

# 지역주민의 치매 인식도, 치매 태도 및 우울에 대한 조사연구

이은자<sup>1</sup> · 조미경<sup>2</sup>

<sup>1</sup>가천대학교 간호대학, 교수, <sup>2</sup>연수구치매통합관리센터, 팀장

## A Study on Perception of and Attitude toward Dementia and Depression of Residents in a Community

Lee, Eun Ja<sup>1</sup> · Jo, Mi Kyoung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing, Gachon University, Incheon; <sup>2</sup>Team Leader, Yeonsu-gu Dementia Center, Incheon, Korea

**Purpose:** This study was conducted to identify the perception of and attitude toward dementia and depression among residents in a community. **Methods:** Data were collected using the questionnaire from 226 residents in Incheon city from February to May, 2017. The data were analyzed using t-test, ANOVA and Scheffe's test to identify differences in perception of and attitude toward dementia and depression. Pearson correlation coefficients were used to identify the correlation between the study variables, and multiple regression was used to identify factors affecting depression. **Results:** There were significant differences in perception of dementia according to age, education, marital status, and exercise. Also, significant differences in attitude toward dementia were found in occupation, family history of dementia and education about dementia. Depression was significantly different depending on the type of health insurance coverage and alcohol drinking. The scores of perception of dementia and depression were 11.09, 2.37, respectively on a 2-point scale and for attitude toward dementia was 85.94 on a 7-point Likert scale. The perception of dementia was positively correlated with the attitude toward dementia and there were negative correlations between perception of dementia and age and between depression and attitude toward dementia. **Conclusion:** The results of this study suggest that we should improve perception of and attitude toward dementia and reduce depression to prevent and manage dementia effectively.

**Key Words:** Dementia, Perception, Attitude, Depression

## 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라는 세계적으로 유래가 없이 고령화가 빠르게 진행되고 있어서 2015년 65세 이상 고령자는 전체 인구의 12.8%를 차지하고 2026년에는 20%를 초과 할 것으로 추정된다. 이 중 85세 이상 초고령 인구는 2015년 51만명에서 2065년에는 2015년 대비 10배 수준으로 증가 할 전망이다[1]. 고령화 사회에서 치매 환자는

기하급수적으로 증가하며 치매는 노인이 가장 두려워하는 병으로 모든 사람이 다 걸리는 병은 아니지만 나이가 많을수록 발병 가능성이 증가되는 만성퇴행성 질병이다. 병이 진행됨에 따라 인지기능 및 일상생활 능력이 저하, 인격의 황폐화로 환자뿐만 아니라 가족에게 정신적, 신체적, 경제적 부담과 고통, 사회적인 부담을 초래한다. 우리나라의 치매환자 수는 2016년 약 69만명으로 추정되며, 향후 17년마다 두 배씩 증가하여 2024년에는 100만, 2041년에는 200만을 넘어설 것으로 예상된다. 치매 발병률은 인

주요어: 치매, 인식도, 태도, 우울

Address reprint requests to: Lee, Eun Ja

College of Nursing, Gachon University, 191 Hambakmoero, Yeonsu-gu, Incheon 21963, Korea

Tel: +82-32-820-4209 Fax: +82-32-820-4201 E-mail: ejlee@gachon.ac.kr

Received: 30 October 2017 Revised: 17 November 2017 Accepted: 20 November 2017

구 1,000명당 연간 7.9명으로 매 12분마다 1명의 새로운 치매환자가 발생할 것으로 예상된다[2].

2016년 건강보험심사평가원의 최근 5년간(2011-2015년) 치매에 대하여 분석한 결과[3]에 의하면 2015년 기준 진료인원은 약 46만명, 총진료비는 약 1조 6,285억원으로 2011년 대비 진료인원은 연평균 증가율 11.7%, 총진료비는 17.7%로 각각 증가하였다. 특히 90대 이상은 전체 인구 10명 중 3명 이상이 '치매로' 진료를 받았다. 치매 환자의 증가는 의료비의 증가로 이어져 치매로 인한 가족의 부양부담과 사회 경제적 비용 부담이 증가하고 있다. 여성의 사회 진출과 핵가족화, 자녀의 부양역시 약화 등으로 가정에서 이러한 부양부담으로 상당한 고통과 어려움이 있는 현실에서 치매의 예방, 조기 검진 및 치료 및 관리 등에 대한 올바른 인식, 치매에 대한 긍정적인 태도를 갖는다면 이와 같은 부담을 극복하는데 상당한 도움이 있을 것이다.

2014년 전국민 치매인식도 조사에서 중장년층은 암보다 더 두려운 질병이 치매라고 하였고 나이가 많을수록 치매에 대한 두려움과 유병율이 증가하고 있는 반면에 치매 환자나 가족들 중 절반은 자신들이 필요로 하는 서비스가 존재하는지에 대한 정보가 없어 이용하지 못하고 있는 실정이다[4]. 2014년 성인을 대상으로 한 치매인식도 조사에서 인천광역시민의 치매 인식도 점수 외[5], 2015년 서울특별시민을 대상으로 조사한 치매 인식도 점수는 비교적 낮은 수준이었다[6]. 중년 성인 397명을 대상으로 한 조사기에서 치매지식은 정답률이 68.7%로 체계적이고 전문적인 치매 관련 지식이 부족하여 효과적으로 치매를 관리하지 못한다고 보고하였다. I시 일개 구 복지관에서 저소득층 여성을 대상으로 노인 간병활동을 위한 교육프로그램에 참여한 40대와 50대 여성을 대상으로 한 연구[8]에 의하면 치매지식수준은 비교적 낮은 수준으로 치매관련 지식의 체계적 보급을 위한 정책적 마련이 필요하다고 하였다. 2012년 보건복지부에서 전국 65세 이상 노인 6,008명을 대상으로 치매에 대한 전반적 인지 수준을 조사한 연구에서 2008년 결과 보다 2012년에 다소 상승하였다[9]. 이와 같이 치매 인식도가 비교적 낮은 뿐만 아니라 치매 인식도가 연구대상자와 연구 도구에 따라 차이가 있어 반복 연구를 통하여 확인해 볼 필요가 있다.

태도는 하고자하는 행동을 형성하는 결정적인 요인으로 지식과 더불어 행동에 영향을 미치는 중요한 변인이다. 치매에 대한 올바른 이해와 긍정적인 태도를 갖는 것은 치매노인을 돌보는데 중요한 요소라고 할 수 있으며 치매에 관한 태도와 인식에 따라 돌봄 방법이 달라질 수 있고 나아가 돌봄의 질에도 영향을 미칠 수 있다[10]. 인천광역시민의 치매 태도 정도는 비교적 낮은 편이

었고 Y구는 인천광역시 조사 보다 다소 높았다. 지식척도는 학력이 낮을수록 높았고, 안정척도는 남성이 여성보다 높았다[5]. 따라서 고학력자와 여성을 대상으로 치매에 대한 관심과 지식을 신장해야 할 필요가 있다고 주장하였다. I시 일개 구 복지관에서 저소득층 여성을 대상으로 노인 간병활동을 위한 교육프로그램에 참여한 40대와 50대 여성을 대상으로 한 연구[8]에서 치매 태도는 비교적 낮은 점수였다. 개인의 행동 변화를 유도하거나 연구하려면 먼저 태도에 관심을 가져야함에도 불구하고 치매 태도에 대한 선행연구는 K군에 거주하는 75세 이상의 후기노인의 치매 인식도와 태도가 신체활동에 미치는 영향, 도시와 농촌복합도시인 G시에 거주하는 도농복합도시 노인의 치매 지식, 태도 및 예방활동[11,12] 등 매우 미흡한 수준이다. 따라서 치매 인식과 치매 태도에 대한 반복연구가 필요하다.

우울한 사람들은 우울하지 않은 사람보다 부정적인 사고를 많이 하고 긍정적인 사고를 적게 한다[13]. 2015년도 조사에 의하면 전국의 우울감 경험율은 6.0%, 인천광역시 우울감 경험률은 7.9%, Y구는 9.1%로 Y구가 가장 높았다. Y구의 우울감 경험률은 남자보다 여자가 더 높았고 60대가 가장 높았다. '자살 생각'은 전체 10.1%, 여자의 자살 경험률이 높았고, 60세 이상의 노인이 자살 경험률이 높았다[15]. 노인의 건강상태를 조사한 연구[14]에서 44.2%가 만족하지 않았으며, 전체노인의 33.1%는 우울증상을 호소하였다. 노년기 우울증과 최근의 우울증 병력이 알츠하이머병의 발병과 높은 상관관계가 있고, 혈관성 치매에서 우울증이 동반되며, 파킨슨병에서도 우울증이 흔히 동반된다. 경로당 이용 노인 중에 치매의심 노인이 정상 인지기능 노인보다 우울정도가 높았다. 65세 이상 남녀 8311명을 대상으로 2년마다 외로움을 묻는 설문조사와 인지기능 테스트를 함께 실시한 결과, 외로움이 심하고 우울한 노인은 그렇지 않은 노인에 비해 인지기능 저하속도가 20% 더 빠른 것으로 나타났다[16,17]. 우울 경험률이 높을 경우 사회활동이 감소되어 인지기능에 영향을 미칠 것으로 기대되며, 또한 부정적인 사고를 많이 하게 되어 치매태도에도 영향[13]을 미치므로 우울정도를 조사하여 적절한 관리를 해야 할 필요가 있다.

치매 인식도, 치매 태도는 전국적으로 또는 광역시 수준으로 선행연구가 이루어졌고 구 단위의 연구는 거의 찾을 수가 없었으며, 특히 치매 인식도, 치매 태도 및 우울 정도를 조사한 선행연구가 거의 없었다. 연구는 Y구에 거주하고 있는 성인 지역주민을 대상으로 치매 인식도와 치매 태도, 우울정도에 대하여 조사함으로써 치매를 예방하고 관리하기 위한 기초자료로 제공하고자 한다.

## 2. 연구 목적

연구 대상자의 치매 인식도와 치매 태도 및 우울을 파악하여 치매 조기발견 및 관리 정책의 합리적 수립과 효율적 운영을 위한 기반을 구축하고 치매 예방 및 관리, 홍보 효율화에 기여하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 지역주민의 일반적인 특성을 확인한다.
- 2) 지역주민의 치매 인식과 치매에 대한 태도 그리고 우울의 정도를 파악한다.
- 3) 지역주민의 일반적 특성에 따른 치매 인식과 치매 태도 그리고 우울간의 차이를 확인한다.
- 4) 지역주민의 치매 인식과 치매 태도 그리고 우울간의 상관관계를 확인한다.
- 5) 지역주민의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 인천의 1지역 주민의 치매에 대한 인식과 태도 그리고 우울정도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상

대상자는 연구자의 편의추출에 의하여 인천시에 소재하는 Y구 주민을 대상으로 편의 표집하였다. 다중회귀분석을 위한 표본수는 G\*Power 3.1.9.2. version을 이용하여 산정하였으며 Linear multiple regression fixed model, 예측요인 수 15, 유의수준 .05, 효과 크기 .15, 검정력 .95로 하였을 때 필요한 표본수는 199명으로 탈락률을 고려하여 240명을 조사하였다. 그 중 이중 표기, 누락 등 응답이 불성실한 24부를 제외한 총 226부(94.2%)로 인천시 Y구 사회복지박람회 참여한 구민으로부터 수집한 184부, Y구 소재 10개 경로당 이용자로부터 수집한 27부, 가정방문으로 수집한 15부를 최종 자료로 분석에 활용하였다.

대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 대상자는 만 19세 이상으로 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여하기로 동의한 자
- 의사소통이 가능하고 설문지에 응답할 수 있는 자
- 정신질환이 없는 자

### 3. 자료수집

설문지를 배부하기 전에 Y구 치매통합관리센터에 방문한 보

호자 10명에게 설문지 문항 내용에 대한 예비조사를 실시하여 의미가 불분명한 부분을 수정하였다. 2017년 2월 1일부터 2017년 5월 30일까지 치매통합관리센터에 근무 중인 연구자와 가정방문간호사, 치매선별검사 담당 간호사, 작업치료사가 인천시 Y구 사회복지박람회 참여한 구민 Y구 소재 10개 경로당과 가정을 방문하여 자료를 수집하였다. 설문지는 일대일로 대면하여 직접 읽어 주고 대상자의 반응을 기록하는 방식으로 작성하였으며 설문지 작성 소요시간은 20분~30분 정도이었다.

### 4. 윤리적 고려

본 연구의 목적, 방법, 절차, 및 개인정보 보호에 대해서 G 대학교 생명윤리위원회의 승인(1044396-201701-HR-009-01)을 받은 후, 승인 내용에 준하여 연구를 진행하였다. 연구자는 연구대상자에게 연구의 목적과 취지를 설명하고 자발적으로 참여할 의사가 있는 경우 연구동의를 서면으로 확인하였다. 윤리적 측면을 설명하여 연구 도중 언제든지 중단할 수 있으며 모든 자료는 익명으로 처리되고 응답결과는 오직 순수한 연구 목적으로만 사용하게 되며, 연구목적 이외의 용도로는 사용되지 않음을 설명하였다. 연구 대상자에게는 소정의 선물을 제공하였으며 윤리적 고려를 하고자 최선을 다하였다.

### 5. 연구도구

#### 1) 치매 인식도

치매 인식도는 치매의 원인 증상 및 관리방법에 대한 지식수준을 의미하며, 본 연구에서는 Cho 등[18]이 개발한 도구를 이용하여 측정하였다. 치매 인식도 설문지는 치매의 원인에 대한 항목 5개, 역학 및 제도에 대한 항목 3개, 증상 및 진단에 대한 항목 4개, 치료 및 예방에 대한 항목 3개로 총 15문항으로 구성되어 있다. 치매 인식도 수준을 묻는 문항은 '그렇다'와 '그렇지 않다'로 응답하도록 하였고 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 하여 전체 점수의 범위는 0~15점이고 점수가 높을수록 치매 인식도가 높은 것을 의미한다. 치매 인식도 측정도구는 해당분야 관련 전문가로 구성된 치매전공 정신과 교수 3명과 간호대학 교수 1인의 광역치매센터장 1명, 치매통합관리센터장 3명, 치매통합관리센터 및 치매주간보호센터 팀장인 간호사 13명에게 내용타당도 검증을 받았으며 CVI는 .948이었다.

#### 2) 치매 태도

치매 태도는 치매나 치매환자에 대한 개인의 정서적 혹은 행위적 생각이나 경향성을 의미[19]하며, 본 연구에서는 Kim 등[20]

이 개발한 도구(Dementia Attitude Scale, DAS)로 측정하였다. DAS는 치매에 대한 태도를 평가하기 위하여 총 20문항으로 구성되어 있으며, 인지적인 측면을 평가하는 10문항의 지식소척도와 정서 및 행동을 평가하는 10문항의 안정소척도로 구성되어 있다. 2, 6, 8, 9, 16, 17의 6개 문항은 역으로 계산되며, 한 문항 당 1점부터 7점까지 대답하도록 되어있다. 전체 점수의 범위는 20~140점이고, 점수가 높을수록 치매에 대한 긍정적인 태도를 가지고 있다는 것을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.83$ 이었고, 본 연구에서는 .77이었다.

### 3) 우울

우울은 개인이 지각하는 저하된 기분 상태에서 병적인 상태에 이르는 근심, 침울감, 무기력감 및 무가치함을 의미[21]하며, Cho 등[22]의 한국어판 단축형 노인우울척도(Short-form Geriatric Depression Scale, SGDS-K)로 측정하였다. SGDS-K는 15문항으로 구성되어 있고, 최근 1주일동안의 기분을 이점척도(1점: 우울성 응답, 0점: 비우울성 응답)로 측정하며, 전체 점수의 범위는 0점~15점까지이며, 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것을 의미하고, 5점을 기준점으로 5점 이상을 우울이 있음으로 판단한다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.95$ 였으며, 이 도구의 신뢰도 Kuder and Richardson-20(KR-20) 계수는 한국판 도구개발 당시의 신뢰도는 .89 이었고, 본 연구에서는 .81이었다.

## 6. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0프로그램을 사용하여 분석하였고, 주요변수가 정규분포임을 확인하여 분석하였다(Kolmogorov-Smirnov test). 대상자의 일반적인 특성 및 주요변수인 치매 인식도, 치매 태도, 우울은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 산출하였다. 관련변수의 신뢰도는 CVI와 Cronbach's  $\alpha$ 를 이용하여 산출하였다. 일반적 특성에 따른 치매 인식도, 치매 태도, 우울의 차이는 t-test, ANOVA, post-hoc Scheffe로 분석하였다. 연속변수인 치매 인식도, 치매 태도, 우울과 연령의 상관관계는 Pearson's correlations test로 분석하였다. 우울에 영향을 미치는 요소를 파악하기 위해, 차이검정과 상관관계에서 유의성을 나타낸 변수들을 투입하여 "진입" 방식으로 다중회귀 분석을 실시하였다.

## 7. 연구의 제한점

본 연구는 편의 표집 된 일개 구 지역주민을 대상으로 수행되었으므로 본 연구결과를 일반화하는 것에 무리가 있다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적 특성은 여성이 165명(73%), 남성 61명(27%)이었고, 50대 54명(23.9%), 40대 51명(22.6%), 80세 이상 13명(5.8%)으로 평균연령은 50.1세였다. 교육수준은 고등학교 졸업이 98명(43.4%)으로 가장 많았으며 의료보장 유형은 국민의료보험이 201명(88.9%)으로 대부분이었다. 145명(64.2%)이 결혼하였고 동거가 184명(81.4%), 42명(18.6%)이 독거상태였다. 직업은 무직/주부가 125명(55.3%)으로 가장 많았고, 153명(67.7%)이 술을 마시지 않았으며, 194명(85.8%)이 비흡연자였다. 운동은 112명(49.6%)이 가벼운 운동을 하고 있었고, 치매가족력은 174명(77.0%)이 없었다. 치매교육은 153명(67.7%)이 경험이 없었고, 69명(30.5%)만이 경험이 있었다(Table 1).

### 2. 치매 인식도, 치매 태도, 우울 정도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 치매 인식도는 연령( $p<.001$ ), 교육정도( $p<.001$ ), 결혼상태( $p=.007$ ), 운동( $p=.022$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후분석결과 연령은 20대와 30대가 70대보다 치매 인식도가 높았고, 20대가 80세 이상보다 치매 인식도가 높았다. 교육정도는 초졸 이하가 중졸이나 고졸보다 치매 인식도가 낮았고, 결혼상태는 미혼이 결혼이나 별거/이혼보다 치매 인식도가 높았다.

치매 태도는 직업( $p=.031$ ), 치매가족력( $p<.001$ ), 치매교육경험( $p<.001$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후분석결과 치매교육경험에서 교육경험이 있는 경우가 없는 경우보다 치매 태도가 유의하게 높았다.

우울은 의료보장유형( $p<.001$ ), 음주정도( $p=.035$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후분석결과 의료보장 유형에서 의료보험 1종이 국민의료보험보다 우울 정도가 유의하게 높았다(Table 1).

### 3. 치매 인식도, 치매 태도, 우울 정도

치매 인식도는 평균 11.09±1.88점이었으며, 치매 태도는 평균 85.94±14.56점으로 하부항목인 지식소척도는 평균 46.92±8.39점, 안정소척도는 평균 39.03±9.67점이었으며, 우울정도는 평균 2.37±2.77점이었으며(Table 2).

### 4. 치매 인식도, 치매 태도, 우울 및 연령의 상관관계

치매 인식도는 치매 태도와 유의하게 양의 상관관계가 있었고( $r=.15, p=.024$ ), 연령과 음의 상관관계가 있었다( $r=-.36, p<.001$ ). 우울은 치매태도와 유의한 음의 상관관계가 있었다( $r=-.16, p=.016$ )(Table 3).

**Table 1.** Differences in the Level of Perception of and Attitude toward Dementia and Depression of Sample Characteristics (N=226)

| Variables                   | Characteristics                    | n(%)      | Perception of Dementia |              | Attitude toward Dementia |         | Depression |        |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------|------------------------|--------------|--------------------------|---------|------------|--------|
|                             |                                    |           | M±SD                   | t/F(p)       | M±SD                     | t/F(p)  | M±SD       | t/F(p) |
| Gender                      | M                                  | 61(27.0)  | 10.77±1.73             | 2.46         | 88.20±12.90              | 2.01    | 2.57±3.19  | 0.46   |
|                             | F                                  | 165(73.0) | 11.21±1.93             | (.118)       | 85.11±15.08              | (.158)  | 2.29±2.61  | (.497) |
| Age(yr)                     | M±SD                               |           | 50.1±18.1              |              |                          |         |            |        |
|                             | ≤29 <sup>a</sup>                   | 42(18.6)  | 12.25±1.69             | 6.91         | 84.68±12.31              | 0.79    | 1.98±2.03  | 1.61   |
|                             | 30-39                              | 15(6.6)   | 10.87±2.36             | (<.001)      | 79.47±14.17              | (.580)  | 1.73±2.12  | (.147) |
|                             | 40-49 <sup>b</sup>                 | 51(22.6)  | 11.25±1.44             | a,b>c<br>a>d | 87.27±14.37              |         | 2.69±3.07  |        |
|                             | 50-59                              | 54(23.9)  | 11.07±1.79             |              | 85.98±14.62              |         | 1.94±2.40  |        |
|                             | 60-69                              | 30(13.3)  | 10.83±1.88             |              | 88.50±17.64              |         | 2.17±2.73  |        |
|                             | 70-79 <sup>c</sup>                 | 21(9.3)   | 9.52±2.11              |              | 85.38±14.59              |         | 3.52±3.94  |        |
|                             | ≥80 <sup>d</sup>                   | 13(5.8)   | 10.08±1.26             |              | 86.77±14.39              |         | 3.46±3.15  |        |
| Education                   | ≤Elementary <sup>a</sup>           | 37(16.4)  | 9.78±1.86              | 8.82         | 84.86±12.79              | 0.43    | 3.49±3.43  | 2.47   |
|                             | Middle school <sup>b</sup>         | 77(34.1)  | 11.10±1.90             | (<.001)      | 85.00±14.20              | (.733)  | 2.19±2.59  | (.063) |
|                             | High school <sup>c</sup>           | 98(43.4)  | 11.56±1.68             | a<b,c        | 86.69±15.03              |         | 2.11±2.50  |        |
|                             | ≥College                           | 14(6.2)   | 11.21±1.76             |              | 88.71±18.27              |         | 2.14±3.16  |        |
| Medical security            | Medical insurance <sup>a</sup>     | 201(88.9) | 11.17±1.91             | 1.16         | 85.41±13.44              | 2.40    | 2.14±2.42  | 9.45   |
|                             | Medical aid 2                      | 14(6.2)   | 10.64±1.69             |              | 94.14±24.31              |         | 3.07±3.27  | a<b    |
|                             | Medical aid 1 <sup>b</sup>         | 11(4.9)   | 10.27±1.42             |              | 85.27±16.99              |         | 5.64±5.33  |        |
| Marrital status             | Married <sup>a</sup>               | 145(64.2) | 10.93±1.76             | 5.12         | 86.21±14.90              | 0.10    | 2.32±2.79  | 1.37   |
|                             | Bereavement & Divorce <sup>b</sup> | 25(11.1)  | 10.56±1.73             | (.007)       | 84.88±16.28              | (.909)  | 3.20±3.62  | (.256) |
|                             | Unmarried <sup>c</sup>             | 56(24.8)  | 11.75±2.12             | a,b<c        | 85.73±13.04              |         | 2.13±2.23  |        |
| Status of cohabitation      | Solitude                           | 42(18.6)  | 10.67±2.49             | 2.66         | 82.29±10.48              | 3.29    | 2.74±3.13  | 0.92   |
|                             | Cohabitation                       | 184(81.4) | 11.19±1.71             | (.104)       | 86.78±15.24              | (.071)  | 2.28±2.68  | (.337) |
|                             | Unemployed /Housewife              | 125(55.3) | 10.91±2.02             | 1.19         | 83.79±14.78              | 2.51    | 2.77±3.11  | 1.33   |
|                             | Manager                            | 13(5.8)   | 10.85±1.99             | (.314)       | 95.96±17.71              | (.031)  | 2.23±2.35  | (.252) |
|                             | Professionals                      | 31(13.7)  | 11.81±1.62             |              | 90.23±15.26              |         | 1.55±1.80  |        |
|                             | Office worker                      | 31(13.7)  | 11.19±1.82             |              | 87.52±12.18              |         | 2.03±2.48  |        |
|                             | Service industrial employees       | 22(9.7)   | 11.09±1.48             |              | 85.92±10.91              |         | 1.91±2.31  |        |
|                             | et cetera                          | 4(1.8)    | 11.25±0.96             |              | 80.00±10.86              |         | 1.75±2.22  |        |
| Alcohol drinking (unit/day) | No                                 | 153(67.7) | 10.95±1.86             | 0.97         | 85.24±15.22              | 1.12    | 2.12±2.58  | 2.91   |
|                             | 1                                  | 50(22.1)  | 11.38±2.03             | (.406)       | 86.34±11.52              | (.343)  | 2.74±2.97  | (.035) |
|                             | 2                                  | 12(5.3)   | 11.17±1.64             |              | 93.17±16.04              |         | 2.08±1.73  |        |
|                             | ≥3                                 | 11(4.9)   | 11.64±1.69             |              | 86.00±15.69              |         | 4.45±4.32  |        |
| Smoking (pack/day)          | No                                 | 194(85.8) | 11.16±1.84             | 1.78         | 85.53±14.74              | 0.46    | 2.30±2.70  | 0.39   |
|                             | <0.5                               | 15(6.6)   | 11.33±2.02             | (.152)       | 87.33±11.29              | (.711)  | 2.73±3.49  | (.759) |
|                             | 0.5-<1                             | 15(6.6)   | 10.20±2.24             |              | 89.87±16.28              |         | 2.93±3.10  |        |
|                             | ≥1                                 | 2(0.9)    | 9.50±0.71              |              | 86.50±3.54               |         | 1.50±0.71  |        |
|                             | No                                 | 46(20.4)  | 11.65±1.780            | 3.28         | 82.91±13.93              | 1.51    | 2.33±2.70  | 1.41   |
| Family history of dementia  | Light                              | 112(49.6) | 10.82±2.09             | (.022)       | 85.54±15.25              | (.212)  | 2.71±2.98  | (.240) |
|                             | Moderate                           | 41(18.1)  | 11.49±1.43             |              | 88.32±14.27              |         | 1.90±2.17  |        |
|                             | Excessive                          | 27(11.9)  | 10.67±1.59             |              | 89.19±12.50              |         | 1.74±2.73  |        |
|                             | No                                 | 174(77.0) | 11.00±1.91             | 1.85         | 84.00±13.54              | 14.25   | 2.20±2.58  | 2.74   |
| Education about Dementia    | Yes                                | 52(23.0)  | 11.40±1.80             | (.176)       | 92.44±16.07              | (<.001) | 2.92±3.30  | (.099) |
|                             | Yes <sup>a</sup>                   | 69(30.5)  | 11.12±2.19             | 0.49         | 93.68±16.99              | 15.88   | 2.13±2.72  | 0.76   |
|                             | No <sup>b</sup>                    | 153(67.7) | 11.06±1.75             | (.612)       | 82.54±12.03              | (<.001) | 2.50±2.80  | (.469) |
|                             | Unknown                            | 4(1.8)    | 12.00±1.41             |              | 82.75±6.50               | a>b     | 1.25±2.50  |        |

**Table 2.** Level of Perception of and Attitude toward Dementia and Depression (N=226)

| Variables                | M±SD        |
|--------------------------|-------------|
| Perception of Dementia   | 11.09±1.88  |
| Attitude toward Dementia | 85.94±14.56 |
| Degree of knowledge      | 46.92±8.39  |
| Degree of stability      | 39.03±9.67  |
| Depression               | 2.37±2.77   |

**5. 우울의 영향요인**

우울의 영향요인은 단변량분석과(의료보장 종류, 음주정도) 상관관계 분석에서(치매 태도) 통계적으로 유의한 변수를 이용하여 다중회귀분석을 실시하였다.

우울에 유의한 영향요인은 치매 태도, 의료보장유형, 음주정도로 결정계수(Adjusted R<sup>2</sup>)는 .12로 총 설명력이 12.0%였다.

우울의 가장 큰 영향요인은 의료보장 유형(β=.27)으로 의료보호 1종이 유의한 영향요인이었으며, 두 번째 영향요인은 치매 태도로(β=-.19) 낮은 치매 태도가 우울에 영향요인이었다. 마지막으로 영향요인은 음주정도로(β=.16) 가장 많은 음주를 하는 경우 우울의 영향요인이었다(Table 4).

독립변수에 대한 회귀분석 가정을 검증한 결과 오차의 자기상관(독립성) 검증에서는 Dubin-Watson 통계량이 1.921로 2와 가까워 자기상관이 없는 것으로 나타나 잔차의 등분산성과 정규 분포성 가정을 만족하는 것으로 나타났다. 다중공선성 문제는 공차한계(tolerance)가 .991으로 1.0이하로 나타났으며, 분산팽창인자(Variation Inflation Factor, VIF)도 1.010으로 10을 넘지 않았으며, 상태지수(CI)는 1.000-16.489로

30미만인 것으로 나타나 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다 (Table 4).

**논의**

본 연구는 Y구 주민을 대상으로 치매 인식도, 치매 태도, 우울정도를 파악하고자 시도하였고 조사 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

치매 인식도 문항 중 “규칙적인 운동이 치매에 예방에 도움이 된다.”가 97.8점으로 가장 높았고 “일찍 치료를 시작하면 치매 진행을 늦출 수 있다.” 96.9점, “치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.” 94.7점 순이었다. 오답이 가장 많은 것은 “노인은 100명 중 한명 꼴로 치매에 걸릴 수 있다.”로 35.8점, “남자보다 여자가 치매에 잘 걸린다.” 56.8점, “치매는 치료가 불가능하다.” 59.3점, “부모가 치매환자면 자식도 치매에 걸리게 된다.” 61.6점 순이었다. 이와 같은 결과는 인천 시민을 대상으로 조사한 연구[5]와 거의 유사하였고, 후기노인을 대상으로 치매 인식도를 조사한 연구[11]에서 치매의 역학 및 발생원인과 관련된 지식이 낮았다고 보고한 결과와도 유사하였다. 인천광역시[5]와 비교하였을 때 인식수준이 낮았으며, 치매 인식도는 평균 11.09점(73.9 점/100점 만점)으로 서울특별시[6]의 평균 8.6점(71.7점/100점 만점), 전 국민을 대상으로 조사한 결과[9] 64.7점(100점 만점)보다 높게 나타났다. 인천광역시[5] 치매 인식도의 평균점수 11.53점(76.9점/100점 만점)와 유사한 결과를 보였으나, 2014년 Y구 10.10점 보다 높게 나와 지역 주민의 치매에 대한 인식이 개선되었음을 확인하였다. 이와 같은 결과는 치매 인식개선을 위한 주민강좌, 홍보 및 경로당

**Table 3.** Pearson’s Correlation for the Study Variables

(N=226)

| Variables                   | Perception of Dementia | Attitude toward Dementia | Depression | Age  |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------|------------|------|
|                             | r (p)                  | r (p)                    | r (p)      | (yr) |
| 1. Perception of Dementia   | 1.00                   | -                        | -          | -    |
| 2. Attitude toward Dementia | .15 (.024)             | 1.00                     | -          | -    |
| 3. Depression               | -.05 (.417)            | -.16 (.016)              | 1.00       | -    |
| 4. Age (yr)                 | -.36 (<.001)           | .06 (.383)               | .12 (.067) | 1.00 |

**Table 4.** Linear Regression Analysis Predicting depression

(N=226)

| Variables                        | B     | SE   | β    | t     | p     |
|----------------------------------|-------|------|------|-------|-------|
| Constant                         | 2.85  | 1.12 |      | 2.55  | .012  |
| Attitude toward Dementia         | -0.04 | 0.01 | -.19 | -3.01 | .003  |
| Medical security (medical aid 1) | 1.57  | 0.63 | .27  | 4.35  | <.001 |
| Alcohol drinking(≥3 units/day)   | 0.54  | 0.22 | .16  | 2.48  | .014  |

F(p)=11.04(<.001) Adj. R<sup>2</sup>=.12

과 시설을 방문한 치매 예방 교육 등에 의한 효과라고 사료된다. 하지만 치매 원인에 대한 왜곡된 지식으로 두려움과 진단의 지연, 치료가 불가능하다는 판단으로 소극적인 치료로 치매의 예방과 관리에 지대한 영향을 미치리라 사료된다.

연령에 따른 치매 인식도에서 20대 12.25점, 40대 11.25점, 50대 11.07점, 30대 10.87점으로 35-44세 젊은 중년기군에서 치매지식이 높다고 한 연구 결과기와 연령의 증가에 따라 치매 인식도가 낮았다고 보고한 결과[11]와 부분적으로 일치하였다. 그러나 서울특별시민을 대상으로 조사한 연구[6]에서는 40대 평균 3.0점, 50대 평균 3.3점, 60대 이상 3.2점으로 40대가 인식도 점수가 낮아 일치하지 않았다. 향후 연령에 따른 치매 인식도 조사를 해야 할 필요가 있다고 생각되며 노인을 대상으로 치매 인식도 개선을 위한 프로그램 개발 및 적용이 필요하다고 사료된다.

교육수준에 따라 치매 인식도에 유의한 차이가 있었으며 중졸 이하 11.10점과 고졸 이하 11.56점으로 초등학교졸업 이하 9.78점보다 치매 인식도가 높았다. 본 연구 결과는 교육수준이 높을수록 인식도 점수가 높게 나타난 결과[5,6]와 다소 차이가 있었다. 이것은 대상자의 차이에 의한 것으로 사료되는바 저학년부터 치매 인식도 개선을 위한 교육을 할 필요가 있다고 생각된다. 또한 교육수준에 따른 치매 인식도 차이를 확인하기 위한 광범위하고 다양한 인구집단을 대상으로 치매 인식도에 대한 반복연구가 필요하다고 사료된다.

결혼여부에 따라 치매 인식도에 차이를 보였는데 기혼 10.93점, 사별과 이혼 10.56점, 미혼 11.75점으로 미혼이 기혼, 이혼과 사별보다 치매 인식도 점수가 높았다. 인천광역시 연구[5]에서도 미혼에서 평균 10.8점, 기혼 10.4점, 사별(이혼) 9.7점으로 통계적으로 유의한 차이를 보고한 연구와 유사한 결과를 보였다. 미혼이 기혼, 사별과 이혼보다 연령이 낮아서 연령이 저하될수록 치매 인식도가 높은 것으로 생각된다. 기혼, 사별과 이혼 집단을 대상으로 한 치매 인식도 개선을 위한 교육 및 홍보가 강화되어야 할 필요가 있다.

치매 인식도는 운동에 따라 유의한 차이가 있었으나 이에 대한 선행 연구가 없어 직접적인 비교를 할 수 없었다. 건강에 대한 관심이 있어 꾸준한 운동을 하는 경우에 치매에 대한 관심이 높아서 인식도가 높으리라고 사료되며 이에 대한 확인을 위해 향후 후속연구가 필요하다고 생각된다.

치매 인식도와 성별, 의료보장, 동거상태, 직업, 음주, 흡연, 치매가족력, 치매교육과는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이 결과는 인천광역시민과 서울특별시민을 대상으로 연구한 결과[5,6]와 후기노인을 대상으로 한 연구[11]와도 부분적으로 유사하였다. 본 연구에서 치매 인식도와 직업은 통계적으로 유의한 차

이가 없었으나 인천광역시민을 대상으로 한 연구[5]에서는 직업에 따라 차이가 있어 결과가 일치하지 않았으며 직업 분류의 차이에 기인한 것으로 사료되는바 향후 반복연구를 통해 확인할 필요가 있다.

본 연구에서 치매 태도는 평균 85.94점(61.4점/100점 만점)으로 인천광역시민의 평균 84.8점(16.3점), 19세 이상으로 한 Y구 평균 82점(58.6점/100점 만점)보다 높은 결과를 보였다[5]. 그러나 Kim과 Yang [12]은 치매 태도 점수가 도시지역 노인이 평균 42.31점(70점/100점 만점), 농촌지역 노인이 평균 40.57점(67점/100점 만점)이었고, 75세 이상의 후기노인을 대상으로 한 연구[11]에서는 평균 40.63점(67.2점/100점 만점)이었는데 본 연구에서 70대 평균 85.38점(61.0점/100점 만점) 80세 이상 86.77점(62.0점/100점 만점)으로 다소 낮은 결과를 보였다. 이와 같은 차이는 연구도구와 대상자의 차이에 기인한 것으로 사료 되는 바 향후 교육 및 홍보 실세계에 3차원 가상물체를 겹쳐보여 주는 기술인 증강현실 체험 등을 통한 치매에 대한 태도를 개선시키기 위한 적극적인 노력을 기울여야겠다. 치매 태도는 직업, 치매 가족력, 치매 교육에 따라 유의한 차이가 있어서 인천광역시민[5]의 경우 소득과 직업에서 유의한 차이가 있는 것과 유사한 결과를 보였다. Jang [10]은 한국 케어워커들이 치매지식 수준이 높을수록, 노인에 대한 태도가 긍정적일수록, 연령이 낮을수록 치매 태도가 긍정적이었다고 보고하였다. 이와 같은 차이는 본 연구에서는 65세 미만이 대상자의 79.2%이었으나 Jang [10]의 연구에서는 50세 이상이 47.2%로 연구대상자의 연령의 차이에 의한 것으로 사료된다. 일본의 케어워커들은 노인에 대한 태도가 긍정적일수록 치매 지식수준이 높을수록 치매노인 접촉경험이 있는 경우, 근무 경력이 길수록 치매 태도가 긍정적이었다. 이 결과는 본 연구에서의 치매가족력이 있는 경우, 치매 교육 경험이 있는 경우에 치매 태도 점수가 높은 점과 유사하였다. 그 외에 성별, 연령, 교육, 의료보장, 결혼상태, 동거 상태, 음주, 흡연, 운동과는 차이가 없었다. 이와 같은 결과는 태도가 본인 스스로 치매에 대한 생각과 관심이 있어야 하므로 본인의 관심도에 따라 차이가 있음을 알 수 있다. Moon [23]의 연구에서 40세 이상의 장노년층에서 치매 태도는 연령에 따라 유의한 차이가 있었고 기타 인구사회학적 특성에 따라서 차이가 없었다. 본 연구와 다소 차이가 있는데 이는 대상자의 차이에 의한 것이라 사료된다.

치매 태도의 지식소척도는 70점 만점에 46.92점, 안정소척도는 39.03점이었는데 인천광역시민을 대상으로 한 연구[5]에서는 지식소척도 40.8점, 안정소척도 36.3점으로 본 연구에서 지식소척도와 안정소척도 점수가 더 높았다. 치매 인식도 조사와 동일한 목적의 평가도구의 치매 지식소척도가 치매에 대해 가지는 정서

및 치매 태도를 평가하는 안정소척도보다 높은 평균 점수를 보였다. 인천광역시<sup>5)</sup> 결과와 동일하게 지식척도 문항에 대한 평균 점수가 높게 나타났으며, 치매에 대한 객관적인 태도는 긍정적인 반면, 직접적인 접촉에 대해서는 아직 두려움과 불편함을 갖고 있는 것으로 나타났다. 따라서 치매에 대한 올바른 지식 전파뿐만 아니라 치매에 대한 정서 및 태도를 개선 할 수 있는 프로그램의 개발과 적용 및 효과 검증을 위한 후속연구가 필요하다고 생각된다.

우울 점수는 2.37점으로 점수가 낮아서 우울하지 않았지만 의료보장과 음주에 따라 유의한 차이가 있었다. 즉 의료보장은 개인의 소득과 재산 정도의 경제 상태를 반영한 것으로 소득수준이 낮을수록 우울점수가 높았고 보고한 Sung [24]의 연구와 일치하였다. 음주 정도가 높을수록 우울점수가 높은 것은 남녀 대학생을 대상으로 우울과 음주양상에 관한 조사연구<sup>25)</sup>에서 남학생의 우울군이 정상군에 비하여 음주빈도가 높다고 하여 본 연구 결과를 지지하였다. 그러나 그 외의 일반적 특성과 우울의 정도와는 관련이 없는 것으로 나타나 부분적으로 일치한 결과를 보였다. 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주상태, 직업, 흡연, 운동, 치매가족력, 치매교육과는 유의한 차이가 없었다. 이는 설문 조사에 응답하는 대상자들이 사회복지박람회나 경로당 프로그램 등 사회활동에 참여하면서 대인 커뮤니케이션 활동 수준이 높기 때문에 우울 점수가 높지 않은 것으로 생각된다. 65세 이상 노인을 대상으로 치매와 우울증 유병률에 대한 연구<sup>26)</sup>에서는 신체적 장애 중 뇌졸중, 낮은 교육수준, 낮은 사회적 지지가 우울 장애와 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 결혼상태와 음주, 흡연은 유의한 차이가 없어 본 연구와 부분적으로 일치하였다. 중고령 장애인의 우울 영향요인 연구<sup>27)</sup>에서 미혼인 경우 기혼 장애인보다 우울수준이 높았고 가족지지 및 친구 및 지인 지지가 보호요인으로 나타났다. 중년기에 유의한 변수는 인구사회학적 요인 중 사별/이혼이었다. 이는 연구 대상자의 차이에 의한 본 연구와의 차이가 있는 것으로 사료된다. 향후 사회생활을 하지 못하는 독거인을 포함한 연구를 수행하여 비교분석하여 볼 필요가 있다.

본 연구에서 치매 인식도 점수가 높을수록 치매에 대한 긍정적인 치매 태도를 보였는데 저소득층 중년여성의 치매관련 지식과 태도가 통계적으로 유의한 순상관관계가 있다고 보고한 연구<sup>8)</sup>와 일치하였다. 치매 지식의 습득을 위해 쉽고 정확한 정보를 제공하여 치매에 대한 두려움을 없애고 치매에 대한 긍정적인 태도를 갖게 하는 것이 치매의 예방활동과 조기치료에 도움을 줄 것이다<sup>28)</sup>. 따라서 치매조기검진의 필요성과 치매예방을 위한 생활실천방법 등에 대한 교육내용과 방법, 대상자의 접촉에

대하여 제고할 필요가 있다.

우울과 치매 태도와의 선행연구가 없어 직접 비교해 볼 수 없었으나 우울은 일상생활에서 흔히 경험할 수 있는 정서로 우울 자체가 피로의 원인이 되기도 하며<sup>29)</sup> 일할 능력을 감소시킬 수 있어 우울 점수가 높은 사람은 치매 태도 점수가 낮을 것으로 생각된다.

우울에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 의료보장 중에서 의료보호1종, 다음 순으로 치매에 대한 태도이며, 가장 연관성이 적은 항목은 음주이었다. 이는 의료보호 1종 대상자는 생계비를 지원받고 있는 저소득층이므로, 가구의 빈곤지위는 가구원의 우울에 영향을 미쳐 수입과 우울과의 관계가 있을 것으로 생각된다. Sung [24]의 연구에서도 절대빈곤 개념을 적용한 기초생활보장수급여부에 따른 우울의 차이가 매우 커서 수급자의 가구원이 2배 이상 우울정도가 높게 나타났다고 하여 본 연구의 결과를 뒷받침해 주었다. 또한 우울과 알코올의존이 유의한 인과관계가 있다고 보고한 연구<sup>30)</sup>의 결과와 본 연구결과와 일치하였다.

치매 인식도 개선을 위하여 치매예방과 간호에 대한 내용을 중요하게 다루어야 하며, 치매에 대한 긍정적인 태도는 지식을 통해 높아질 수 있고 이러한 긍정적인 태도는 치매에 대한 조기발견과 예방행위 등에 대해 적극적인 태도를 형성하게 된다<sup>8)</sup>. 이러한 긍정적인 태도를 증가시키기 위하여 다양한 교육 내용과 프로그램의 개발 및 적용이 필요하고, 우울을 감소시키기 위하여 저소득층 주민에 대한 사회안전망을 구축하기 위하여 체계적인 국민기초생활보장제도의 확립으로 개인별 소득수준이나 생활환경을 고려한 의료보장의 확대가 필요하다. 또한 3단위 이상의 음주의 심각성에 대한 경각심을 일깨우고 중독관리통합센터의 금주 프로그램과 연계함으로써 치매예방과 관리에 적극적으로 임해야겠다.

## 결론

Y구 지역 주민의 치매 인식도와 치매 태도 및 우울과의 관계를 파악한 결과 치매 인식도와 치매 태도를 개선시키기 위하여 경로당이나 복지관 또는 가정방문을 하여 치매의 원인, 증상, 치료 및 관리 등의 교육내용을 다양한 매체를 활용하여 교육할 뿐만 아니라 유치원 원아를 대상으로 한 교육도 필요하다고 생각되며, 초등학교, 중고등학교에 재직 중인 보건교사를 활용한 교육도 활성화되어야겠다. 학생과 일반인에게 치매 서포터즈 또는 치매 서포터즈 플러스 가입을 적극 권하여 자원봉사의 기회를 통하여 치매에 대한 이해도를 높이고 태도를 개선시켜야 하겠다. 또한 지역 주민을 대상으로 한 치매예방 및 관리에 대한 공개 강



좌 뿐만 아니라 소규모 집단으로 눈높이 맞는 맞춤형치매교실을 운영할 필요가 있다. Y구의 우울 정도는 낮았으나 우울감을 감소시키기 위하여 저소득층을 대상으로 한 사회안전망 구축이 확립되어야 하겠고, 음주습관을 변화시키기 위한 사회적 분위기 개선과 중독관리센터의 연계한 관리가 강화되어야 하겠다. 이와 같이 치매 인식도와 치매 태도를 보다 적극적으로 개선하고 우울을 감소시켜서 치매의 예방과 관리에 만전을 기해야겠다.

- 향후 의사소통이나 사회 교류가 원활하지 않은 복지관 경로당에 나올 수 없는 대상자를 포함 한 확대 연구를 실시하여 본 연구를 일반화하는데 도움이 되고자 제안한다.
- 치매인식도와 태도를 측정하기 위한 표준화된 도구를 개발하여 비교 연구할 것을 제안한다.
- 우울에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이가 나왔으나 설명력이 낮아 이에 대한 반복연구가 필요하다.

## REFERENCES

1. National Statistical Office. Population Projection : 2015~2065. Press Releases[Internet]. Government Complex-Daejeon: National Statistical Office; 2016 December[cited 2017 July 15]. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=357935&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=357935&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt).
2. Ministry of Health-Welfare. Research on Establishing the Third Comprehensive Plan of National Dementia Management(2016~2020). Research report. Sejong-si: Ministry of Health-Welfare.2015 November. Report No:11-1352000-001553-01
3. Health Insurance Review & Assessment Service. Irretrievable Disease, Dementia ... national medical expanses have been increased by 763 billion won for 4 years. Press Releases[Internet]. Wonju-si: Health Insurance Review & Assessment Service; 2016 April[cited 2017 July 11]. [http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020041000000&cmsurl=/cms/inform/02/1345775\\_271116.html&subject](http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020041000000&cmsurl=/cms/inform/02/1345775_271116.html&subject)
4. Kim KW. National Institute of Dementia Annual Report. Annual Report. Seongnam-si: National Institute of Dementia, 2014.
5. Incheon Metropolitan Dementia Center. Survey on Incheon citizen's Perception of Dementia and Attitude. Research report. Incheon Metropolitan: Incheon Metropolitan Dementia Center, 2014.
6. Seoul Metropolitan Center for Dementia. 2015 Survey on Dementia Awareness by the citizens of Seoul. Research report. Seoul Metropolitan: Seoul Metropolitan Center for Dementia, 2015.
7. Kim JA, Ko JK, Moon SN. Dementia Knowledge and Related Factors in Middle-aged Adults. Korean Journal of Adult Nursing. 2006;18(2):295-302.
8. Lee YW, Woo SM, Kim OR, Lee SY, Im HB. Relationships between Dementia Knowledge, Attitude, Self-Efficacy, and Preventive Behavior among Low Income Middle-Aged Women. Korean Journal of Adult Nursing. 2009;21(6):617-627.
9. Ministry of Health-Welfare. The Prevalence rate of dementia in 2012 is 9.18%, the number of patients with dementia is doubled every 20 years. Press Releases[Internet]. Sejong-si: Ministry of Health-Welfare; 2013 May[cited 2017 July 15]. [http://www.mohw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=2&CONT\\_SEQ=286138&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=치매](http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=2&CONT_SEQ=286138&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=치매)
10. Jang YJ. A Comparative Study on the Factors that Determine the Attitude Toward Dementia in Korea and Japan: Focusing on the Care Workers Who in Nursing Homes. Journal of the Korean Gerontological Society. 2014;34(2):333-348.
11. Lee JH, Suh SR, Kim EH. Influences of Dementia Knowledge and Dementia Attitude on Physical Activity of Old-Old Elderly. Journal of the Korean Gerontological Society. 2017;37(2):369-382.
12. Kim KM, Yang YO. The Dementia Knowledge, Attitude and Preventive Behavior of the Elderly Lived in the Urban-Rural Complex City. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society. 2016;17(1):485-492.
13. Kwon HH. The Relation of Negative, Positive Automatic Thoughts and Cognitive Balance in Dysphoria. The Korean Journal of Counseling. 2002;3(2):305-321.
14. Ministry of Health-Welfare, 2014 Survey on Korean senior citizens. Policy Report. Sejong-si: Korea institute for health and social affairs, 2014.11-1352000-001426-12. [https://wish.welfare.seoul.kr/upload/data/\\_20150409150150361.pdf](https://wish.welfare.seoul.kr/upload/data/_20150409150150361.pdf)
15. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Community Health Survey. Research Report. Cheongju-si: Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2015.11-1352477-000183-10. [https://chs.cdc.go.kr/chs/sub03/sub03\\_03.do](https://chs.cdc.go.kr/chs/sub03/sub03_03.do)
16. Park JS, Lee YW, Kim HS. Cognitive Impairment Risk Factors in Elders. Journal of Korean Gerontological Nursing. 2015;17(3):121-130.
17. Lee JH. If you smile, blessings will come upon you? Laughter prevents dementia. The Chosunilbo. 2015 August 4.
18. Cho MJ, Kim KW, Kim YH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. Nationwide Study on the Prevalence of Dementia in Korean Elders. Research Report. Seoul Metropolitan: Seoul National University Hospital, 2008.
19. Kim KH, Son DS, Kim HJ, Song JW. A Study on the relationships between family strengths of Elderly and Attitude toward Dementia. Journal of Community Welfare. 2015;53:341-365. <http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2015.53.2.341>
20. Kim KW, Kwak KP, Kim KS, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. Survey on Korean dementia senior citizens. Research Report. Seongnam-si: Seoul National University Bundang Hospital, 2011.
21. Battle J. Relationship between self-esteem and depression. Psychological Report. 1978;4:745-746. Cited by Kim KH, Kim OS. Depression and Drinking Pattern among College Students. Health & Nursing. 2000;12(1):43-53.
22. Cho MJ, Bae JN, Suh GH, Hahm BJ, Kim JK, Lee DW, et al. Validation of Geriatric Depression Scale, Korean Version (GDS) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. Journal of Korean Neuropsychiatry Association. 1999;38(1):48-62.
23. Moon JH. A Study on Knowledge of and Attitudes toward Dementia among Middle-aged and Older People. [master's thesis]. Iksan: Wonkwang University; 2014. pp.1-75.
24. Sung JM. Effects of Family and Household's Economic Factors on

- Depression: Panel Regression Analysis Using Fixed-Effect Model. *Social Science Research*. 2013;24(2):207-228.
25. Kim KH, Kim OS. Depression and Drinking Pattern among College Students. *Health & Nursing*. 2000;12(1):43-53.
  26. Suh GH, Kim JK, Yeon BK, Park SK, Yoo KY, Yang BK, et al. Prevalence and Risk Factors of Dementia and Depression in the Elderly. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*. 2000;39(5):809-824.
  27. Kim CS, Shin YR, Roh SH. Factors of Depression among the Disabled in Later Life: Comparisons of Middle Age and Old Age. *Studies in Humanities and Social Sciences*. 2017;54:77-96.
  28. Park YI, Park JS, Yoon HS, Kim NH, Chun JH. Level and Related Characteristics of Phobia (Fear) for Dementia among Community Dwelling Elderly. *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*. 2017;7(4):829-839.
  29. Beon JJ. Chronic Fatigue. *Samsung Medical Center*. 1999;19. <http://www.smc.or.kr/health/19/h019-01.htm>
  30. Jung HO, Chae YS, Kim HS. The Influence of self-esteem, Trait anger, Depression, Family Function, and Interpersonal Relations on Existential Spiritual Well-being in Patients with Alcohol Dependence. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;24(1):50-60.