 집안사람이 모르는 가운데 외출하여 길을 잃어 버리고 경찰의 보호를 받거나 배회한다. 밤에 환각이 일어나거나, 겁이 나서 떠들거나, 집안사람을 못

자게 하는 상태도 나타난다. 또 과거가 현재에 들어와서 몇 년 전에 퇴직을 했는데 아침이 되면 회사에 간다고 출근준비를 하기도 하고, 불결행동, 예를 들면 변을 손으로 빼내려고 하는 것, 변을 만지는 것 등도 나타난다. 이 시기는 케어를 하는 가족과 주변사람들에게 가장 곤란한 시기이다.

### (3) 치매기(말기)

자신의 이름도 모르고 동거하고 있는 가족도 구분하지 못하게 된다. 그리고 말한 것을 거의 이해하지 못하고 말하는 언어는 의미없는 단순한 말의 나열에 지나지 않는다, 또 자신의 집 화장실이 있는 장소도 모르고 항상 케어가 필요한 상태이다. 많게는 소변과 대변의 실금도 생긴다. 얼마 안 가서 체력도 차츰 쇠약해지고 잠만 자는 경우가 많아지고 결국 와상상태가 된다. 또 면역기능도 저하하기 때문에 감염상태에 빠지게 된다.

### 3) 치매의 특징(조추용·최현자 역, 2002)

노인성 치매는 건망성 치매라고 하는 것처럼 건망증이 특징이라고 할 수 있다. 치매의 건망증은 ‘전체적인 것을 잊어 버린다’, ‘건망증에서 지능장애로 진행한다’, ‘잊어버리는 것을 자각할 수 없다’ 는 세 가지 특징이 있고, 이것이 치매의 핵심증상이다. 그것 외에 감정장애와 문제행동(행동장애)이 보이나 이것은 치매에 수반되어 나타나는 부차증상으로 주변증상이라 부른다. 치매 건망의 특징에 대해서 조금 더 상세히 언급하고자 한다.

#### (1) 전체적인 건망증

‘드라마틱한 건망증’ 이라고 표현하고 있는 것처럼 주위사람들이 놀랄 정도로 잘 잊어버린다. 예를 들면 가족과 함께 저녁을 먹었는데 아직 먹지 않았다고 한다. 점심때 무엇을 먹었는지 생각이 나지 않는 것은 체험한 것을 일부를 잊어버린 것에 지나지 않으나 점심을 먹었다는 체험전체를 잊어버린 것이다. 결국 에피소드를 잊어버리는 것과 같다. 이 때문에 에피소드 기억장애라 한다. 치매의 건망증은 조금전의 에피소드를 잊어버리는 것에 있다. 또 이런 경우도 발생한다. 환자와 대화 중에 전화가 걸려와서 환자에게 ‘전화가 걸려와서 잠깐 기다려주십시오’ 라고 말하고

전화를 받고 3분이 안 걸려 돌아와서 대화를 계속하라고 하면 환자는 ‘처음 뵙겠습니다’ 라고 말한다. 조금 전의 체험은 전부 잊어버린 것이다. 치매의 체험은 완전히 잊어버리는 것으로서 과거부터 현재, 그리고 미래로 연속하는 선이 없다. 그때의 현재라는 선밖에 존재하지 않는다. 이러한 상태가 되면 일상생활에 큰 지장을 초래한다.

## (2) 건망증에서 지능장애로 진행

치매는 증상이 진행되는 병이다. 단순히 건망증뿐만 아니라 지능장애로 진행한다. 가장 먼저 혼란을 일으키는 것이 시간이다. 처음에는 오늘이 몇 월 몇 일인지 정확히 모르게 되고, 더욱 치매가 진행하면 하루일과 중의 시간감각도 없게 된다. 예를 들면 날씨가 나쁘고 어두우면 아침에 일어나지도 않고 저녁이라고 생각하여 덧문을 닫아버린다. 그러한 치매의 진행에서 세월이 가는 것도 잊어버리게 된다.

다음에 잊어버리게 되는 것이 장소에 대한 분별력이다. 처음에는 많이 가보지 않은 장소에서 길을 잃어버리고, 후에는 직장에서도 돌아오지 못하게 된다. 예를 들면 항상 오후 6시에 집에 돌아오는 사람이 심야에 택시에 실려 피곤에 지쳐서 돌아오면서 ‘돌아오는 길을 몰라서 이리저리 헤매다가 할 수 없이 택시로 돌아왔소’ 라고 한다. 그것이 진행하면 자신의 집 근처에 담배를 사러 가서도 돌아오지 못한다. 그리고 자신의 집안에서도 헤매게 되고 화장실이나 목욕탕도 모르게 된다. 이렇게 치매는 건망증뿐 아니라 간단한 암산이 되지 않고, 판단력이 서지 않고, 시간과 장소를 모르게 되는 등 지능의 장애가 진행한다.

## (3) 잊어버리는 것을 자각할 수 없음

건강한 사람의 건망증의 경우는 자신이 잘 잊어버리는 것을 알고 그것을 걱정하지만 치매의 경우는 자신이 잊어버리는 것 자체를 잊어버리고 자각할 수 없다. 자각할 수 없기 때문에 주위 사람들이 주의를 주어도 이해할 수 없고, 반성하는 것도 불가능하다. 다만 초기 치매에는 자신의 장애로 인하여 주변사람에게 부담을 준다는 것을 깨닫고 고민하는 경우도 있다. 또 때로는 비관하여 우울상태에 빠지고, 자살하는 경우도 있다.

#### (4) 문제행동 발생

치매가 진행하면 이상과 같은 판단력장애와 기억장애 때문에 불안을 느끼고 혼란 상태에 빠지고 그것이 문제행동을 야기하는 원인이 된다. 예를 들면 물건을 놓아둔 장소를 잊어버리고 타인이 도적질했다고 생각하는 도적망상, 충동적으로 외출하거나 목적도 없이 계속 걷는 배회, 밤이 되면 환각을 일으키거나 겁을 먹고 소리를 지르는 섬망 등이 지능장애와 함께 나타난다.

#### 4) 치매의 중심증상

##### (1) 기명력 · 기억력장애

전문의가 치매를 진단할 때 가장 중요한 포인트의 하나는 본인의 것을 기억하는 능력(기명력)과 기억한 것을 유지하는 능력(기억력)이 정상이 아닌가를 알아보는 것이다. 어떤 것을 잊어버리는 것은 결국 주로 이 두 능력이 쇠퇴하든가 상실되는 상태를 가리킨다고 생각해도 좋다.

##### (2) 판단력 장애

판단력은 ‘판단’을 하는 능력을 말하고, 시간, 장소, 타인과 자신과의 관계가 정확하게 인식하지 못하는 상태를 판단력장애라고 부른다. 치매를 진단하는 경우, 판단력이 장애되어 있지 않나, 장애가 있다고 하면 어떤 판단력을 상실하고 있는가 알고 있지 않으면 안 된다.

##### (3) 사고력 장애

판단력과 사고력의 장애로 자신이 놓여진 상황을 올바르게 판단 못하고 체계적으로 일을 생각하지 못하게 되는 것도 치매를 진단하는 데 중요한 포인트가 된다. 예를 들면 녹차를 마시러 부엌에 가서는 실제로 부엌에 서고 보면 무엇을 하러 왔는가 생각이 나지 않는 사람의 예를 들었다.

##### (4) 계산력 장애

정상인이면 슈퍼 등에 가면 손에 쥘 상품의 금액을 대략 합계하면서 상자에 넣고 미리 정한 예산 안에서 쇼핑을 할 것이다. 치매노인의 경우 병에 걸리기 전에는 개략적으로 계산을 할 수 있었는데 이러한 간단한 계산을 할 수 없는 경우가 있고, 또 더하기보다 빼기 쪽이 더 장애를 입기 쉽다.

5) 충청북도 치매유병율

(1) 현황

<표 2-2> 노인인구와 치매·경도인지장애노인 유병율 추계

구 분		연도		2016	2017	2018	2019	2020	2030	2040
		전국		6,762,842	7,075,518	7,380,520	7,693,721	8,133,668	12,955,095	17,120,010
노인인구*	인구	총	인구(명)	234,312	244,713	254,010	264,590	278,170	451,182	615,379
		북	전국비율(%)**	3.46	3.45	2.87	2.83	2.81	3.48	3.59
	고령 화율***	전국(명)	13.20	13.75	14.29	14.85	15.65	24.47	32.80	
		충북(%)	14.68	15.25	15.75	16.32	17.07	26.39	35.42	
치매인구****	치매 환자	전국	인구(명)	658,225	703,968	748,946	791,228	836,834	1,367,652	2,176,558
			유병율(%)	9.73	9.95	10.15	10.28	10.29	10.56	12.71
		충북	인구(명)	24,817	26,367	27,906	29,365	30,878	47,909	77,875
			유병율(%)	10.59	10.77	10.99	11.10	11.10	10.62	12.65
	경도 인지 장애 노인	전국	인구(명)	1,518,269	1,592,944	1,665,755	1,747,229	1,846,372	2,888,922	4,031,379
			유병율(%)	22.45	22.51	22.57	22.71	22.70	22.30	23.55
		충북	인구(명)	53,870	56,475	58,708	61,381	64,279	99,622	144,901
			유병율(%)	22.99	23.08	23.11	23.20	23.11	22.08	23.55

\* 통계청, 2017년 6월 장래인구추계

\*\* 전국 노인인구 대비 충북 노인인구 비율

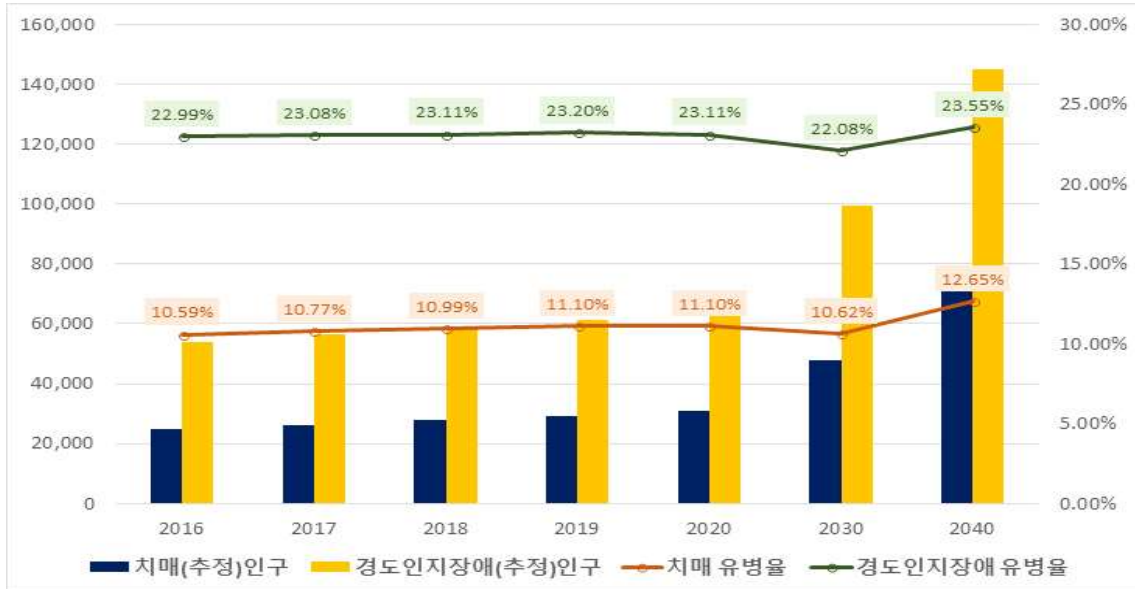
\*\*\* 전체인구 대비 65세 이상 인구 비율

\*\*\*\* 중앙치매센터(2016) 치매 유병율 조사에 의함.

자료: 김시경 외, 2018

2018년 전국의 65세 이상 노인인구는 7,380,520명이고, 충청북도의 65세 이상 노인 인구는 254,010명이다. 고령화율 비교에서 전국 14.29%, 충청북도가 15.75%로 1.46% 높다. 2018년의 치매인구는 전국 748,946(10.15%)명, 충청북도가

27,906(10.99%)명으로 충청북도가 0.84% 높다. 경도인지장애인구 또한 전국이 1,665,755(22.57%), 충청북도가 58,708(23.11%)명으로 충청북도가 0.54% 높다. 2016년~2040년까지의 인구추계를 이용한 치매유병율, 경도인지장애노인 추정치는 <표 2-2>와 같고, 충청북도 치매유병율 변화는 [그림 2-1]과 같이 증가 추세에 있다.



[그림 2-1] 연도별 충청북도 치매 및 경도인지장애 인구와 유병율

## (2) 시군구별 치매 유병율 현황

2016년부터 2017년까지의 충청북도 시·군·구별 치매유병율과 치매(추정)인구는 <표 2-3> 및 [그림 2-2]과 같다. 시·군·구 치매유병율과 치매(추정)인구는 2016년 중앙치매센터에서 수행된 치매 유병율 조사를 기반으로 작성된 자료이며, 인구추계가 아닌 실제 주민등록인구를 적용한 추정치이다<sup>1)</sup>. 2017년을 기준으로 치매유병율이 가장 높은 지역은 보은군(12.43%)이었고, 이 지역은 전체인구대비 65세 이상 노인인구가 약 30%에 육박하고 있다. 반대로 치매유병율이 가장 낮은 지역은 청주시 흥덕구(10.03%)였으며, 약 9%의 고령화율을 보이고 있다.

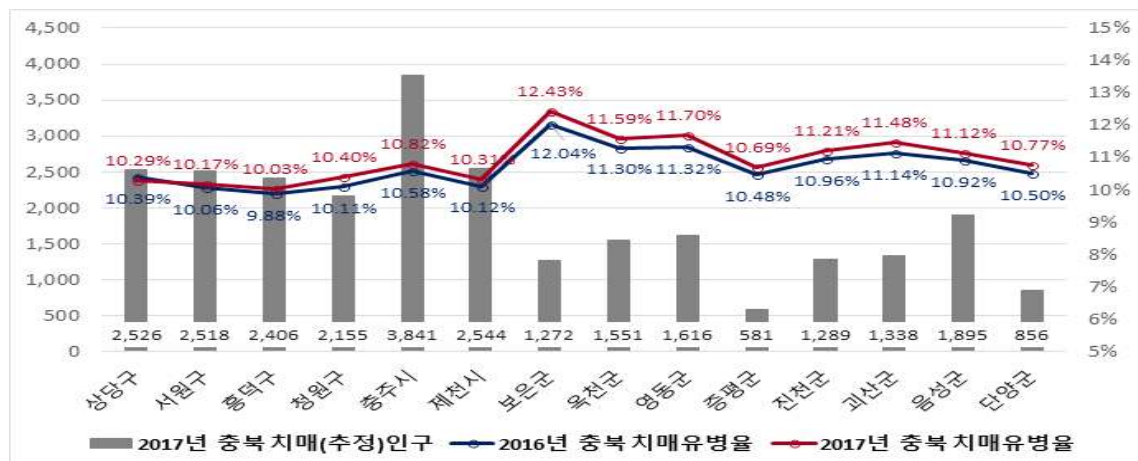
1) 중앙치매센터의 2016년 치매유병율 조사에 의한 것이다. 시도 치매유병율 조사에서 사용한 통계청 장래인구 추계와 달리 시군구 치매유병율에서는 통계청 주민등록인구(연앙인구)를 사용에 따라 전국 및 충청북도 노인 인구와 치매·경도인지장애노인 유병율 추계에서 제시된 충청북도 치매유병율과 차이가 있다.

<표 2-3> 2016~2017년 충청북도 시군구 치매유병율과 치매(추정)인구

구분	2016년				2017년			
	전체인구	65세 이상 노인인구	치매유병율	치매환자(추정)인구	전체 인구	65세 이상 노인인구	치매유병율	치매환자(추정)인구
충청북도	1,577,149	235,762	10.57%	24,909	1,582,443	244,520	10.79%	26,388
상 당 구	173,846	23,082	10.39%	2,399	171,216	23,856	10.29%	2,526
서 원 구	217,269	23,734	10.06%	2,387	215,660	24,756	10.17%	2,518
흥 덕 구	252,102	22,872	9.88%	2,260	252,342	23,993	10.03%	2,406
청 원 구	185,558	19,754	10.11%	1,998	191,438	20,732	10.40%	2,155
충 주 시	206,784	34,142	10.58%	3,613	206,912	35,504	10.82%	3,841
제 천 시	135,290	23,631	10.12%	2,391	135,469	24,672	10.31%	2,544
보 은 군	33,930	10,064	12.04%	1,212	33,828	10,233	12.43%	1,272
옥 천 군	51,881	12,995	11.3%	1,468	51,587	13,385	11.59%	1,551
영 동 군	50,237	13,566	11.32%	1,536	50,011	13,809	11.70%	1,616
증 평 군	36,808	5,200	10.48%	545	37,357	5,435	10.69%	581
진 천 군	68,446	11,054	10.96%	1,212	71,295	11,500	11.21%	1,289
괴 산 군	38,540	11,429	11.14%	1,273	38,684	11,653	11.48%	1,338
음 성 군	96,182	16,462	10.92%	1,797	96,632	17,042	11.12%	1,895
단 양 군	30,272	7,780	10.5%	817	30,010	7,952	10.77%	856

자료: 김시경 외, 2018

주민등록 등록 인구를 통해 살펴본 [그림 2-2] 2016~2017년 충청북도 시·군·구 치매(추정)인구 및 치매유병율에서 청주시 일부 행정구를 제외하고 대부분의 지역에서 치매유병율의 상승이 관찰되고 있어 시군 인구 특성에 따른 치매대응이 필요함을 시사한다.



[그림 2-2] 2016~2017년 충청북도 시·군·구 치매(추정) 인구 및 유병율

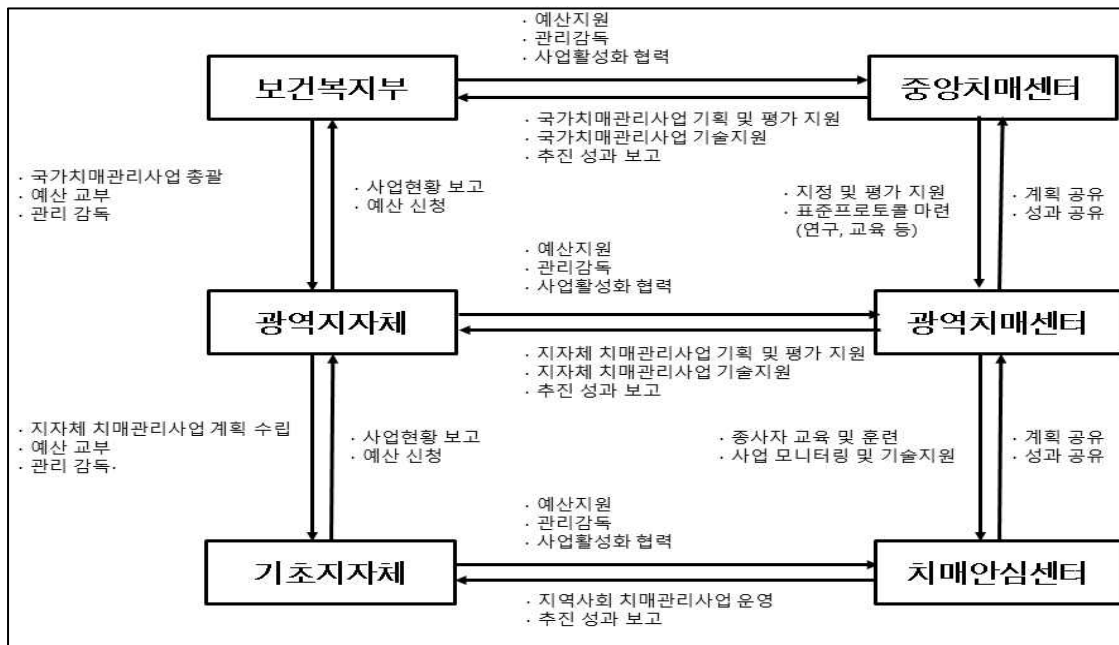
자료: 김시경 외, 2018

## 2. 중복의 치매정책

### 1) 우리나라의 치매관리 추진체계

한국의 치매관리 추진체계는 보건복지부↔중앙치매센터 → 광역지자체↔광역치매센터 → 기초지자체↔치매안심센터 등으로 구성되어 있다.

[그림 2-3] 치매관리 추진체계



<표 2-4> 치매관리 추진체계

구 분	역 할	비 고
보건복지부	국가치매관리사업 총괄 및 전달체계 수립 관리·지원하며, 광역지자체는 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행 및 치매상담센터 설치·운영	
중앙치매센터	국가치매관리사업의 중추적인 기관으로서 치매관련 연구, 사업, 교육 등의 역할을 수행하고, 광역치매센터의 사업수행을 기술적으로 지원	
광역지자체	광역자치단체의 치매관리사업 시행계획 수립 및 시행하며, 광역치매센터 설치 및 운영, 행정적·재정적 관리 및 지원 등의 업무를 수	



	행	
광역치매센터	중앙치매센터와 유기적인 협조체계를 구축하여 치매와 관련한 지역 중심기관으로서의 역할을 수행하고, 광역 및 기초자치단체의 치매관련 대책 수립, 조사 및 교육훈련 등의 지원사업	
기초지자체	기초자치단체의 치매관리사업 시행계획 수립 및 시행하며, 치매안심센터 설치 및 운영, 행정적·재정적 관리 및 지원 등의 업무를 수행	
치매안심센터	지역사회에서 등록관리사업, 치매조기검진사업, 치매환자쉼터, 치매가족지원사업, 치매 인식개선·홍보 사업 등의 업무를 수행하며, 치매환자와 그 가족, 일반시민의 삶의 질 향상을 위한 치매 통합관리서비스를 제공	

자료: 한국사회복지사협회 일본연수팀, 2018

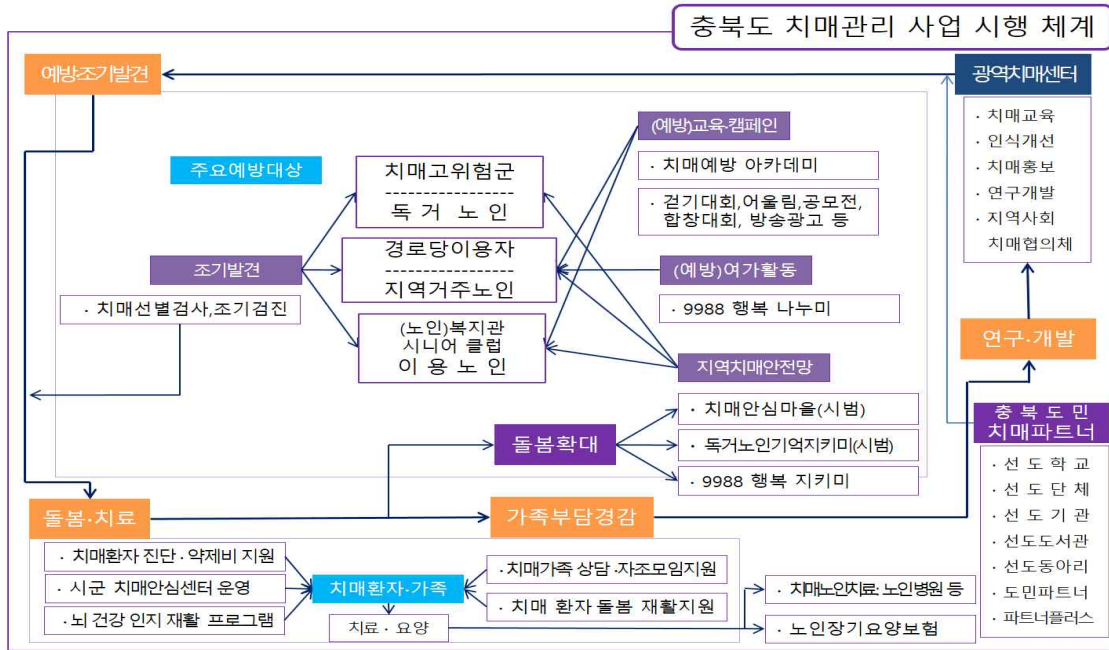
## 2) 충북의 치매정책 내용

충청북도는 치매관리시행계획에 따라 2018년 치매관리사업을 예방 및 조기발견, 치료 및 돌봄 확대, 가족부담 경감, 연구 및 기술지원 강화 등 4개 분야 25개 단위 사업으로 구성한다. 이에 따른 사업비는 국비 15,978백만원, 도비 4,970백만원, 시·군비 14,076백만원, 기타 55백만원 등 총 35,079백만원이다.

충청북도 치매관리시행사업은 제3차 치매관리종합계획<sup>2)</sup>(2016~2020년)과 치매국가책임제<sup>3)</sup>에 맞춰 [그림 2-4]와 같이 구성할 수 있다. 높은 노인인구에 대한 치매예방을 위한 특화 사업으로 충청북도광역치매센터 연구와 사업개발에 따른 치매안심마을, 독거노인기억지킴이 등과 충청북도 중요 시책사업인 9988행복지킴이, 9988행복나누미 등을 기반으로 구성되어 있다.

이러한 특화 사업은 지역 경로당, 노인복지관, 시니어클럽 등 지역사회에서 노인들이 주로 이용하는 접점 복지기관과 연계한 치매예방 및 조기발견 사업을 시행하고 있는데, 이는 타 시도와 차별화 된 치매예방사업이라고 할 수 있다.

- 2) 보건복지부에서 2015년 12월에 발표한 내용으로, 치매환자와 가족이 지역사회에서 편안하고 안전하게 살아가갈 수 있는 사회구현을 위해 지역사회 중심의 치매예방 및 관리, 편안하고 안전한 치매진단·치료·돌봄 제공, 치매환자 가족의 부양부담 경감, 연구·통계 및 기술을 통한 지원 등이 주요 정책과제로 제시되었다.
- 3) 2017년 9월부터 시행된 문재인 대통령의 정책으로, 치매지원센터 확대, 치매안심병원 설립, 노인장기요양보험 본인부담 상한제 도입, 치매의료비 90% 건강보험 적용, 요양보호사 처우개선, 치매환자에게 전문요양보호사 파견 등의 내용들이 담고 있다.



[그림 2-4] 2018년 충청북도 치매관리사업 시행체계

자료: 김시경 외, 2018

또한 충청북도는 [그림 2-5]와 같이 치매환자·보호자, 치매고위험군, 일반노인, 충청북도 도민 등 수요자 중심의 서비스 제공을 하고 있다. 수요자의 영역에 따라 치매안심센터, 지역사회복지기관, 노인회, 보건의료기관, 노인장기요양시설 등의 수행기관을 통해 각 대상에 맞는 치매관련 사업을 추진하고 있다. 본 연구에서는 충청북도에서 추진하고 있는 주요 치매사업을 수요자 중심으로 분석하여 도민의 치매 극복을 위한 충청북도의 노력과 방향을 제시하고자 한다.



[그림 2-5] 충청북도 치매 대상자에 따른 사업 수행 기관

자료: 김시경 외, 2018

치매안심센터사업 이외에도 충청북도에서는 민간위탁 사업을 통해 치매와 관련된 다양한 서비스를 제공하고 있는데, 대표적으로 9988행복나누미, 9988행복지킴이, 노인돌봄 기본 및 종합서비스 등이 있다. 각 시군에서 제공하는 노인돌봄기본 및 종합서비스는 생활관리사가 독거노인의 안전과 일상생활을 살피고 서비스를 연계해주는 사업으로 2018년 상반기 현재 청주시 상당구 및 청원구, 보은군, 옥천군, 진천군, 음성군 등 노인돌봄기본서비스 제공 기관과 충청북도광역치매센터가 맺은 업무협약에 따라 찾아가는 기억지킴이 시범사업이 운영 중에 있음. 자세한 유관기관의 사업 현황은 <표 2-5>에 제시하고 있다.

<표 2-5> 충청북도 유관기관 치매관련 사업 현황

수행기관	사업명	세부내용
시군 노인회	9988 행복나누미	- 대 상 : 경로당 3,444개소(도 전체 4,107개소) - (행복나누미 230명) - 인 원 : 경로당 이용노인 46,430명 - 내 용 : 건강·여가 프로그램, 치매선별검사 등
노인일자리 수행기관	9988 행복지킴이	- 대 상 : 자연마을 내 연중 복지서비스가 필요한 취약노인(독거노인, 치매노인, 거동불편노인 등) - 인 원 : 참여자 5,111명, 수혜자 32,200명 - 내 용 : 취약노인 가구를 방문하여 안부확인, 말벗, 상태점검 등 돌봄 업무수행
12개소 (사회복지 법인)	노인돌봄 기본서비스	- 대 상 : 실제 혼자살고 있는 만 65세 이상 요양서비스 불필요 독거노인 - 인 원 : 450명(서비스관리자 20, 생활관리사 430) - 대상인원 : 11,250명 - 내 용 : 안전확인(방문, 전화), 생활교육, 서비스 연계 등 ※ 안전 확인 중 인지변화를 확인하여 치매위기 대상 발견시 연계
63개소 (재가서비스 시설)	노인돌봄 종합서비스	- 대 상 : 만 65세 이상(장기요양등급 외 A,B 판정받은 전국 가구 월평균소득 150% 이하 노인) - 인 원 : 약 1,310명 - 내 용 : 방문서비스, 주간보호서비스, 단기가사서비스 등

자료: 김시경 외, 2018

### 3. 치매태도, 정신건강, 치매위험인자와의 관계

#### 1) 치매태도

치매에 대한 태도는 치매라는 질병에 대한 사람들의 정서적, 인지적, 행동적 반응이라고 정의내릴 수 있다(O'Connor and McFadden, 2010). 또한 치매에 대한 태도는 치매를 가진 사람들의 적절한 보살핌과 복지향상 등에 있어서 중요한 요소로 작용하기 때문에 치매로 고통받는 환자들, 그리고 이들과 접촉하는 사람들의 치매에 대한 태도가 연구되어야 한다(Coso and Mavrinc, 2016). 치매태도와 관련한 다양한 연구들이 이루어져 왔으며 일반인, 학생, 노인, 치매시설 인력, 의료인 등을 대상으로 치매에 대한 인식, 지식 및 태도를 파악한 연구와 치매태도에 영향을 미치는 요인을 검증한 연구가 주로 이루어져 왔다(김경애 등, 2011; 김정희, 2007; 노효련 등, 2013; 문정희, 2015; 박건우 등, 2010; 박수진 등, 2015; 방현령, 2006; 송영희, 2003; 오미자, 2002; 이수지, 2017; 이혜옥, 2009; 장윤정, 2014; 최정용 등, 2015). 이들 선행연구에 의하면 치매에 대한 지식이 높을수록 태도도 긍정적으로 나타났으며 치매에 대한 태도가 높을수록 치매환자의 행동증상이나 인지증상에 대한 간호 부담감을 적게 느끼는 것으로 나타났다(김지혜, 2018).

치매인식은 치매에 대한 지식정도를 의미하는데, 이는 질병에 대한 단순한 지식이 아니라 질병의 관리를 위해 어떻게 행동해야 하는지에 대한 정보들이 포함된다. 또한 치매인식은 여러 요인에 따라 달라지는데, 사회적 홍보를 통해서도 변화가 가능하기 때문에 어떻게 치매와 관련된 정보를 얻게 되었는지를 확인하는 것이 중요하다(조맹제 외, 2008). 치매에 대한 지식은 원인과 증상, 관리 등에 대해서 알고 있는 정도를 의미하는데(조현오, 1999), 치매지식은 치매예방 행위에도 긍정적인 영향을 미치게 되기 때문에 치매에 대한 지식이 많을수록 치매예방을 위한 건강증진행위가 잘 이루어질 수 있다(고숙정·신성희, 2013). 오미자(2002)의 연구에서는 한국사회에서의 치매에 대한 인식을 조사했는데, 치매에 대한 인식이 높고 치매에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있을수록 치매와 관련된 서비스에 대한 욕구가 있었고, 치매의 예방 가능성을 높게 인식하고 있을 경우 또한 서비스에 대한 요구도가 높은 것으로 보고하고 있다. 또한 일반인들이 치매에 대해 잘 인식하도록 하는 것이 노인의 삶의 질에도 긍정적인 영향을 미치기 때문에 치매에 대한 정확한 정보제공이 필요하다고 제안하고 있다.

## 2) 정신건강

우리나라는 1995년 정신보건법을 제정하였고, 1998년 정신보건발전 5개년을 수립하여 정신건강증진센터를 시범적으로 시행 후 현재는 정신건강증진센터와 지역기반의 정신건강서비스를 운영하고 있으며, 국민의 정신건강문제 해결을 통한 개인의 삶의 가치 향상과 사회적 비용 절감 및 국가 경쟁력을 확보하기 위하여 국가정신건강증진사업을 실시하고 있다. 또한 전 세계적으로 정신질환에 대한 사회적인 관심이 대두되기 시작하여 정신질환의 치료에 관하여도 발전을 이루기 시작하였다. 그렇지만 전통적으로 정신질환에 영역에서는 정신질환이 없는 상태를 건강한 상태로 간주되었다(김현정 외, 2012). DSM-5의 정신질환 분류에서 정신질환이 정신건강이라는 새로운 관점으로 확대되면서 정신질환의 치료 계획뿐만 아니라 정신건강 정책에 이르기까지 광범위한 영역에서 사고의 변화를 초래하고 있다. 정신질환은 단순한 정신의료기관에서의 단순한 치료뿐만 아니라 정신질환의 특성을 고려하여 정신질환의 예방, 치료, 치료 후의 사회복귀, 지역사회 정신보건기관간의 연계를 통하여 지역사회 간에 포괄적으로 공유가 이루어져야 한다(민다경 외, 2015).

최근 만성질환자의 상당수가 우울증 등 정신질환을 동반하는 양상을 보이고 있지만 정신건강이 단순한 정신질환의 유무로 정의하는 차원을 넘어 자아의 기능이나 생활환경에서의 적응, 개인의 정신적 안녕감, 또는 정신적 웰빙의 개념으로 확대되고 있으며 특정한 만성질환자에 대한 정신건강을 알아보는 선행연구들이 많이 시행되고 있다.

임지혜(2014)의 논문에서는 노인의 우울증상 현황과 노인들의 만성질환에 따른 우울증세 유무의 차이를 분석하기 위하여 국민건강영양조사 자료를 이용하여 분석한 결과, 3개 이상의 만성질환을 가진 경우가 20.0%로 가장 높았으며 2개 17.3%, 1개 15.5%, 0개 9.9% 순으로 나타났다. 또한, 고혈압, 이상지질혈증, 심근경색증 등 순환기계 환자와 골관절염, 류마티스 관절염 등 근골격계 질환이 없는 경우보다 우울증세가 높게 나타나 노인의 우울에 대한 사회적인 관심과 공감대 형성이 필요하다고 제언하였다. 양정분(2008)의 논문에서는 만성 관절질환 환자들을 대상으로 질병이 그들의 삶의 질에 어떤 영향을 주는지 알아보기 위하여 서울소재 대학병원 외래환자를 대상으로 설문조사를 한 결과 관절질환 중 퇴행성관절염, 류마티스 관절염, 통풍, 섬유근통 증후군, 강직성 척추염 중 불안감, 걱정에서는 류마티스 관절염 환자가 가장 낮은 점수로 나왔고, 우울감, 두려움, 분노에서는 강직성 척추염 환자가 가장 낮은 점수를 보였고, 정신적 고달픔에서는 류마티스 관절염환자와 강직성 척추

염 환자가 낮은 점수를 보여 전체적으로 강직성 척추염 환자에게서 정신건강이 대체적으로 낮은 것을 확인할 수 있었다(한소정, 2018).

### 3) 치매위험인자

#### (1) 수면

노년기에는 수면의 양상이 변화하게 되는데 이러한 변화는 수면장애와 관련되는 경향을 보인다. 노인의 수면양상과 관련 요인에 관한 연구에서 노인들은 젊었을 때와 비교하여 75.6%가 수면양상의 변화가 있는 것으로 나타났고 수면양상의 변화 내용은 수면량 감소, 잦은 각성, 잠들기 어려움, 숙면을 취하지 못함의 순으로 나타났다(김신미·오진주·송미순, 1997). 수면장애는 치매노인에서 흔하게 나타나는 증상으로 일주기리듬의 변화와 관련된 것으로 알려져 있다. 치매가 있는 노인에서 수면 구조의 특징은 일차적으로 서파 수면의 비율이 낮고 1단계 수면이 비율이 높으며 수면 중 각성 시간의 비율이 높고(김정란·신운오, 2001) 수면무호흡 증가, 입면 시간 연장, 수면 효율 감소, REM 비율 감소 등이 보고되었다(Hoch, Reynolds and Houck, 1987). 치매 노인의 수면은 심하게 교란되어 있어 수면 각성 주기가 24시간에 걸쳐 여러 번 반복되며 낮밤이 바뀌고 파편수면이 흔히 나타난다(김수옥, 2001). 정재석(2008)의 경도 인지장애 환자에서 야간수면 변인과 전두엽 기능의 연관성에 관한 연구에서 정상 노인군 30명, MCI(Mild Cognitive Impairment, 경도 인지장애)군 30명의 야간 수면변인들을 비교 분석한 결과 두 군간 유의한 차이는 없었으나 MCI군에서 총 수면시간, 수면 중 깨어 있는 시간은 증가하는 경향이었고 수면 효율과 렘수면은 감소 경향을 보이는 것으로 나타났다(허복여, 2008).

중앙치매센터(2018)는 치매예방을 위해 3가지 참을 것(3금; 음주, 흡연, 뇌손상)을 제시하였다. 음주가 치매위험을 2.6배 높일 수 있고, 흡연이 1.59배 높일 수 있으며, 뇌손상은 2.1배 치매 위험을 높일 수 있다고 보고한다(중앙치매센터, 2016; 김시경 외, 2018 재인용). 분당서울대병원 정신건강의학과 연구팀이 60세 이상 노인을 대상으로 수면과 경도인지장애, 치매와의 상관관계를 4년간 추적한 연구에서 잠드는 데 30분 이상이 소요되거나 하루에 8시간 이상의 수면시간을 가지는 노인의 인지능력 저하 위험이 크다는 결과가 나왔다. 8시간 이내의 수면을 하며 늦게 잠자리에 들고 늦게 일어나는 사람들의 경우 인지능력 저하의 위험이 낮아졌다고 보고하고 있다. 또한 노화에 따라 수면의 패턴에 변화가 있을 경우 인지능력 저하의 위험이 크다고

보고하였다(세계일보, 2018). 또한 국립암센터, 명지병원 공동연구팀은 하루에 8~9시간 이상 자는 사람이 7~8시간을 자는 사람에 비해 인지장애와 치매의 위험성이 높은 것으로 발표하였다(YTN science, 2017).

수면의 질은 좋을수록(김경남, 지영주, 2015; 박건우 등, 2015), 우울증상은 적을수록(김경남, 지영주, 2015; 김은하, 이지원, 2009; 차보경, 2016), 불안은 없을수록(김덕주, 2016) 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 확인되었다. 또한 건강행위(흡연, 음주, 운동)와 건강관련 삶의 질이 유의미한 상관관계를 갖고 있는 것으로 나타났는데(임은실·노경희, 2010), 최근 치매문제에 대한 관심이 증대되면서 국가 차원에서 치매예방수칙 실천(금연, 금주, 운동, 건강한 식사, 꾸준한 사회적 소통 및 인지훈련 프로그램 참여 등), 치매예방수칙 및 치매예방운동법 실천지수를 점수화한 앱을 개발하는 등 예방적 정책개발에 박차를 가하고 있다(보건복지부, 2015).

## (2) 운동

매일 적당한 운동을 하여 뇌의 혈류량을 늘리고 신경전달물질인 아세틸콜린과 신경조절물질인 엔돌핀(endorphin)의 분비를 촉진시키는 것은 뇌의 활동을 활발하게 하기 위하여 매우 효과적이다. 근육과 뼈는 적당한 부하(負荷, resistance)를 지속하지 않으면 쇠약해버리므로 되도록 몸을 자주 움직이도록 해야 한다. 노인의 경우, 건강을 해쳐서 와상상태가 3개월 이상 계속되면 약 40%의 사람에게 치매가 발병한다. 예를 들면 노인이 계단에서 헛디딤 넘어져서 골절한 경우 장기간 누워 있게 되면 치료를 받고 나아도 치매를 일으킬 경우가 적지 않다.

규칙적인 운동은 정신기능 감퇴 가능성을 감소시키고 알츠하이머병과 같은 노인성치매에 걸릴 위험도 낮아진다는 연구가 보고된바 있다(최승욱, 2005). 이와 같이 치매예방을 위한 운동프로그램은 자연운동을 통한 생체리듬을 부여하고 활력 있는 에너지를 창출 시키는 등의 효과가 있어 치매예방을 위한 운동으로서 적합하다. 또한 운동방법에 따라 그에 어울리는 자연의 아름다운 소리, 조용하고 마음의 평안을 주는 즐거운 음악 등을 같이 접목하여 병행하면 생각과 감정을 표현할 수 있는 동기부여가 가능하여 정서적·심리적으로 다양한 운동효과를 기대할 수 있다. 운동요법은 자아개념이 긍정적으로 향상되며 생활에 만족감이 높아지고 작업능률의 향상과 스트레스가 줄어드는 심리효과와 우울증, 불안감, 스트레스에 등에 내구성을 증가시키는 효과가 있다(양은혜, 2016).

### (3) 식사

식사와 관련해서는 나쁜 콜레스테롤을 억제해야 하지만 총콜레스테롤의 극단적인 제한은 역효과가 날 수 있다. 콜레스테롤은 세포벽을 만드는 중요한 재료이며, 신경 세포간의 상호 정보전달을 담당하는 전선과 같은 역할을 하기 때문이다. 또 식물성 유가 풍부한 식품을 되도록 많이 먹으려고 하는 것이 변비에 도움이 된다는 것을 아는 사람도 많이 있겠지만, 사실은 이것은 필요 이상의 콜레스테롤을 제거하기 위해서 원하는 것이다.

단백질은 은몸의 조직이나 장기를 만드는 재료의 기본이 되는 것이며, 혈관을 젊게 유지하고 뇌세포를 활기차게 활동하기 위해서는 불가결한 영양소라고 할 수 있다. 비타민E는 혈관에 콜레스테롤의 침착과 과산화지질의 생성을 억제하거나 혈행을 촉진시키는 등 혈관을 젊게 유지하기 때문에 유효하다.

### (4) 기타

치매의 위험인자는 크게 알츠하이머형 치매와 뇌혈관성 치매로 나누어 설명할 수 있다. 먼저 알츠하이머형 치매는 만성염증의 제거, 가족력의 문제, 환경적 요인 등을 들 수 있다. 그 다음으로 뇌혈관성 치매의 위험인자는 가족력, 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심장질환 등이다. 이러한 질병은 흡연, 음주, 비만, 운동부족, 영양불균형 등과 같은 생활습관과 연관이 크다. 이러한 것들을 알고 있으면서 예방하지 않으면 안 될 것이다.

또한 치매의 위험인자는 조절 가능한 것과 불가능한 것으로 나눌 수 있는데 조절할 수 없는 위험인자에는 나이, 성별, 유전 등이 있고, 조절 가능한 위험인자에는 당뇨병, 고혈압, 고콜레스테롤, 갑상샘 호르몬 이상, 알코올 섭취, 우울증, 비만 등이 있다. 나이는 알츠하이머 치매, 혈관성 치매, 루이소체 치매 등에 있어 가장 강력한 위험인자이고, 여성이 남성에 비해 알츠하이머 치매 유병률이 높으며, 유전적 위험인자 또한 알츠하이머 치매를 일으키는 요인이 된다고 보고하고 있다. 조절 가능한 위험인자인 당뇨병과 고혈압은 혈관성 치매와 관련이 있고, 알코올 섭취와 흡연은 대부분의 치매에 위험인자가 될 수 있다(이찬녕 등, 2012).

결과적으로 치매는 단일 원인으로 인해 발생하는 질병이 아니라 증후군(syndrome)이기 때문에, 치매를 일으키는 원인에 따라서도 위험요인이 다르게 나타날 수 있다. 따라서 다양한 원인들이 연구되어 치매예방 및 관리에 적용되어야 한다(김시경 외, 2018).



### Ⅲ. 연구방법

1. 조사대상 및 조사방법
2. 변수의 설정
3. 분석방법





## 1. 조사대상 및 조사방법

본 연구의 설문조사는 2018년 8월 충청북도광역치매센터에서 실시한 내용의 일부를 분석에 사용하였다. 분석의 대상은 충북지역에 거주하고 있는 60세 이상 노인 1,060명으로 표집은 충북의 인구비율에 따른 유의표집방법을 사용하였다. 조사는 사전에 교육받은 치매안심센터 종사자와 조사원에 의하여 진행되었으며 조사 대상으로는 치매안심센터 방문이용자, 노인복지관 이용자, 경로당 이용자, 읍면사무소 이용자, 대학 재학생 등 면접조사에 참여를 희망한 도민을 대상으로 진행되었다. 또한 신체적 불편이 있거나 고령인 대상자의 경우 조사원이 설문 문항을 직접 읽어주고 대신 작성하였고, 대상자가 응답을 거부하는 경우 자기결정권을 존중하여 조사를 중단하였다.

## 2. 변수의 설정

### 1) 독립변수

① 정신건강 : 정신건강은 Spitzer 등(1999)이 개발한 환자건강조사(Patient Health Questionnaire, PHQ)를 사용하였는데, 이 PHQ는 주요우울장애 진단을 위해서 개발된 자가보고식 척도로 총 9개의 문항으로 ‘전혀 아님’, ‘3-6일’, ‘일주일이상’, ‘거의매일’ 등의 4점 척도로 구성되어 있다.

② 주관적 건강상태 : 대상자의 주관적 건강상태에 대한 질문은 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’ 등 4점 리커트 척도로 구성하였다.

③ 운동과 수면 : 운동여부를 묻기 위해 ‘한다’와 ‘하지 않음’의 구분으로 질문을 구성하였고 수면의 경우 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’ 등 4점 리커트 척도로 구성하였다.

## 2) 종속변수 : 치매태도

치매태도는 치매태도척도(Dementia Attitudes Scale, DAS)를 사용하였다. 이 치매태도척도는 치매에 대한 태도를 평가하는 도구로, “치매 지식(dementia knowledge)” 과 “사회적 안정(social comfort)” 두 가지 요인으로 나누어지며 총 12문항으로 구성되어 있음. 이 척도의 점수가 높을수록 치매에 대해 긍정적인 태도를 가졌다는 것을 의미다(O'Connor & McFadden, 2010). 현재 중앙치매센터와 광역치매센터 등에서 사용되고 있다.

## 3. 분석방법

분석은 SPSS 19.0프로그램을 활용하여 인구학적 배경과 정신건강, 주관적 건강상태, 운동과 수면, 치매태도 등에 대한 빈도분석과 교차분석을 수행하였다. 또한 치매태도에 따른 성별, 연령, 주관적 건강상태, 운동, 수면 등에 대해 일원분산분석을 실시하였고 치매태도에 따른 변수별 상관관계 분석을 시행하였다.

#### IV. 연구내용

1. 조사대상의 인구학적 특성
2. 운동, 수면, 주관적 건강상태, 정신건강
3. 치매의 태도





## 1. 조사대상의 인구학적 특성

조사대상 1,060명의 지리적 거주분포로는 상당구 9.8%, 서원구 9.8%, 흥덕구 5.3%, 청원구 7.0%, 충주시 10.1%, 제천시 9.0%, 보은군 8.6%, 옥천군 6.4%, 영동군 4.2%, 진천군 5.6%, 괴산군 9.7%, 음성군 6.3%, 단양군 6.3%, 증평군 2.0% 등으로 충북의 노인인구 비율 등을 고려하고 유의표집된 인구로 구성되어 있다.

조사대상자들의 인구학적 특성으로는 남성이 403명 38.0%, 여성이 657명 62.0%로 구성되었고 연령별로는 60~64세 318명 30.0%, 65~69세 28.9%, 70~74세 180명 17.0%, 75~79세 168명 15.8%, 80~84세 68명 6.4%, 85세 이상이 20명 1.9%로 조사되었다.

학력은 초졸 이하가 가장 많은 400명 37.8%. 중졸은 267명 25.2%, 고졸은 249명 23.5%, 대졸 또는 대학원 이상은 142명 13.4%로 조사되었다.

가구평균소득은 100만원미만이 가장 많은 462명 44.9%이고 그 다음으로 100~199만원에서 238명 23.2%로 조사되었고 거주형태로는 홀로 생활하시는 분이 222명 21.2%, 부부단독 세대가 553명 52.8%로 전체 조사 대상자 중 홀로생활하고 있는 분과 부부단독 세대가 775명 74%로 조사되었다.

<표 4-1> 조사대상자의 일반적 사항

구분		빈도	%
거주지역	청주상당구	104	9.8
	청주서원구	104	9.8
	청주흥덕구	56	5.3
	청주청원구	74	7.0
	충주시	107	10.1
	제천시	95	9.0
	보은군	91	8.6
	옥천군	68	6.4
	영동군	44	4.2
	진천군	59	5.6
	괴산군	103	9.7
	음성군	67	6.3
	단양군	67	6.3
	증평군	21	2.0
	합계	1060	100.0

성별	남성	403	38.0
	여성	657	62.0
	합계	1060	100.0
연령	60~64세	318	30.0
	65~69세	306	28.9
	70~74세	180	17.0
	75~79세	168	15.8
	80~84세	68	6.4
	85세 이상	20	1.9
	합계	1060	100.0
학력	초졸 이하	400	37.8
	중졸	267	25.2
	고졸	249	23.5
	대졸	120	11.3
	대학원 이상	22	2.1
	합계	1058	100.0
직업	정규직	53	5.1
	비정규직	65	6.3
	자영업	158	15.2
	기타	763	73.4
	합계	1039	100.0
가구평균소득	100만원미만	462	44.9
	100-199만원	238	23.2
	200-299만원	167	16.2
	300-399만원'	69	6.7
	400-499만원	46	4.5
	500만원 이상	46	4.5
	합계	1028	100.0
거주형태	홀로생활	222	21.2
	부부단독	553	52.8
	부부와 자녀	148	14.1
	부부와 손자녀	13	1.2
	부부와 결혼한 자녀 및 손자녀	20	1.9
	배우자 없이 자녀 혹은 타 가족	57	5.4
	기타	35	3.3
	합계	1048	100.0



## 2. 운동, 수면, 주관적 건강상태, 정신건강

### 1) 운동

조사 대상자 중 현재 운동을 하고 있는지에 대한 여부를 조사한 결과 운동을 시행하고 있는 대상자가 전체 1,037명 중 464명 44.7%로 조사되었고 운동을 하지 않는 대상자가 573명 55.3%로 조사되어 운동을 하지 않는 대상자가 운동을 하는 대상자 보다 109명 10.6% 높게 나타났다. 성별로 운동여부를 조사한 결과에서 남성보다 여성에서 더 많은 인구가 운동을 하고 있는 것으로 조사 되었다. 464명 운동을 하고 있는 인구 중 남성은 192명 41.4%, 여성은 272명 58.6%에서 운동을 하고 있는 것으로 조사되었고 운동을 하지 않고 있는 인구 573명 중에서는 남성 200명 34.9%, 여성 373명 65.1%에서 운동을 하지 않고 있었다.

<표 4-2> 운동 기술통계

구분	전체		남성		여성	
	n=1,037	100%	n=392	100%	n=645	100%
운동을 함	464	44.7	192	41.4	272	58.6
하지 않음	573	55.3	200	34.9	373	65.1

연령에 따른 운동을 시행하는 실태에 따른 교차분석 결과 60-64세 인구 147명 31.7%에서 운동을 가장 많은 하는 것으로 조사되었고 연령이 높아질수록 운동을 시행하는 비율을 점진적으로 낮아지고 있음이 알 수 있었다. 운동을 하고 있는 노인 인구 중 62.1%는 60대에 집중되고 있었고 70대 이후 인구에서는 운동을 하고 있는 인구가 급격히 낮아지는 현상이 조사 되었다.

<표 4-3> 연령에 따른 운동 교차분석

구분	전체		운동을 한다		운동을 하지 않는다	
	n=1,037	100%	n=464	100%	n=573	100%
60-64세	311	30.0	147	31.7	164	28.6
65-69세	299	28.8	141	30.4	158	27.6
70-74세	177	17.1	80	17.2	97	16.9
75-79세	162	15.6	67	14.4	95	16.6
80-84세	68	6.6	25	5.4	43	7.5
85세 이상	20	1.9	4	0.9	16	2.8

반면 운동을 하지 않는 인구 573명에 대한 연령별 분석에서 60대에서 70대까지 비교적 비슷한 분포를 보여 운동을 하지 않는 인구에 대한 인식개선과 운동 유도 등의 다양한 방법 모색 필요가 제시 되었다.

## 2) 수면

개인이 느끼는 수면의 정도를 조사하기 위해 ‘수면의 질에 대한 평가’ 를 시행 하였다. 점수가 높을수록 수면의 질이 높음을 의미하다. 수면에 대한 기술통계 결과 조사 대상자 1,057명 중 762명 72.1%는 비교적 수면의 질이 좋다고 응답하였다. 그러나 295명 27.9%에서는 수면의 질이 좋지 않거나 매우 좋지 않다는 응답을 하였다.

<표 4-4> 수면 기술통계

구분	전체		남성		여성	
	n=1,057	100%	n=401	100%	n=656	100%
매우 좋음	107	10.1	46	11.5	61	9.3
좋음	655	62.0	258	64.3	397	60.5
좋지 않음	263	24.9	87	21.7	176	26.8
매우 좋지 않음	32	3.0	10	2.5	22	3.4

연령에 따른 수면의 질 분석 결과 모든 연령에서 수면의 질은 ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’에 비하여 ‘좋거나’, ‘매우 좋음’ 상태가 우위에 있었다.

<표 4-5> 연령에 따른 수면의 질

구분	전체		매우 좋음		좋음		좋지 않음		매우 좋지 않음	
	n=1,057	100%	n=107	10.1%	n=655	62.0%	n=263	24.9%	n=32	3.0%
60-64세	318	100	30	9.4	203	63.8	78	24.5	7	2.2
65-69세	306	100	30	9.8	199	65.0	70	22.9	7	2.3
70-74세	179	100	19	10.6	109	60.9	43	24.0	8	4.5
75-79세	166	100	18	10.8	97	58.4	45	27.1	6	3.6
80-84세	68	100	8	11.8	36	52.9	21	30.9	3	4.4
85세 이상	20	100	2	10.0	11	55.0	6	30.0	1	5.0

### 3) 주관적 건강상태

스스로가 자각하는 자신의 건강상태의 정도를 의미하는 주관적 건강상태는 점수가 높을수록 주관적 건강상태 역시 긍정적으로 지각하고 있음을 의미한다. 개인이 지각하고 있는 건강상태를 살펴본 결과 건강을 부정적으로 생각하는 ‘좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’ 172명 16.4%에 대하여 긍정적으로 생각하는 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’ 의 생각이 310명 29.4%로 조사되었다. 그러나 568명 54.1%에 대상자는 현재 자신의 건강상태에 대하여 유동적인 생각을 갖고 있어 향후 자신의 건강을 위한 다양한 노력이 필요한 상태임을 알 수 있었다.

또한 남성과 여성에 따른 주관적 건강상태를 비교한 결과 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’ 으로 응답한 비율이 남성 136명 34.2%, 여성이 173명 26.7%로 나타나 여성에 비해 남성 응답자들의 주관적 건강상태가 더 좋음을 알 수 있었다.

<표 4-6> 주관적 건강상태 기술통계

구분	전체		남성		여성	
	n=1,050	100%	n=398	100%	n=652	100%
매우 좋음	39	3.7	16	4.0	23	3.5
좋음	271	25.8	120	30.2	151	23.2
보통	568	54.1	205	51.5	363	55.7
좋지 않음	157	15.0	55	13.8	102	15.6
매우 좋지 않음	15	1.4	2	0.5	13	2.0

<표 4-7> 연령에 따른 주관적 건강상태

구분	전체		매우 좋음		좋음		보통		좋지 않음		매우 좋지 않음	
	n=1,050	100%	n=39	3.7%	n=271	25.8%	n=568	54.1%	n=157	15.0%	n=15	1.4%
60-64세	316	100	12	3.8	85	26.9	192	60.8	25	7.9	2	0.6
65-69세	303	100	13	4.3	88	29.0	156	51.5	42	13.9	4	1.3
70-74세	179	100	9	5.0	44	24.6	88	49.2	34	19.0	4	2.2
75-79세	165	100	4	2.4	31	18.8	93	56.4	35	21.2	2	1.2
80-84세	67	100	0	0.0	17	25.4	30	44.8	17	25.4	3	4.5
85세이상	20	100	1	5.0	6	30.0	9	45.0	4	20.0	0	0.0

#### 4) 정신건강

Spitzer 등(1999)이 개발한 Patient Health Questionnaire(PHQ)에 따른 설문결과 ‘일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음’에는 67.0%에서 ‘전혀 아님’으로 조사되었다. ‘가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감’에서 ‘전혀 아님’은 69.6%로 조사되었다. ‘잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남’에서 ‘전혀 아님’은 43.8%로 조사되었다. ‘피곤감, 기력이 저하됨’에서 ‘전혀 아님’은 65.3%로 조사되었다. ‘식욕 저하 혹은 과식’에서 ‘전혀 아님’은 65.3%로 조사되었다. ‘내 자신이 나쁜 사람이라 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌’에서 ‘전혀 아님’은 80.0%로 조사되었다.

<표 4-8> 정신건강 기술통계

문항	전혀 아님		3-6일		일주일 이상		거의 매일	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	710	67.0	246	23.2	46	4.3	56	5.3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	738	69.6	241	22.7	50	4.7	29	2.7
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남	603	56.9	306	28.9	57	5.4	92	8.7
4. 피곤감, 기력이 저하됨	464	43.8	430	40.6	84	7.9	79	7.5
5. 식욕 저하 혹은 과식	692	65.3	274	25.8	63	5.9	30	2.8
6. 내 자신이 나쁜 사람이라 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	848	80.0	159	15.0	34	3.2	19	1.8
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	824	77.7	166	15.7	39	3.7	28	2.6
8. 남들이 알아챌 정도의 거동이나 말이 느낌. 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	907	85.6	116	10.9	26	2.5	11	1.0
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	904	85.3	107	10.1	34	3.2	14	1.3

‘신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움’에서 ‘전혀 아님’ 77.7%로 조사

되었다. ‘남들이 알아챌 정도의 거동이나 말이 느림 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림’에서 ‘전혀 아님’ 85.6%로 조사되었다. ‘나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들’에서 ‘전혀 아님’은 85.3%로 조사되었다.

조사결과 중 ‘잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남’, ‘피곤감, 기력이 저하됨’, 식욕 저하 혹은 과식’ 등의 항목에서 다른 항목에 비해 비교적 높게 부정적 패턴이 일어나고 있고 특히 잠들기 어렵거나 자꾸 깨는 인구는 조사 대상의 8.7%에서 나타나 향후 수면의 질과 관련된 추가적 연구가 필요함을 알 수 있었다.

### 3. 치매의 태도

치매의 태도는 일반적으로 치매노인에 대해 가지는 개인들의 인식수준을 의미하는 것으로 점수가 높을수록 치매에 대해 긍정적 태도를 갖고 있음을 의미한다. 이번 연구에서 치매태도에 대한 기술통계를 살펴보면 최소값은 1.58, 최대값은 6.33, 평균은 4.10이었고 표준편차는 .698로 나타났다. 치매태도의 최고점수는 7점이다.

<표 4-9> 치매태도 평균

n	평균	표준편차	최소값	최대값
1,047	4.10	.698	1.58	6.33

치매의 태도에 따른 변수로 ‘성별’, ‘연령’, ‘주관적 건강상태’, ‘운동’, ‘수면’ 등을 살펴본 결과 ‘성별’ 단일 변수에서 치매의 태도에 대한 유의확율이 .005로 나타나 통계적으로 의미가 있었다.

그러나 통계적으로 의미를 갖지는 않지만 연령의 경우 60세에서 74세까지 치매의 태도는 점진적으로 높아지고 있으나 75세를 기점으로 다시 낮아지는 경향을 보이고 있어 노인을 대상으로 하는 치매의 태도 교육에서 연령에 따르는 변화를 감안하여 교육 시행의 필요성이 있음이 조사되었다.

주관적 건강상태에 따르는 치매의 태도의 경우 ‘좋지 않음’, ‘보통’ 이라고 응답한 경우 치매의 태도가 전체 평균(4.10)에 미치지 못하였다. 그러나 ‘매우 좋지 않음’으로 응답한 대상자에서 평균은 전체 평균보다 높은 4.29가 나타나 치매에 대한 인식정도가 오히려 주관적인 건강상태에 부정적인 결과를 초래하고 있어 이에 대한 추가 연구가 필요함을 시사하고 있었다.

운동의 경우에도 통계적으로 유의미한 결과를 보이지는 않지만 운동을 하지 않는 대상자(4.09)보다 운동을 하고 있는 대상(4.11)에서 치매의 태도는 더 높게 나타나는 경향을 보이고 있어 운동을 통해 건강에 관심을 갖고 있는 대상들이 그러하지 못한 대상에 비해 치매에 대한 관심 역시 높음을 알 수 있었다.

수면의 질이 '매우 좋음' 그룹(4.15)과 나머지 그룹(4.09)을 비교했을 때 '매우 좋음' 그룹의 평균이 월등히 높아 수면의 질 역시 치매의 태도에 긍정적 경향을 보이고 있는 것으로 조사되었다.

<표 4-10> 치매태도에 따른 변수별 차이 : 일원배치분산분석

구분		n	평균	표준편차	유의확률
성별	남성	397	4.02	.691	.005
	여성	650	4.14	.699	
	합계	1,047	4.10	.698	
연령	60-64세	316	4.09	.677	.558
	65-69세	302	4.11	.707	
	70-74세	178	4.11	.691	
	75-79세	164	4.10	.735	
	80-84세	67	4.07	.665	
	85세 이상	20	3.80	.761	
	합계	1,047	4.10	.698	
주관적 건강상태	매우 좋지 않음	15	4.29	.43	.795
	좋지 않음	155	4.08	.67	
	보통	559	4.09	.68	
	좋음	269	4.11	.74	
	매우 좋음	39	4.14	.92	
	합계	1,037	4.10	.70	
운동	하지 않음	569	4.09	.68	.587
	한다	457	4.11	.71	
	평균	1,026	4.10	.69	
수면	매우 좋지 않음	32	4.09	.68	.902
	좋지 않음	260	4.09	.74	
	좋음	646	4.09	.68	
	매우 좋음	106	4.15	.75	
	합계	1,044	4.10	.70	

치매의 태도에 따른 변수별 상관관계를 살펴본 결과 치매태도는 성별(.086)에 상관관계를 갖고 있었다. 성별은 운동(-.066), 주관적 건강상태(-.081)와 상관관계가 있

었고 연령은 운동(-.126), 주관적 건강상태(-.126), 정신건강(.143)과 상관관계가 있었다. 운동은 성별(-.066), 연령(-.079), 주관적 건강상태(.113), 정신건강(-.308)과 상관관계가 있었고 정신건강은 연령(.143), 주관적 건강상태(-.308)와 상관관계가 있는 것으로 분석되었다.

이는 치매태도에는 성별만이 영향을 미치고 있지만 성별의 경우에는 치매의 태도 뿐 아니라 운동과 주관적 건강상태가 영향을 주고 있어 노인의 성별에 따라 주관적 건강상태를 높일 수 있는 운동 처방 등이 필요함을 시사하고 있었다.

또한 연령에 따라서 운동과 주관적 건강상태 뿐 아니라 정신건강까지 영향을 주고 있어 노인 연령에 따른 정신건강을 고려한 운동으로 주관적 건강상태를 높일 수 있는 방안 제시가 필요하였다.

운동의 경에는 성별과 연령 뿐 아니라 주관적 건강상태와 정신건강상태 등이 상관관계가 있는 변수로 제기되어 노인 연령에 따라 적절한 운동이 이루어질 때 정신건강뿐 아니라 주관적 건강상태 역시 높아 질 수 있음을 알 수 있었다.

<표 4-11> 치매태도에 따른 변수별 상관관계

구분	치매태도	성별	연령	운동	주관적 건강상태	정신건강
치매태도	1	.086**	-.023	.017	.008	-.056
성별	.086**	1	.011	-.066*	-.081**	.021
연령	-.023	.011	1	-.079*	-.126**	.143**
운동	.017	-.066*	-.079*	1	.113**	-.060
주관적 건강상태	.008	-.081**	-.126**	.113**	1	-.308**
정신건강	-.056	.021	.143**	-.060	-.308**	1

\*\* : 상관계수는 0.01 수준(양쪽)에서 유의합니다.

\* : 상관계수는 0.05 수준(양쪽)에서 유의합니다.





## V. 결론

1. 연구의 요약 및 논의
2. 정책적 실천적 제언
3. 연구의 한계





## 1. 연구의 요약 및 논의

본 연구는 2018년 8월 충청북도광역치매센터에서 실시한 설문조사의 일부를 분석에 사용하였다. 분석 대상은 충북지역 거주 60세 이상 노인 1,060명으로 표집은 충북의 인구비율에 따른 유의표집방법을 사용하였다. 조사는 사전교육 받은 치매안심센터 종사자와 조사원에 의해 진행되었고 조사 대상은 치매안심센터 내소자, 노인복지관이용자, 경로당이용자, 읍면사무소이용자, 대학재학생 등으로 면접조사에 참여를 희망한 경우에 실시하였다.

본 연구에서 설정한 독립변수로는 정신건강, 주관적 건강상태, 운동과 수면이다. 이를 통해 종속변수인 치매태도를 살펴보고자 하였다. 조사 분석은 SPSS 19.0프로그램을 활용하여 빈도분석과 교차분석, 인원분산분석, 상관관계 분석을 시도하였다.

분석결과 운동은 전체 조사대상자 1,037명 중 464명 44.7%에서 운동을 시행하고 있었고 573명 55.3%에서 운동을 하지 않는다고 응답하였다. 운동을 하는 경우 남성(41.4%)보다 여성(58.6%)에서 더 많은 운동을 하고 있었고 운동을 하지 않는 응답자 중에서는 남성(34.9%) 보다는 여성(65.1%)이 운동을 하지 않는 인구가 많았다.

운동과 연령에 따른 교차분석에서 60~69세 연령이 70세 이상 연령에 비하여 운동하고 있는 비율이 두 배 이상 많아 연령이 높아질수록 운동을 하지 않고 있음을 알 수 있었다.

개인이 느끼는 수면의 정도를 조사한 결과 전체 1,057명 중 72.1%에서 현재 수면상태가 좋다고 응답하였고 27.9%에서 부정적 응답을 하여 전반적인 수면의 질은 좋은 것으로 나타났다. 다만 성별에 따른 수면의 정도에서 여성(69.3%)보다 남성(75.8%)에서 수면의 질이 좋다고 응답하여 성비에 따른 수면상태를 알 수 있었다.

주관적 건강상태에 대한 조사에서 전체 1,050명 중 29.5%에서 현 건강상태가 좋다고 느끼고 있었고 16.4%에서는 부정적으로 느끼고 있었다. 그러나 현재의 건강상태가 유동적으로 느끼고 있는 인구가 54.1%에 달하여 이들을 위한 건강교실 등의 필요성이 제기되었다.

정신건강에 대한 조사에서 ‘잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남(43.1%)’, ‘피곤감, 기력이 저하됨(56.2%)’, ‘욕 저하 혹은 과식(34.7%)’ 등의 항목에서 다른 항목에 비해 비교적 높은 부정적 패턴이 일어나고 있고 특히 잠들기 어렵거나 자꾸 깨는 인구는 조사 대상의 8.7%에서 나타나 향후 수면의 질과 관련된 추가적 연구가 필요함을 알 수 있었다.

치매의 태도 조사에서는 전체 조사대상 1,047명의 평균 4.10, 최소값은 1.58 최대값은 6.33으로 나타났다. 본 척도의 최대값 7과 비교했을 때 조사대상 중에는 최대값이 나타난 대상이 없었다.

치매의 태도에 따른 변수로 설정한 성별, 연령, 주관적 건강상태, 운동, 수면 등과의 일원배치분산분석에 따른 유의확률을 살펴본 결과 연령(.005)을 제외하고 통계적으로 유의하지 않다는 결과를 얻었다. 그러나 연령, 주관적 건강상태, 운동, 수면 모두는 치매의 태도에 미치는 경향은 발견할 수 있었다.

치매태도와 변수로 설정한 성별, 연령, 주관적 건강상태, 운동, 수면 등의 상관관계를 살펴본 결과 치매태도는 성별(.086)에 상관관계를 갖고 있었다. 성별은 운동(-.066), 주관적 건강상태(-.081)와 상관관계가 있었고 연령은 운동(-.126), 주관적 건강상태(-.126), 정신건강(.143)과 상관관계가 있었다. 운동은 성별(-.066), 연령(-.079), 주관적 건강상태(.113), 정신건강(-.308)과 상관관계가 있었고 정신건강은 연령(.143), 주관적 건강상태(-.308)와 상관관계가 있는 것으로 분석되어 이번 연구에 사용된 변수가 치매의 태도 외 각 변수 상호간에 영향을 주고 있음을 알 수 있었다.

## 2. 정책적 실천적 제언

본 연구를 통해 살펴본 노년기 치매태도 향상을 위해 다음과 같이 제언을 한다.

### 1) 정책적 제언

첫째, 복지와 보건을 위한 지역 계획의 통합적 운영 계획 수립과 추진이다. 노년기 치매에 대한 문제는 비단 복지 또는 보건분야 만의 문제는 아니다. 그러나 현재 복지 분야와 보건 분야에서 수립되고 있는 지역계획에서는 각 문제에 대해 서로 상이한 결과를 도출하고 있다. 특히 노년기 치매태도는 현재의 치매를 어떠한 시각으로 느끼고 있는지를 보여주는 지표이다. 이러한 치매태도를 향상시키기 위해서는 복지와 보건의 통합적 접근이 필요하다.

둘째, 충청도 사회복지협의회와 광역치매센터와 연계성 강화이다. 치매관리법에서는 시도와 광역치매센터의 유기적 체계를 통해 지역의 특성에 맞는 치매관리시행계획을 수립하고 추진하도록 명문화되어 있다. 이에 따라 충청북도에서도 광역치매센터는 충청북도 치매관리시행계획을 위한 지원과 사업 시행이 추진 중에 있다. 그러나 광역치매센터는 보건기관으로 갖는 특성에 따라 지역사회에 다양한 복지전달체계와 협업을 통해 진행하여야 하는 치매관리시행사업은 한계를 갖고 있다. 따라서 사회복지협의회는 이번 연구를 바탕으로 지역 노인의 치매태도 향상 등을 위해 사회복지 전달체계 속에서 광역치매센터와 연계를 위한 문호를 개방하고 서로의 사업적 특성을 공유하는 장치를 통해 지역 노인들의 치매예방 등을 위한 노력을 함께하여야 할 것이다.

## 2) 실천적 제언

첫째, 치매로부터 안심되는 노년을 위한 장년기 치매교육의 활성화이다. 치매태도에 대한 특성은 노년기 치매교육을 통해 형성되기 보다는 그 이전 세대인 장년기부터 진행된다고 볼 수 있다. 2014년 중앙치매센터와 한국갤럽이 공동으로 진행된 설문조사에서 50세를 기점으로 가장 무서운 병에 대한 순위가 암에서 치매로 변화되고 있음을 조사한 결과에서 드러나듯이 치매에 대한 준비는 노년기가 아닌 장년기 또는 그 이전부터 이루어져야 치매에 대한 긍정적 태도를 보일 수 있다고 할 수 있는 것이다. 이를 위해 현재의 노인교육에 맞춰진 치매교육의 대상을 노년을 준비하는 장년기까지 확대하고 치매태도를 위한 교육 방법을 집합식 교육에서 벗어나 안내책자 형태의 접근성 높은 방법을 통한 교육의 기회 확대가 필요하다.

둘째, 운동을 통한 치매예방 효과를 인식할 수 있는 정보의 제공이다. 중앙치매센터(2014)<sup>4)</sup>는 생활습관이 치매를 만든다고 하면서 치매를 유발하는 위험요인으로 운동부족은 1.8배, 고혈압 1.6배, 당뇨병 1.6배, 우울증 1.7배의 치매 유발 위험을 제시하였다. 그럼에도 불구하고 이번 연구에도 나타났듯이 이를 예방하기 위해 활동을 시행하고 있는 대상자보다는 그렇지 못한 대상의 비율이 높다. 이는 그동안 실천을 위한 이론적 방법 제시에 머물러 실제적 예방 활동을 시행하고 있는 인구 비중이 낮음을 의미한다. 보건복지부에서는 치매예방걷기행사를 전국 시도에서 진행하도록 유도하고 있지만 1회성 행사 진행에 따라 상시적 걷기운동이 되지 못하는 한계를 갖고 있다. 따라서 치매 예방을 위해 항시적으로 실천 가능한 방법 제시가 필요하다. 직장 또는 마을 단위에서 진행되고 있는 건강체조 등의 운동은 치매예방 뿐 아니라 성인병 예방에도 큰 효과가 있다. 그러나 이러한 프로그램에 참여하고 있는 대상자들이 자신의 운동을 통한 치매 예방의 효과가 얼마나 큰지에 대해서는 자각하지 못하는 경우가 많다. 따라서 현재 진행되는 운동이 치매에 어떠한 영향을 미치고 있는지에 대하여 다양한 안내 정보 보급을 통해 지속적인 운동이 될 수 있도록 하여야 한다.

셋째, 노인 대상 치매 예방을 위한 복지 분야 강사 양성이다. 이번 연구에서 주로 살펴보았던 주관적 건강상태, 운동, 수면 등을 위해 치료적 관점과 돌봄 관점에서의 접근을 고려할 필요가 있다. 치료적 관점에서는 보건 분야를 통한 접근이 가능하지만 돌봄 관점은 다른 각도에서의 접근이 필요하다. 즉 다양한 전달체계와 지역 구석구석에서 지역복지사업을 수행하고 있는 복지 분야에서의 접근이 더 효과적임을 인식할 필요가 있다. 이를 위해 도 사회복지협의회는 노인 친화적 치매 예방교육을 수행 할 수 있는 사회복지 종사자 교육을 신설하고 일정 교육을 받은 사회복지종사자들은 교육을 기반으로 지역 노인들의 치매태도 변화를 유도하는 다양한 활동을 전개할 수 있도록 유도한다면 지역 노인의 치매태도는 급변할 것으로 기대한다.

4) 중앙치매센터(2014). 오늘부터 치매예방 버튼튼! 노후튼튼! 할 수 있어요!

### 3. 연구의 한계

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 충청북도 노인인구 중 유의표집에 의해 일부 진행한 연구이므로 충청북도 노인 전체에 확대 해석하는 일반화에는 한계가 있다. 둘째, 본 연구를 비교할 수 있는 지역 내 비교 데이터의 한계로 종단적 비교를 하지 못함에 따라 현재 도출된 값의 위치를 표현하는데 한계를 갖고 있다.

이러한 한계에도 불구하고 이번 연구는 충청북도 노인 인구에 대한 치매태도에 영향을 미치는 변인을 확인하고 이에 대한 대응방안을 제언한 것에 대한 의미를 갖는다. 향후 시계열 조사 등을 통해 종단적 연구를 진행하여 현재 충청북도 노인 인구의 치매태도 등에 대한 기준을 마련한다면 더 질 높은 복지 분야 치매관련 사업 수행이 가능할 것으로 사료되는 점 또한 이번 연구를 통해 갖는 의의라 할 수 있다.

## <참고문헌>

- 고숙정·신성희(2013). 치매지식, 자기효능감 및 우울이 노인부부의 치매예방행위에 미치는 영향. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 43(2). 276-286.
- 김경남·지영주(2015). 한국 노인의 건강관련 삶의 질 예측요인: 국민건강영양조사 건강행태를 중심으로. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities and Sociology*. 5(3): 197-205.
- 김경애·김경아·성미라(2011). 요양보호사의 치매관련 지식 및 태도에 관한 연구. *한국케어매니지먼트연구*. 6: 23-51.
- 김덕주(2016). 중고령 근로자의 건강관련 삶의 질과 인지기능, 불안상태의 상관관계 연구. *청주대학교 보건의료과학연구*. 5(1): 8-15.
- 김수옥(2001). 치매노인의 격양행동과 수면 장애에 대한 빛치료 효과. *정신간호학회지*. 10(3): 303-316.
- 김시경·오정아·권용정(2018). 2018년 충청북도 치매인식과 태도. *충북광역치매센터*
- 김신미·오진주·송미순(1997). 노인의 수면 양상과 관련 요인에 관한 연구. *간호학 논문집*. 11(1): 24-38.
- 김은하·이지원(2009). 복지관 이용 노인의 건강관련 삶의 질 영향요인: 일상생활수행능력, 수면의 질 및 우울을 중심으로. *한국노년학*. 29(2): 424-440.
- 김정란·신윤오(2001). 한국인 정상 노인과 알츠하이머형 치매 환자의 수면 구조에 대한 연구. *충남의대잡지*. 28(2): 345-362.
- 김정희(2007). 간호학사 과정 3학년 학생들의 노인과 치매노인에 대한 태도. *지역사회간호학회지*. 18: 601-610.
- 김지혜(2018). 요양병원 간호사의 치매태도와 중증치매 완화의료에 대한 지식과 태도. *충남대학교대학원 석사학위논문*.
- 김현정·고영건(2012). 정신건강의 2요인 구조: 임상집단을 대상으로. *한국심리학회지*. 17(4): 1087-1096
- 노효련·허영주·김효진·김영준(2013). 치매에 관한 대학생들의 인식 및 태도에 관한 Q-방법론적 접근. *특수교육재활과학 연구*. 52: 301-317.
- 문정희(2015). 치매에 대한 장 노년층의 인식과 태도에 관한 연구. *원광대학교대학원 석사학위논문*.
- 민다경·김현진·전진용·박수빈·남윤영(2015). 해외 정신건강 관리체계통합시스템 사례분석. *사회정신의학회*. 20(1): 1-7

- 박건우·고수진·김동하·김혜림·박진관·유수영·정두영·천진희·황순영·조성일(2015). 일개 대학 경비근로자의 수면의 질과 직무스트레스가 건강관련 삶의 질에 미치는 영향. 보건교육건강증진학회지 32(3): 73-83.
- 박건우·김지연·박문호·최문기·정재범(2010). 노인성치매에 대한 태도 유형 연구. 한국산학기술학회지. 11: 3700-3706.
- 박미영(2015). 호스피스완화의료 전문기관에 입원한 말기암환자 가족의 부담감, 영적안녕 및 삶의 질과의 관계. 고신대학교대학원 석사학위논문.
- 방현령(2006). 가정봉사원의 치매에 대한 인식과 태도에 영향을 미치는 요인 연구. 가톨릭대학교대학원 석사학위논문.
- 보건복지부(2015). 제3차 치매관리종합계획(206~2020).
- 송영희(2003). 중년의 치매에 관한 인식과 태도: 사·오십대를 중심으로. 동덕여자대학교대학원 석사학위논문.
- 양은혜(2016). 치매예방 통합운동 프로그램이 노인여성의 인지기능, 건강체력 및 심장·뇌혈관계에 미치는 영향. 경기대학교대학원 박사학위논문
- 양정분(2008). 만성 관절질환 환자의 삶의 질에 관한 연구. 경희대학교행정대학원 석사학위논문
- 오미자(2002). 한국 사회에서 치매에 대한 인식에 관한 연구. 숙명여자대학교정책대학원 석사학위논문.
- 이수지(2017). 종합병원 간호사의 치매에 대한 지식, 태도와 치매행동심리증상 간호부담감의 관계. 한양대학교대학원 석사학위논문.
- 이혜옥(2009). 노인시설 종사자들의 치매태도에 영향을 미치는 요인. 충남대학교대학원 석사학위논문.
- 임은실·노경희(2010). 허약노인의 건강관련 삶의 질과 영향요인. 지역사회간호학회지. 21(1): 12-20.
- 임지혜(2014). 노인의 우울증세와 만성질환의 관련성. 디지털융복합연구. 12(6): 481-490
- 장윤정(2014). 치매에 대한 태도 결정요인에 관한 한일비교. 한국노년학. 34(2): 333-348.
- 정재석(2008). 경도 인지손상 환자에서 야간 수면변인과 전두엽기능의 연관성. 강원대학교대학원 박사학위논문.
- 조맹제(2009). 국내 치매 노인 유병률 현황과 위험요인. 보건복지포럼. 156: 43-48.
- 조추용·최현자 역(2002). 치매 예방과 케어. 창지사.



- 조현오(1999). 치매에 대한 일반인의 지식과 태도 조사연구. 한양대학교행정대학원 석사학위논문.
- 중앙치매센터(2014). 오늘부터 치매예방 뇌튼튼! 노후튼튼! 할 수 있어요!
- 중앙치매센터(2018). 대한민국치매현황 2017.
- 차보경(2016). 성인 남성의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 경로 분석. 지역사회간호학회지. 27(4): 399-409.
- 최승욱(2005). “20주간의 운동 트레이닝이 고령 여성의 건강관련 체력 및 혈청지질에 미치는 영향” . 한국체육과학회지. 14(2): 679-691
- 최정용·정현·박재영·김태희·이동영·이동우·유승호·김신겸·윤종철·주진형·김정란·이석범·이정재·곽경필·김봉조·문석우·배재남·박준혁·김기웅·한지원(2015). 지역사회 치매조호자들의 치매에 대한 태도의 연관 인자 연구. 노인정신의학. 19(1): 24-31.
- 한국사회복지사협회 일본연수팀(2018). “치매국가책임제에 따른 일본 치매노인의 돌봄 현황과 과제” , 일본연수보고서.
- 한소정(2018). 만성질환 수준에 따른 정신건강에 미치는 요인 분석. 을지대학교대학원 석사학위논문.
- 허복여(2008). 요양병원에 입원중인 수면장애가 있는 치매노인의 수면에 관한 연구. 인하대학교대학원 석사학위논문.
- “치매환자 급증... 긴 병에 효자 없다?” . 세계일보. 2018. 4. 25.
- Cunningham E, McGuinness B, Herron B, Passmore A. (2015). Dementia. The Ulster Medical Journal. 84(2), 79-87.
- Hoch, C., Reynolds, C., & Houck, P.(1987). Sleep apnea in Alzheimer ´s patients and the healthy elderly. Research for Nursing Practice. 1(3); 221-225.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9—Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16, 606 - 613.
- O’Brien, J., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. The Lancet, 386(10004), 1698-1706.
- O’Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and psychometric validation of the Dementia Attitudes Scale. International Journal of Alzheimer’ s Disease.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013).

The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis.  
*Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.

## 부록(설문지)

### I. 치매 태도

※ 다음은 치매에 대해 어떻게 생각하고 계신지 알아보기 위한 문항입니다. 부담 없이 아시는 대로 해당 번호에 정확하게 V표 해 주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않음 <—————> 매우 그러함						
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1. 치매 노인을 돌보는 것은 보람 있는 일이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. 나는 치매 노인이 두렵다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. 치매 노인은 창조적일 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 자신감이 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. 나는 치매 노인과 신체 접촉할 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. 나는 치매 노인에게 다가갈 때 불편하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. 모든 치매 노인은 서로 다른 욕구가 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. 나는 치매에 대해 잘 알지 못한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. 나는 초조해 하는 치매환자는 피한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10. 치매 노인은 익숙한 물건을 주변에 두려한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11. 치매 노인의 과거 생활을 아는 것이 중요하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12. 치매 노인과의 접촉에서 기쁨을 느낄 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14. 치매 노인도 즐겁게 살 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15. 나는 치매 노인을 어떻게 도울지 몰라 좌절감을 느낀다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16. 치매 노인도 다른 사람이 친절하게 대하는 것을 느낀다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17. 내가 치매 노인을 돌보는 것은 생각해 본적도 없다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18. 나는 치매 노인에 대한 대처 기술을 높게 평가한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19. 치매 노인의 삶을 향상시키기 위해 많은 일을 할 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20. 문제행동은 치매 노인이 의사소통하는 한 가지 방식이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

## II. 일반적 특성

1. 성별	①남자( ) ②여자( )
2. 연령	만_____세
3. 최종학력	①초졸 이하( ) ②중졸( ) ③고졸( ) ④대졸( ) ⑤대학원 이상( )
4. 직업	①정규직( ) ②비정규직( ) ③자영업( ) ④기타( )
5. 월 평균 가구소득	①100만원 미만( ) ②100~199만원( ) ③200~299만원( ) ④300~399만원( ) ⑤400~499만원( ) ⑥500만원 이상( ) (*가구소득 : 동거가족 총소득의 합)

6. 거주형태	①홀로생활( ) ②부부단독( ) ③부부+자녀( ) ④부부+손자녀( ) ⑤부부+자녀+손자녀( ) ⑥배우자 없이 자녀 혹은 타 가족( ) ⑦기타( )	
7. 평소 10분 이상 계속 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 증강도의 스포츠 운동, 여가, 직업을 얼마나 자주 합니까?	①하지 않음( ) ②한다( )	
8. 평소 건강 상태는 어떻다고 생각합니까?	①매우 좋음( ) ②좋음( ) ③보통( ) ④쁨( ) ⑤매우 나쁨( )	
9. 수면의 질이 좋다고 생각하십니까?	①매우 좋다( ) ②좋은편이다( ) ③인중이다( ) ④매우 나쁘다( )	

## III. 정신건강

※ 지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

문항		전혀 아니다	3-6일	일주일 이상	거의 매일
1	일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	①	②	③	④
2	가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	①	②	③	④
3	잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남	①	②	③	④
4	피곤감, 기력이 저하됨	①	②	③	④
5	식욕 저하 혹은 과식	①	②	③	④
6	내 자신이 나쁜 사람이라 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	①	②	③	④
7	신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	①	②	③	④

8	남들이 알아챌 정도의 거동이나 말이 느낌. 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	①	②	③	④
9	나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	①	②	③	④

- 감사합니다. -

## 2017 충북사회복지 조사연구

---

■ 인쇄일 : 2018년 12월 19일

■ 발행일 : 2018년 12월 27일

■ 발행인 : 김 영 석

■ 발행처 : 충청북도사회복지협의회

■ 주 소 : 충북 청주시 흥덕구 공단로 87 충북종합사회복지센터 3층

■ 전화/팩스 : T. 043)234-0840 F. 043)234-0849

■ 홈페이지 : [www.cwin.or.kr](http://www.cwin.or.kr)

\* 판권소유 : 충청북도사회복지협의회

\* 본 보고서의 내용은 저자의 서면 동의가 없이는 복제나 전제가 불가능함

---

# 2018. 충북사회복지 조사연구보고서

정신건강과 치매관련 요인이 치매태도에 미치는 영향 연구

w w w . c w i n . o r . k r