



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

건강신념모델에 따른  
치매 선별검사 시행 관련 요인



연세대학교 대학원

간 호 학 과

유 리

건강신념모델에 따른  
치매 선별검사 시행 관련 요인

지도 김 광 숙 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2015년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

유 리

유 리의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 김 광숙 인

심사위원 조 은희 인

심사위원 조 윤희 인



연세대학교 대학원

2015년 12월 일

## 감사의 글

2년간의 석사과정과 이 논문을 무사히 마무리 할 수 있도록 지도와 격려를 베풀어 주신 많은 분들에게 깊은 감사를 드립니다.

먼저 제가 많이 부족했음에도 불구하고 논문의 시작부터 완성까지 따뜻한 관심과 세심한 지도를 통해 학문에 대한 열정을 깨닫게 해주신 김광숙 교수님 진심으로 감사드립니다. 연구 전반에 걸쳐 논리적인 안목으로 꼼꼼하게 검토해주시고 아낌없는 조언을 해주신 조은희 교수님, 멀리 계심에도 늘 심사에 참석해주시고 따뜻한 미소와 관심으로 제가 자신감을 잃지 않도록 격려해주신 조윤희 교수님 진심으로 감사드립니다. 교수님들께 지도를 받을 수 있어서 정말 행복한 한 학기였습니다.

멀리에서도 논문에 관심을 가져주시고 아낌없는 조언과 가르침을 통해 용기를 북돋워 주신 이현경 교수님 진심으로 감사드립니다. 국제보건이라는 낯선 분야를 처음 접하는 저에게 많은 가르침을 주신 안현미 교수님, 윤상철 교수님께도 감사의 말씀을 드립니다.

또한 원활하게 논문을 진행할 수 있도록 흔쾌히 도와주시고 많은 조언과 격려를 해주신 노원구 치매지원센터 이동우 센터장님, 정선경 팀장님을 비롯한 직원 선생님들께도 깊이 감사드립니다.

2년 동안 함께 수업을 듣고, 과제하고, 논문을 쓰며 동고동락한 석사 동기 안수정, 김수정, 김수연, 송진, 이슬 선생님께 감사드립니다. 선생님들 덕분에 힘든 시기를 극복할 수 있었으며, 용기를 잃지 않을 수 있었습니다. 또한 힘들 때마다 위로가 되어준 이상아, 최소영, 문설주 선생님에게도 감사드립니다. 이번 학기 논문을 쓰는 저에게 많은 배려를 해주신 연구팀 조성혜, 이자인, 김은미, 손은지 선생님께도 감사드립니다. 함께 머리 맞대고 고민하며 번역에 참여해 주신 전윤경, 김보람, 진혜경 선생님, Brian Jo와 추운 날씨에 싫은 내색 하나 없이 함께 고생해준 박수민, 장용희 선생님께도 감사의 인사를 전합니다.

멀리에 있지만 함께 논문을 쓰고 많은 고민을 같이 해준 안나, 언제나 든든한 김유진 언니, 유경아에게도 진심으로 감사드립니다. 자주 보지는 못해도 늘 응원해주는 친구들 김두리, 김현영, 유은영, 이아람, 임세미에게도 고마운 마음을 전합니다. 또한 늘 힘이 되어주고 한결 같은 마음으로 응원해준 소중한 친구들 정지용, 박현준, 김태향, 곽두영, 한용희, 김아름에게도 진심으로 감사의 인사를 전하고 싶습니다. 힘이 들 때마다 격려와 기도를 해주신 이동하 목사님과 동광 청년들에게도 감사의 인사를 전합니다.

마지막으로 항상 바쁘다는 핑계로 집에도 자주 내려가지 않고, 투정만 부렸던 첫째 딸을 항상 믿어주고 지지해주시는 사랑하는 엄마, 아빠께 진심으로 감사하고 사랑한다고 전하고 싶습니다. 또한 집에 들어가면 항상 웃을 수 있도록 해주고 늘 제 편이 되어주는 사당동 식구들 유소리, 유영재, 김월식과 늘 저에게 기쁨을 주는 소중이에게도 진심으로 감사한 마음을 전합니다. 미처 인사를 전하지 못한 많은 선생님들과 동기, 선배님들께 다시 한 번 감사의 인사를 드리며, 연구에 도움을 주신 지역사회 어르신들에게 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

저를 믿어주고 응원해주셨던 모든 분들의 믿음과 기대에 부응하기 위해 더욱 노력하겠다는 약속을 드리며 이 글을 마칩니다.

2015년 12월

유 리 올림

# 차 례

차례 .....	i
표 차례 .....	iii
그림 차례 .....	iii
부록 차례 .....	iii
국문 요약 .....	iv
<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	3
3. 용어의 정의 .....	4
<b>II. 문헌고찰</b> .....	7
1. 치매 선별검사의 현황과 중요성 .....	7
2. 치매 선별검사 영향 요인 .....	10
<b>III. 이론적 기틀</b> .....	13
<b>IV. 연구방법</b> .....	15
1. 연구설계 .....	15
2. 연구대상 .....	15
3. 연구도구 .....	16

4. 자료수집방법 및 절차 .....	19
5. 윤리적 고려 .....	20
6. 자료 분석 방법 .....	20
<b>V. 연구 결과</b> .....	<b>22</b>
1. 대상자의 치매 선별검사 시행 분포 .....	22
2. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 일반적 특성 비교 .....	23
3. 대상자의 치매 관련 지식 및 치매 선별검사 건강신념 비교 .....	25
4. 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인 .....	31
<b>VI. 논의</b> .....	<b>33</b>
<b>VII. 결론 및 제언</b> .....	<b>41</b>
1. 결론 .....	41
2. 제언 .....	42
참고문헌 .....	44
부록 .....	51
영문 요약 .....	63



## 표 차례

표 1. 대상자의 치매 선별검사 시행 분포 .....	22
표 2. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 일반적 특성 비교 .....	24
표 3. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 치매 관련 지식 정도 비교 .....	26
표 4. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감 비교 .....	28
표 5. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 행동의 계기 비교 .....	30
표 6. 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인 .....	32

## 그림 차례

그림 1. 연구의 이론적 기틀 .....	14
------------------------	----

## 부록 차례

부록 1. 검사-재검사 결과 .....	51
부록 2. 대상자 설명문 및 동의서 .....	52
부록 3. 연구도구 .....	55
부록 4. 기관생명윤리위원회 승인 허가서 .....	62

## 국 문 요 약

### 건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인

본 연구는 서울시 일부 지역에 거주하고 있는 65세 이상 노인을 대상으로 치매 선별검사 시행 관련 요인을 규명하기 위한 횡단적 조사연구로서, 건강신념모델을 이론적 기틀로 적용하였다. 자료 수집은 일 지역에 거주하는 65세 노인 인구를 임의 표출하여 구조화된 설문지를 통한 일대일 면담 방식으로 시행하였고, 총 121부가 통계분석에 사용되었다. 조사한 자료에는 일반적 특성, 치매 관련 지식, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감, 치매 선별검사 시행 관련 행동의 계기가 포함되었다. 치매 관련 지식을 측정하기 위해 조현오(1999)가 개발한 치매 지식 도구를 사용하였으며, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감을 측정하기 위해 Galvin 등(2006)이 개발한 설문지를 한국어로 번안하여 사용하였다. 자료분석은 SPSS statistics 23.0을 이용하여 기술 통계, 빈도분석, 카이제곱검정, t 검정, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

본 연구 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상자의 성별은 여성이 61.2%, 평균 연령 77.26(±6.30)세 였고, 치매 선별검사 시행군 58.7%, 미시행군 41.3%이었다. 성별은 시행군의 경우 여자가 74.6%로 높은 빈도를 차지하였고 미시행군의 경우 남자가 58.0%로 여성보다 비율이 높았다( $p < .001$ ). 치매 선별검사 미시행군의 음주율이 시행군보다 높았으며( $p < .05$ ), 흡연을 또한 미시행군에서 더 높게 나타냈다( $p < .01$ ).
2. 대상자의 치매 관련 지식 정도는 전체 평균 9.29±2.81점(점수 범위 0-16점)으로 나타났으며 치매 선별검사 시행군 9.77±2.76점, 미시행군 8.60±2.75점으로 시행군의 점수가 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .05$ ).

3. 치매 선별검사 건강신념은 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성의 경우 시행군과 미시행군에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 치매 선별검사 자기효능감은 시행군에서  $27.97 \pm 4.14$ 점, 미시행군에서는  $24.64 \pm 5.51$ 점으로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $p < .001$ ).
4. 행동의 계기는 주변에 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무에서 시행군의 42.3%, 미시행군의 18.0%가 있다고 응답하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p < .01$ ).
5. 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인은 성별, 주변에 치매 선별검사를 시행한 가족이나 친구의 유무, 치매 선별검사 자기효능감으로 나타났으며, 여성이 남성보다 치매 선별검사를 시행할 확률이 높았고( $OR=4.922, p < .01$ ), 치매 선별검사를 시행한 가족이나 친구가 있는 경우에 높았으며( $OR=4.599, p < .01$ ), 자기효능감이 높을수록 검사 시행 확률이 높은 것으로 나타났다( $OR=2.850, p < .01$ ).

이상의 연구 결과는 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위하여 가족 또는 친구의 네트워크를 활용한 접근과 치매 선별검사에 대한 자기효능감을 높여주는 교육 및 프로그램이 필요함을 확인할 수 있었다. 본 연구의 치매 선별검사 시행 영향 요인을 파악한 주요 결과를 통해, 향후 지역사회 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위한 효율적인 프로그램 구축과 교육을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

---

핵심 되는 말 : 노인, 치매, 치매 선별검사, 건강신념모델

# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

우리나라는 전체 인구 중 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율이 1990년 5.1%에서 2015년 13.1%로 증가하였고, 2060년 40%대까지 늘어날 것으로 추정되어(통계청, 2015) 세계적인 고령화 추세에 반해 매우 빠른 속도로 고령화될 것으로 예상된다. 이러한 급격한 고령화와 더불어 대표적인 노인성 만성질환인 치매유병률이 증가하고 있으며, 65세 이상 노인의 치매 유병률은 2014년 9.6%(중앙치매센터, 2014)에서 2024년에는 10.2%까지 상승할 것으로 추정된다(보건복지부, 2014).

치매는 정상적으로 생활해오던 사람이 다양한 원인으로 인해 뇌기능이 손상되면서 기억력, 언어능력, 시공간 파악능력, 판단력 등의 인지기능이 지속적이고 전반적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장이 나타나고 있는 상태를 의미한다(서울특별시광역시 치매센터, 2012). 전 세계적으로 고령화가 심각해짐에 따라 치매의 조기발견과 효율적인 관리에 대한 관심이 집중되고 있으며 이를 위해 만 60세 이상 노인에게 치매 조기검진을 시행 할 것을 권고하고 있다(보건복지부 & 중앙치매센터, 2014). 치매를 조기 발견하여 치매의 발병을 2년 정도 지연 시킬 경우 20년 후에는 치매 유병률이 80% 수준으로 낮아지고 중등도도 감소하게 된다(보건복지부 & 중앙치매센터, 2014). 또한 조기 발견하여 조기치료를 시작할 경우 치매 어르신의 가족은 향후 8년 간 약 7,800 시간의 여가시간을 더 누릴 수 있고, 6,400만원을 더 저축할 수 있으며, 치매 초기단계부터 약물치료 시 5년 후 노인 장기요양시설 입소율이 55% 감소하게 된다(보건복지부 & 중앙치매센터, 2014). 또한 치매 조기 발견은 치매 환자의 삶의 질과 관련되고 노인 장기요양시설로의 입소시기를 늦출 수 있으며(Alzheimer Europe, 2013), 향후 치료에 있어 중요한 계획과 결정을 할 수 있도록 해준다 (Prince, Bryce, & Ferri, 2011). 이러한 이유 등으로 치매 조기 검진은 노인의 건강관리 중 중요한 영역이며, 따라서 국가 치매 전략을 수립하고 1차 의료기관에서 치매 조기검진을 위한 역량을 키우는 것이 중요하다(Prince et al., 2011).

외국의 치매 조기 검진 시행을 살펴보면 일본의 경우 지역 단위에 지역포괄지원센터를 설립하여 치매 조기 발견 및 대응을 위해 업무를 시행하고 있으며, 영국은 기억평가서비스(Memory Service)를 제공하는데, 이는 기억력에 문제가 있는 사람들을 조기에 발견하고 평가하며 필요한 경우 치료를 제공하는데 중점을 두고 있다(유승호 등, 2013). 미국 또한 치매를 예방하고 효과적으로 다루기 위한 전략으로 2012년 알츠하이머병 관리를 위한 국가 계획(National plan to address Alzheimer's disease)을 수립하였고 조기 진단의 이익 및 중요성에 대해 다루고 있다(US Department of Health and Human Services, 2013). 따라서 치매 조기검진은 범세계적으로 중요성이 대두되는 사업임을 알 수 있다.

우리나라의 경우 2011년 치매관리법을 제정하였고, 정기적인 치매 조기 검진을 시행령으로 정하고 있으며 치매 예방 관리 및 검진 사업 등을 위한 치매관리 종합계획을 5년마다 수립하도록 하고 있다(보건복지부, 2015). 현재 2차 국가치매관리종합계획이 수립되어 있으며 4대 사업 목표 중 하나로 치매 조기발견 및 예방 강화를 정하고 있다(분당서울대학교병원, 2014). 치매 조기검진은 전국의 보건소에서, 서울시의 경우 자치구마다 치매지원센터에서 서비스를 제공하고 있으며 치매 선별검사는 치매 조기 검진 시스템의 첫번째 검사이다. 그러나 우리나라의 경우 2013년 전국 60세 이상 노인의 치매 선별검진 시행율은 18.2%로 저조한 실태이며 검진율을 올리는 것을 목표로 하고 있다(국회예산정책처, 2014b).

건강신념모델(Health Belief Model: HBM)은 질병예방과 검사를 위한 프로그램에 대부분의 사람들이 참여하지 않는 이유를 설명하기 위해 1950년대 초에 미국 공중보건국 사회심리학자에 의해 개발되었다(Rosenstock, 1974). 건강신념모델은 특정 질병의 예방적 건강행위를 설명할 수 있을 뿐 아니라 흡연이나 운동, 환자역할, 의료서비스의 이용 등과 같은 각종 건강관련 행위를 설명하는 중요한 예측인자로 보고되고 있다(박민경, 2013).

이 모델에 의하면 상황에 대한 지각된 민감성 및 지각된 심각성이 높을 경우, 건강행위를 함에 있어 지각된 유익성이 높고 장애성이 낮다고 인지할 경우, 적절한 행동 계기가 주어지는 경우에 건강행위가 일어날 가능성이 높다고 본다(조희숙, 김춘배, 이희원 & 정현재, 2004).

건강신념과 치매 관련 건강증진행위와의 관계를 살펴보면 윤미정(2004)의 연구에서는 자기효능감과 지각된 유익성이 높을수록, 지각된 장애성과 지각된 민감성 및 심각성이 낮을수록 치매 예방을 위한 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났고, Galvin, Fu, Nguyen, Glasheen, and Scharff (2008)의 연구에서는 지각된 유익성, 지각된 민감성 및 자기효능감이 높을수록 치매 선별검사를 더 많이 하려는 의도가 있는 것으로 나타났으며, 또한 대상자의 나이와 지각된 유익성이 치매 선별검사의 수용도와 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Fowler et al., 2012). 한편, 치매지식과 치매 관련 건강증진행위와의 관계를 살펴보면 치매 지식이 높을수록 예방 행위 실천 정도가 높으며(고숙정 & 신성희, 2013; 윤미정 & 손애리, 2004; 이영희, 우선미, 김옥란, 이수연 & 임혜빈, 2009; 이윤희, 2011), 치매 지식이 높을수록 치매 선별검사를 더 많이 하려는 의도가 있다고 나타났다(Galvin et al., 2008). 현재까지 치매 관련 지식 및 치매 선별검사 건강신념을 접목한 국내 연구는 부족한 실정이므로 국내 노인을 대상으로 치매 관련 지식 및 치매 선별검사 건강신념을 측정하여 치매 선별검사 시행군과 미시행군간의 차이를 나타내는 변수를 규명하는 연구가 필요하다.

이에 본 연구에서는 만 65세 이상 치매 선별검사 시행군, 미시행군 노인을 대상으로 치매 관련 지식과 치매 선별검사 건강신념을 확인하고 두 집단간의 차이 및 치매 선별검사시행의 영향 요인을 파악하여 향후 치매 관련 교육의 기초자료를 제공하고자 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국내 65세 이상 치매 선별검사 시행군 및 미시행군 노인을 대상으로 치매 관련 지식 및 건강신념을 확인하고 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위함이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 치매 선별검사 시행 정도를 파악한다.

- 2) 치매 선별검사 시행군과 미시행군간의 일반적 특성의 차이를 비교한다.
- 3) 치매 선별검사 시행군과 미시행군간의 치매 관련 지식 정도, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감의 차이를 비교한다.
- 4) 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 치매 관련 지식

- 이론적 정의

치매 관련 지식이란 치매에 대한 정보 보유 정도를 의미한다(조현오, 1999)

- 조작적 정의

치매 관련 지식을 파악하기 위해 조현오(1999)가 개발한 16문항으로 측정된 점수를 말한다.

#### 2) 치매 선별검사 건강신념

- 이론적 정의

건강신념이란 질병을 예방하기 위해 인간이 지니는 신념으로 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성이 포함된다(Rosenstock, 1974). 지각된 민감성은 치매에 걸릴 가능성에 대해 지각하는 것, 지각된 심각성은 치매의 심각성에 대해 인지하는 것, 지각된 유익성은 치매 선별검사를 함으로써 얻게 되는 이익에 대해 지각하는 것, 지각된 장애성은 치매 선별검사를 시행할 때 장애가 되는 요인을 의미한다.

· **조작적 정의**

본 연구에서는 Galvin, Scharff, Glasheen, and Fu (2006)가 알츠하이머 선별검사의 심리사회적 결정요인을 파악하기 위해 개발한 설문지(Intention to Screen Questionnaire) 내용 중 치매 선별검사 관련 지각된 민감성 4문항, 지각된 심각성 4문항, 지각된 유익성 4문항, 지각된 장애성 7문항, 총 19문항을 국문으로 번역한 도구를 이용하여 측정할 점수를 말한다.

**3) 행동의 계기**

· **이론적 정의**

행동의 계기란 개인이 예방적 건강행동을 실천하도록 자극하는 내적, 또는 외적 요인을 말한다. 내적 요인의 예로서 신체적 상태에 대한 지각, 외적 요인의 예로서 상호작용, 미디어의 영향 등이 있다(Rosenstock, 1974).

· **조작적 정의**

본 연구에서는 치매 가족력, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 여부, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 권유 여부, 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험, 보건소 또는 치매지원센터와의 접근성, 치매 선별검사 시행 이유, 치매 선별검사 장소, 치매 선별검사 추천 여부, 치매 선별검사 추천 및 비추천 이유, 치매 선별검사 미시행 이유를 확인하는 문항으로 측정한다.

**4) 치매 선별검사 자기효능감**

· **이론적 정의**

자기효능감이란 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념을 의미한다(Bandura, 1986).



· 조작적 정의

본 연구에서는 Galvin 등(2006)이 알츠하이머 선별 검사의 심리사회적 결정요인을 파악하기 위해 개발한 설문지(Intention to Screen Questionnaire) 내용 중 치매 선별 검사 자기효능감의 7문항을 국문으로 번역한 도구를 이용하여 측정한 점수를 말한다.



## II. 문 헌 고 찰

### 1. 치매 선별검사의 현황과 중요성

평균수명이 연장됨에 따라 전체 인구에서 노인인구가 차지하는 비율이 점점 증가하고 있으며 우리나라는 전 세계적으로 유례가 없는 매우 빠른 고령화 속도를 목도하고 있다(손종철 등, 2015). 특히, 85세 이상 초고령인구 비율은 2013년 0.9%에서 2030년 2.5%, 2050년 7.7%로 크게 증가할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2013). 우리나라 치매 유병률은 2012년 기준 전체 노인인구의 9.18%로서 환자 수는 약 54만명으로 추정되며, 초고령화 사회로의 이행에 따라 치매 유병률은 계속 상승하여 2030년에는 약 127만명, 2050년에는 약 271만 명으로 매 20년 마다 약 2배씩 증가할 것으로 추산된다(보건복지부, 2013). 따라서 치매 조기 검진 실시와 그 결과에 따른 건강관리의 중요성이 강조되고 있다.

치매를 진단하기 위해 널리 사용되는 미국 정신과 학회의 DSM-IV(Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder-IV)의 진단 기준으로 치매는 기억력 장애와 함께 실어증, 실행증, 실인증, 집행기능장애 중 하나 이상의 인지기능장애가 동반되고, 이러한 인지기능장애들이 과거에 비해 확실한 감퇴를 보이며 이로 인해 현재 사회적, 직업적 장애를 일으키는 상태로 정의된다(정현강 & 한창수, 2013).

치매는 단일 질환이 아니며 원인을 세분화 할 경우 70여 가지의 다양한 원인에 의해 발생하는 일종의 증후군이다(서울특별시광역치매센터, 2012). 또한 치매의 남녀 간의 비율을 살펴보면 여성의 치매 유병률이 남성보다 높으며, 2014년 기준 여성 노인의 치매 유병률은 11.70%로, 남성 노인의 치매 유병률인 6.62%보다 5.08% 높게 나타났다(국회예산정책처, 2014a).

전 세계적으로 고령화가 심각해짐에 따라 치매의 조기발견과 효율적인 관리에 대한 관심이 집중되고 있으며 이를 위해 60세 이상 노인에게 치매 조기검진을 시행 할 것을 권고하고 있다(보건복지부 & 중앙치매센터, 2014). 치매의 원인 중 20-30% 정도를 차

지하는 혈관성 치매는 고혈압이나 당뇨, 심장 질환 등 혈관성 위험 인자의 관리와 적절한 치료제의 사용으로 악화를 방지할 수 있으며, 치매의 대부분의 원인을 차지하는 알츠하이머병의 경우에도 약물 투여를 통해 증상개선 및 진행을 지연시키는 효과를 기대할 수 있는데 이는 초기에 사용할수록 효과가 좋다(서울특별시광역치매센터, 2012). 따라서 치매의 조기 발견과 치료는 노인의 건강증진에 필수적인 영역 중 하나이다.

우리나라의 경우 정부는 2011년 8월에 치매관리법을 제정해 치매예방, 관리의 중요성을 범국가적으로 천명하고 치매의 조기발견 및 예방 강화 종합적 체계적 치료, 관리 전반에 대한 국가적 관리체계를 수립해 나가기로 하였다(보건복지부, 2015). 현재 치매 조기검진의 시스템은 1단계로 기초 상담을 시행하고, 2단계로 치매 선별검사를 시행하여 인지저하 여부를 확인하며, 3단계로 인지저하로 분류된 대상자에게 치매 신경심리 평가 및 치매 임상평가 등의 정밀검진을 시행하고 있다(서울특별시, 2015). 이 중 치매로 진단 분류된 대상자는 수탁병원 또는 지역사회 병의원 연계를 통한 뇌영상 검사(MRI) 및 기타 진단의학검사를 실시하고 있다(서울특별시, 2015). 즉 치매 선별검사는 치매 조기 검진 시스템의 첫 번째 단계에 해당하는 검사 내용이라고 할 수 있으며 치매 조기 발견을 위한 중요한 절차이다.

세계적으로 가장 널리 사용되고 있는 치매 선별검사 도구는 Folestein, Folestein, and McHug(1975)에 의해 개발된 간이정신상태평가(Mini-Mental State Examination: MMSE)로 인지기능의 손상을 간단하고 신속하게 측정하고 선별하는데 널리 사용되고 있는 대표적인 검사이다. MMSE는 지남력에 관한 10문항(10점), 3가지 물건에 대한 기억등록(3점), 계산능력에 따른 주의 및 집중(5점), 기억회상(3점), 언어능력에 관한 5문항(8점), 그리고 겹친 오각형을 그리는 구성능력(1점)에 관한 문항들로 이루어져 있고 총 30점 만점이며 점수가 낮을수록 인지저하가 의심된다(이종인, 2014). 치매 선별검사는 치매가 의심되는 환자에게 가장 먼저 시행하게 되는 쉽고 간단한 평가방법으로 치매가 의심되는 집단을 선별하거나 추후 평가가 필요한지의 여부를 결정하게 된다(대한노인정신의학회, 2003).

MMSE는 인지기능 장애의 정도를 정량적으로 평가할 수 있고, 반복 측정으로 인지기능의 변화를 관찰할 수 있는 장점이 있다(이승신, 2007). 우리나라에서는 Korean

version of Mini-Mental State Examination (MMSE-K) (권용철 & 박종한, 1989), Korean MMSE (K-MMSE) (강연욱, 나덕렬 & 한승혜, 1997), Korean version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease (AD) Assessment Packet (CERAD-K) 평가집의 Korean version of MMSE in the CERAD-K (MMSE-KC) (Lee et al., 2002)등 세 가지 한글판이 혼용되어 사용되고 있다(유승호, 이동우, 이강준, 한은주 & 정한용, 2006). 그러나 치매 조기검진 사업의 효율성과 정확성을 향상시키고, 치매 선별검사 도구를 단일화 시켜 치매 선별검사 단계에서 모든 보건소가 공통으로 이용할 수 있도록 하기 위해 Korean version of MMSE for Dementia Screening (MMSE-DS)를 개발하였다(분당서울대학교병원, 2009).

우리나라의 치매 조기검진은 전국의 보건소에서, 서울시의 경우 자치구마다 치매지원센터에서 서비스를 제공하고 있다. 그러나 서울시의 경우 60세 이상 노인 1,683,046명 중에서 37.2%인 626,075명('07-'13년 누계)이 1회 이상 선별검사를 하였으며, 검진 인력 부족, 진단절차의 복잡성 등에 따른 심리적 거부감, 치매질환에 대한 이해 부족 등으로 60세 이상 인구 중 약 60%가 미검진 상태에 있고, 2020년까지 검진율을 80%로 올리는 것을 목표로 하고 있다(서울특별시, 2014). 또한 2013년에는 전국 60세 이상 인구 중에서 18.2%에 해당하는 노인이 선별검사를 받은 것으로 나타나(국회예산정책처, 2014b) 치매 검진율은 전국적으로도 저조함을 알 수 있다.

치매 선별검사는 치매 조기 발견을 위해 중요하고 또한 노인들의 치매에 대한 인식을 증진시키는 방법이 될 수 있으므로(Eichler et al., 2015), 치매 예방과 조기 검진에 대한 노인들의 참여를 높이기 위한 다양한 홍보와 교육이 필요하다.

## 2. 치매 선별검사 영향 요인

치매예방행위는 치매에 노출되지 않도록 사전에 취하는 행동이며(이영희 등, 2009) 치매 선별검사는 치매예방을 위한 행위 중 한 가지라고 할 수 있다. 치매 예방행위에 영향을 미치는 특성을 조사한 연구에서 여성, 종교가 있는 대상자, 교육 수준이 높을수록, 배우자가 있는 대상자, 치매 교육을 받은 대상자에서 치매예방행위를 잘 하는 것으로 나타났으며(이연희, 2012), 선우홍미(2014)의 연구에서도 여성, 종교가 있는 대상자, 음주를 하지 않고, 과거나 현재에 흡연을 하지 않는 대상자, 치매 관심도가 있는 대상자가 치매 예방행위 점수가 높은 것으로 나타났다. 또한 Galvin 등(2008)의 연구에서는 암 검진 등과 같이 이전의 건강 예방 행위 실천이 치매 선별검사 의도를 예측하는 요인으로 나타났다.

또한 치매지식과 치매예방행위에 관한 선행연구들을 살펴보면 55세-65세 미만 예비노인을 대상으로 한 연구에서 치매에 대한 지식수준이 높을수록 치매에 대한 태도가 긍정적이었으며(이연희, 2012), 이지영(2014)의 연구에서도 치매 지식과 치매 관심도 사이에 유의한 상관관계가 나타났다. 또한 고숙정(2012)의 연구에서도 노인부부의 치매 지식이 치매 예방행위와 양의 상관관계가 있는 것으로 나타나 노인들을 대상으로 치매 지식을 높이는 중재가 효과적일 것 이라고 하였으며, Galvin 등(2008)의 연구에서는 치매지식이 높을수록 치매 선별검사를 더 많이 하려는 의도가 있다고 하였다. 반면 선우홍미(2014), 이상화(2015)의 연구에서는 치매지식과 예방행위의 상관관계가 유의하지 않은 것으로 나타났다.

건강신념모델을 적용한 치매 관련 국내 선행연구들을 살펴보면 윤미정(2004)의 연구에서는 자기효능감이 높을수록, 지각된 유익성이 클수록, 지각된 장애성과 지각된 민감성 및 심각성이 낮을수록 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났고, 저소득층 중년여성을 대상으로 치매지식, 태도, 자기효능감과 치매예방행위와의 관계를 살펴본 연구에서 치매 예방행위는 치매 태도, 자기효능감과 순상관관계를 미치고 특히 자기효능감은 가장 영향을 많이 미치는 변수로서 32.3%를 설명한다고 하였다(이영희 등, 2009). 국외의 선행연구에서는 Galvin 등(2006)이 치매 선별검사의 심리사회적 결정요

인을 파악하기 위한 설문지를 개발하였으며 구성 내용으로는 치매 선별검사 자기효능감, 치매 지식, 치매 선별검사 지식, 치매 선별검사에 대한 지각된 장애성, 치매 선별검사에 대한 지각된 유익성, 사회적지지, 주관적 규범, 지각된 접근성, 지각된 민감성, 지각된 심각성, 노화 불안, 삶의 지향성, 예방적 건강 행위, 불안, 우울, 지각된 삶/건강의 질, 치매 선별검사 의도가 포함되어 있다. 본 설문지를 가지고 시행한 Galvin 등(2008)의 연구에서 지각된 유익성, 지각된 민감성 및 자기 효능감이 높을수록 치매 선별검사를 더 많이 하려는 의도가 있는 것으로 나타났고, Boustani 등(2011)의 치매 선별검사에 대한 치매 부양자로서의 경험이 있는 집단과 경험이 없는 집단의 차이를 본 연구에서 치매 부양자로서의 경험이 있는 집단이 없는 집단에 비해 치매 선별 검사 수용도가 유의하게 낮았고, 지각된 고통 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 또한 미국의 인디애나주 1차 의료기관을 이용하는 65세 이상 노인을 대상으로 치매 선별검사에 대한 인식을 살펴본 연구에서 대상자의 나이와 지각된 유익성이 치매 선별검사의 수용도와 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Fowler et al., 2012). 또한 사회활동 요인을 살펴보면 가입한 사회단체의 수가 많을수록 경제적 서비스, 의료 서비스 등의 인지도와 이용의사가 높은 집단에 속할 확률이 높아지는 것으로 나타났고(강유진 & 강효진, 2005), 노인복지관과 경로당 이용이 치매 예방 서비스를 인지할 가능성을 높이는 것으로 나타나 노인의 경우 동료 노인들로 구성된 사회관계망이 건강관련 정보를 습득할 수 있는 원천이 됨을 보여준다(이성은, 2015).

치매 외의 질병에 대한 건강신념 모델 적용 연구를 살펴보면 우리나라 결핵 예방 행동의도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구에서 지각된 민감성과 자기효능감이 결핵 예방 행동 의도에 직접적인 영향을 미치는 예측변인으로 나타났다(신호창, 조성은, 유선욱 & 노형신, 2011). 또한 자궁경부암 선별 검사에 대해 일회 검진군과 반복 검진군과의 차이를 본 연구에서 반복 검진을 하는 가장 큰 이유는 '재검의 중요성을 스스로 인식해서'라고 대답했으며, 반복 검진을 하지 않은 이유로는 '자신의 건강하다고 생각해서'라는 답변이 가장 많았다(이은주 & 박정숙, 2013). 연구에 따르면 자궁 경부암 선별 검사 반복 수검의 예측 요인으로 유방암 검진 경험과 지각된 민감성이 높을수록 자궁경부암 선별 검사를 반복 실시할 확률이 높은 것으로 나타났다(이은주 & 박정숙, 2013).

건강신념모델을 적용한 위의 선행연구들을 종합적으로 살펴보면 본 모델은 예방 행위와 관련된 연구에 유용하게 적용되고 있음을 알 수 있다. 또한 예방 행위와 관련하여 특정 질병의 예방적인 검진 수행에 미치는 영향요인을 밝히는 데 있어 본 모델이 많이 사용되어 졌음을 확인할 수 있었고, 이러한 질병의 예방 행위에는 개인의 건강 신념 및 주변 환경이 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러므로 치매 선별검사 시행에 대한 노인들의 인식을 건강신념모델을 바탕으로 알아보는 것은 의미있는 시도일 것이다.



### Ⅲ. 이론적 기틀

본 연구의 이론적 기틀은 1950년대 미국의 사회심리학자들에 의해 개발되고 Becker (1974)와 Rosenstok (1974)등에 의해 정교화된 건강신념모델을 기반으로 하고 Glanz, Rimer, & Viswanath (2008)의 Health Behavior and Health Education에서 나타내고 있는 건강신념모델 및 선행연구 결과를 참고하여 구성하였으며 구체적인 내용은 그림 1과 같다.

치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 예측 요인을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 치매 관련 지식이 치매 예방 행위 실천에 영향을 미친다는 기존 연구를 보았을 때(고숙정 & 신성희, 2013; 윤미정 & 손애리, 2004; 이영희 등, 2009; 이윤희, 2011; Galvin et al., 2008) 치매 지식은 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 중요 변수일 것이다.

둘째, 건강신념의 구성요소를 살펴보면, 지각된 민감성과 지각된 심각성은 지식에 부분적으로 의존하는 강력한 인식의 구성요소로서 질병에 대한 지각된 위협(Perceived threat)이 되며, 지각된 유익성이 지각된 장애성보다 클수록 예방적 건강행위를 할 의도가 높아진다(Rosenstock, 1974). 이에 치매 관련 건강증진 행위를 이행하는데 있어 미치는 건강신념의 항목이 연구에 따라 다르게 나타났지만 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성은 대상자의 건강증진행위와 밀접한 관계를 가지고 있다고 하였으므로(윤미정, 2004; Fowler et al., 2012; Galvin et al., 2008) 본 연구에서도 치매 선별검사에 영향을 미치는 요인으로 포함하였다.

셋째, 2013년까지 건강신념모델을 적용한 국내 연구들에 대한 메타분석을 한 연구를 살펴본 결과 검진행동 및 질병예방행동에서 자기효능감이 높은 상관관계를 보이는 것으로 나타나(이병관 등, 2014) 치매 선별검사 자기효능감은 치매 선별검사 시행에 중요 변수로 작용할 것이다.

넷째, 행동의 계기가 건강증진행위에 영향을 미친다는 결과를 보았을 때(윤희상, 이숙경 & 이혜영, 2008) 행동의 계기가 치매 선별검사 시행에 미치는 영향을 확인할 수 있을 것이다.



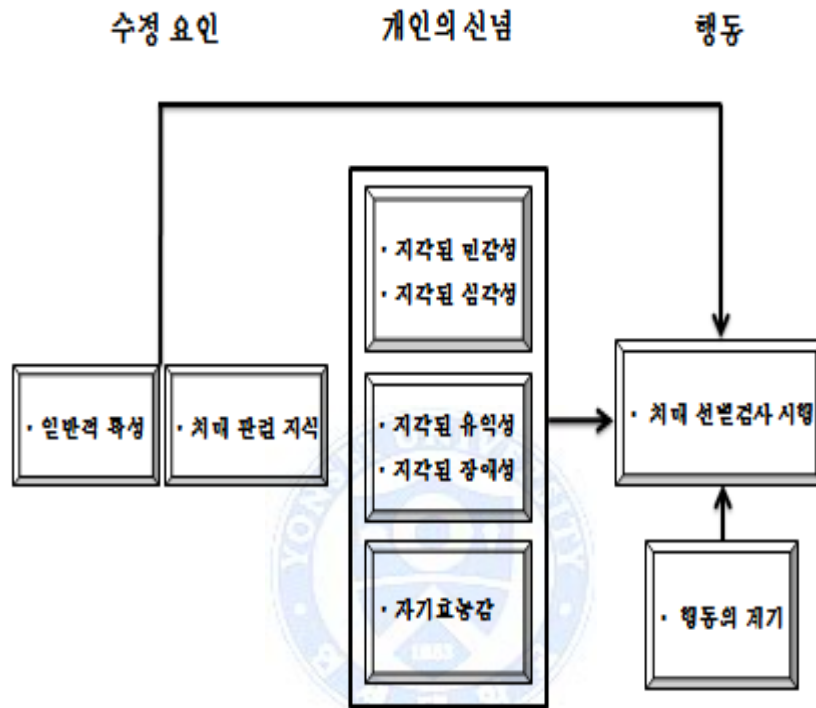


그림 1. 연구의 이론적 기틀

## IV. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 서울시 일부 지역에 거주하고 있는 65세 이상 노인을 대상으로 건강신념 모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인을 규명하기 위한 횡단적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상자는 다음과 같다.

#### 1) 대상자 선정 기준

본 연구의 대상자는 지역사회에 거주하는 65세 이상 노인이며 서울시 25개 자치구 중 1개구를 선정하여 다음의 조건을 만족하는 자를 대상으로 하였다.

- 만 65세 이상인 자
- 치매를 진단 받은 적이 없는 자
- 의사소통이 가능하여 설문에 응답이 가능한 자
- 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자

연구 대상자는 두 집단으로 첫 번째 집단은 65세 이상 노인 중 치매 선별검사를 1회 이상 받아본 노인군, 다른 한 집단은 치매 선별검사를 한번도 받아본 경험이 없는 65세 이상 노인군으로 설문지 내용을 이해하고 연구에 참여할 것을 동의한 대상자로 선정하였다. 치매 선별검사 시행군이란 MMSE-K, MMSE-KC, MMSE-DS 등의 치매 선별검사 도구를 통해 치매 검사를 받아본 경험이 있는 군으로 정의하며, 치매 선별검사 미시행군이란 치매 선별검사를 한번도 받아본 경험이 없는 군으로 정의한다.

치매 선별검사 시행군과 미시행군을 분류하는 기준은 일차적으로 대상자에게 설문을 통해 자료를 수집하고, 해당구 치매지원센터의 협조를 얻어 대상자 검사 시행 유무를 이차적으로 파악하였다.

## 2) 대상자 수

연구대상자 선정 기준에 따라 로지스틱 회귀분석을 위한 대상자 수는 본 연구와 설계가 유사한 윤희상 등(2008)의 연구 결과를 참고하여 본 연구에 포함된 주요변수인면서 가장 낮은 오즈비(odds ratio: OR)값을 토대로 하였다. G\*power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 유의수준=.05, 검정력=.80, 오즈비(OR)=1.72로 계산했을 때 141명이 산출되었으며, 탈락률 10%를 고려하여 156명을 모집하였다. 그러나 선정 기준에 해당하지 않는 2명과 자료의 신뢰도를 위해 치매 선별검사 여부에 대한 자가보고와 데이터베이스의 기록이 일치하지 않는 33명을 제외한 총 121명을 최종분석에 사용하였다. 본 연구에서의 로지스틱 회귀분석에서 치매 선별검사 시행여부와 관련된 요인으로 확인된 변수 중 가장 낮은 오즈비(OR)값을 토대로 G\*power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 유의수준=.05, 검정력=.80, 오즈비(OR)=2.85로 계산했을 때 49명이 산출되었으므로 121명은 본 연구에서 설정한 로지스틱 회귀모형을 검정하기에 적합하였다. 또한 121명의 표본수는 유의수준=.05, 오즈비(OR)=2.85를 대입하였을 때 .99의 검정력을 나타내었다.

## 3. 연구도구

### 1) 일반적 특성

성별, 생년월일, 교육정도, 결혼정도, 가구구성 형태, 직업 유무 및 치매에 영향을 미치는 건강행태로 보고된 운동 유무, 음주 유무, 흡연 유무(보건복지부 & 중앙치매센터, 2014)와 치매 선별검사 시행 여부를 포함하여 총 11문항으로 구성하였다.

## 2) 치매 관련 지식 정도

치매 관련 지식을 파악하기 위해 조현오(1999)가 개발한 16문항의 설문 내용을 사용하였으며 e-mail을 통해 저자의 승인을 받았다. 정답일 경우 1점, 오답 또는 ‘모르겠다’로 응답한 경우는 0점으로 처리하여 점수범위가 0에서 16점으로 점수가 높을수록 지식이 높음을 의미하며, 조현오의 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha=.74이었으며 본 연구에서 Cronbach's alpha=.60이었다. 이분법 문항의 신뢰도 검증을 위해 KR 지수(Kuder-Richardson formula)를 산출하였으며 KR-21 지수는 .534이었다.

## 3) 치매 선별검사 건강신념

본 연구에서는 Galvin 등(2006)의 알츠하이머 선별검사의 심리사회적 결정요인을 파악하기 위해 개발한 설문지(Intention to Screen Questionnaire) 내용 중 지각된 민감성 4문항, 지각된 심각성 4문항, 지각된 유의성 4문항, 지각된 장애성 7문항, 총 19 문항이 Likert 5점 척도('1'= 전혀 그렇지 않다, '2'= 그렇지 않다, '3'= 보통이다, '4'= 그렇다, '5'= 매우 그렇다)로 구성되어 있다. 설문지의 개발자인 Galvin 박사(Florida Atlantic University 교수)에게 e-mail을 통해 승인을 받았으며 위원회번역방법(Behling & Law, 2000; Miller & Chandler, 2002)을 통해 번역하여 사용하였다. 개발 당시 각 영역별 신뢰도는 Cronbach's alpha=.70 - .75이었다.

구체적인 번역 방법은 다음과 같다. 먼저 연구책임자, 미국에서 석사학위를 취득한 간호학 박사 과정생 1인, 국어학 석사학위를 취득한 국어학 박사 과정생 1인, 영문학 석사학위를 취득한 영문학 박사 과정생 1인이 각각 독립적으로 번역본 초안을 작성하고, 번역본 초안을 작성한 4인이 만나 공동으로 번역의 차이를 확인하고 동의를 통하여 최종안을 도출하였으며, 최종안은 1인의 간호학 교수로부터 번역의 적절성을 검토 후 수정 보완하였다. 번역된 도구의 신뢰도 검증 방법은 다음과 같다. 시간차에 따른 도구의 안정성을 측정하기 위하여 검사-재검사를 시행하였고 재검사는 2주의 시간차를 두며, 12명의 대상자에게 측정된 뒤 Spearman 상관계수를 산출하였으며 결과는

다음과 같다. 지각된 민감성의 검사 평균은  $9.17 \pm 2.25$ , 재검사 평균은  $10.50 \pm 2.51$ , 상관계수는  $.766(p < .01)$ 으로 나타났다. 지각된 심각성의 검사 평균은  $15.25 \pm 1.55$ , 재검사 평균은  $15.33 \pm 1.67$ , 상관계수는  $.717(p < .01)$ 로 나타났다. 지각된 유익성의 검사 평균은  $16.00 \pm 1.60$ , 재검사 평균은  $16.17 \pm .94$ , 상관계수는  $.724(p < .01)$ 로 나타났다. 지각된 장애성의 검사 평균은  $22.58 \pm 3.48$ , 재검사 평균은  $22.00 \pm 2.83$ , 상관계수는  $.813(p < .01)$ 으로 나타나 건강신념 하위 영역의 문항들의 안정성이 검증되었다(부록1 참고).

또한 내적 일관성 검증을 위하여 Cronbach's alpha 계수를 산출하였고, 지각된 민감성 .581, 지각된 심각성 .357, 지각된 유익성 .609, 지각된 장애성 .575로 나타났다.

#### 4) 행동의 계기

행동의 계기는 특정행위에 참여하도록 자극을 줄 수 있는 전략으로 본 연구에서는 치매 가족력, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 여부, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 권유 여부, 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험, 보건소 또는 치매지원센터와의 접근성, 치매 선별검사 시행 이유, 치매 선별검사 장소, 치매 선별검사 추천 여부, 치매 선별검사 추천 및 비추천 이유, 치매 선별검사 미시행 이유를 포함하여 총 12문항으로 구성하였다.

#### 5) 치매 선별검사 자기효능감

자기효능감은 Galvin 등(2006)이 알츠하이머 선별 검사의 심리사회적 결정요인을 파악하기 위해 개발한 설문지(Intention to Screen Questionnaire) 내용 중 자기효능감의 7문항을 설문지의 개발자인 Galvin 박사(Florida Atlantic University 교수)에게 e-mail을 통해 승인을 받았으며 위원회번역방법(Behling & Law, 2000; Miller & Chandler, 2002)으로 번역하여 사용하였다. 문항은 Likert 5점 척도('1'= 전혀 그렇지 않다, '2'= 그렇지 않다, '3'= 보통이다, '4'= 그렇다, '5'= 매우 그렇다)로 구성되어 있으며, 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's alpha = .83이었다.

번역 및 신뢰도 검증 방법은 치매 관련 건강신념의 방법과 동일하였다. 검사평균은  $26.75 \pm 7.09$ , 재검사 평균은  $27.25 \pm 6.98$ 이었으며 두 측정치간의 상관계수는  $.695(p < .05)$ 로 나타나 도구의 안정성이 확인되었다. 본 연구의 Cronbach's  $\alpha = .80$ 으로 나타났다.

#### 4. 자료수집방법 및 절차

본 연구 진행을 위하여 Y대 간호대학의 IRB(Institute Review Board) 심의절차를 거쳐 승인을 받았다. 본 조사의 자료 수집 기간은 2015년 10월 13일부터 11월 30일까지 서울시 1개구에 소재한 경로당, 치매지원센터, 공원에서 자료를 수집하였다. 자료수집은 경로당과 치매지원센터의 경우 담당자의 허락을 받았으며 사전에 정확한 응답을 얻기 위하여 조사내용, 조사방법 및 면담 시 유의해야 할 사항 등에 대해서 사전 교육을 훈련받은 연구보조원 2인과 본 연구자가 함께 자료를 수집하였다. 연구보조원 훈련은 윤리 교육 이수, 설문조사 매뉴얼 작성, 사전 시뮬레이션 및 오리엔테이션을 시행하였다. 또한 설문 조사 동안 연구자와 연구보조원과의 개인차에 의한 오류를 방지하기 위하여 설문 조사 방법 및 내용에 대한 전반적인 훈련을 시행하고, 설문 조사 전·후 연구보조원의 역할 및 수칙에 대한 안내 및 점검을 시행하였다. 설문은 일대일 면담으로 진행하였으며 연구목적과 설문내용의 익명성 및 비밀보장에 대해 설명을 한 후 동의서를 받고 자료 수집을 실시하였다. 자료 수집 소요시간은 연구자 소개 및 동의서 작성까지 약 10분, 설문 응답에 평균 20분이 소요되었고 설문이 끝난 후 설문지는 그 자리에서 바로 회수하였다. 설문 후에는 참여에 대한 감사의 표시로 3,000원 가량의 답례품(파스)을 제공하였다. 또한 대상자의 연령을 고려하여 설문 조사 중 힘들어 하는 대상자들에게는 휴식을 취하도록 하고, 충분한 시간을 가지고 여유있게 응답하도록 하였다. 설문 후 해당 지역의 치매지원센터 데이터베이스에서 대상자의 치매 선별검사 시행 여부 및 횟수를 파악하고, 치매 선별검사 시행 여부 이외의 자료 열람을 방지하기 위해 치매지원센터 직원과 함께 데이터베이스 내의 자료를 확인하였

다. 파악을 위해 필요한 대상자의 생년월일 및 이름은 비밀보장에 대한 설명을 한 후 동의를 받고 수집하였고 연구책임자만 접근 가능한 잠금장치가 되는 장소에 보관하고 연구 종료 3년 후 폐기할 것이다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구는 연구의 윤리적 측면에 대하여 서울 소재 Y대학교 간호대학의 연구윤리 심의위원회에 심의를 의뢰하여 승인을 받은 후(간대 IRB 2015-0025-1) 시행하였다. 연구자는 설문 조사를 위해 다른 사람의 영향을 받지 않는 조용한 공간에서 수집하였다. 대상자에게 연구의 목적 및 방법, 연구 참여에 대한 익명성 보장, 자발적인 연구 참여 동의와 거부, 중도 포기 가능, 발생 가능한 이익과 불이익 등을 포함하는 내용을 구두와 서면으로 설명하고 자발적인 동의서를 받은 후 설문을 시행하였다.

자료 수집을 통해 얻어진 자료에 대해서는 개별화된 ID를 부여하여 연구자료 보관 파일에 암호화하여 저장하고, 연구 대상자의 이름이 나와 있는 동의서는 이중시건장치가 있는 사물함에 보관하였다. 또한 자료수집에 참여하는 연구보조원은 자료수집 전반에 대한 훈련 및 윤리교육을 이수한 후 자료수집에 참여하였다.

## 6. 자료 분석 방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS statistics 23.0 프로그램을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 치매 관련 지식 정도, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감, 행동의 계기는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.

- 2) 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 일반적 특성, 치매 관련 지식 정도, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감, 행동의 계기의 차이는 카이제곱 검정과 t 검정을 통해 분석하였다.
- 3) 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.
- 4) 번역된 도구의 신뢰도 검증을 위해 Spearman 상관계수 및 Cronbach's alpha를 산출하였다.





## V. 연구 결과

### 1. 대상자의 치매 선별검사 시행 분포

대상자의 치매 선별검사 시행 분포는 표 1과 같다. 치매 선별검사 시행여부는 일차적으로 대상자에게 설문을 통해 수집하고, 해당구 치매지원센터의 협조를 얻어 대상자 검사 시행 유무를 이차적으로 파악하였다.

치매 선별검사 자가보고와 데이터베이스의 기록이 다른 경우는 154명 중 40명이었다. 이들 중 25명은 자가보고시에 검사를 받아본 적이 있다고 하였으나 치매지원센터의 데이터베이스에는 검사 시행 기록을 찾을 수 없었다. 25명 중 7명은 병원에서 검사를 시행하였다고 하였으므로 시행군으로 포함하였고 18명은 경로당, 복지관, 보건소 및 치매지원센터에서 검사를 시행하였다고 응답하였으나 데이터베이스에 검사기록이 없었기 때문에 자료분석에서는 제외하였다. 한편, 치매 선별검사를 받아본 적이 없다고 대답하였지만 데이터베이스에 있는 15명은 자신들의 검사 여부를 정확히 인지하지 못하고 대답하였다고 판단되어 분석에서 제외하였다. 최종적으로 치매 선별검사 시행군 71명(58.7%), 미시행군 50명(41.3%)의 총 121명을 분석에 활용하였다.

표 1. 대상자의 치매 선별검사 시행 분포

특성	구분	빈도(%)		
		계	DB 유	DB 무
치매선별검사	받아본 적 있다	89(57.8)	64(81.0)	25(33.3)
자가보고	받아본 적 없다	65(42.2)	15(19.0)	50(66.7)

## 2. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 일반적 특성 비교

대상자의 일반적 특성은 표 2와 같다. 성별은 시행군의 경우 여자가 74.6%로 높은 빈도를 차지한 반면 미시행군의 경우 남자가 58.0%로 높은 빈도를 차지하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=13.164$ ,  $p<.001$ ). 연령 분포는 65세-74세가 45.1%로 시행군에서 가장 높은 빈도를 차지하였고, 75세-84세가 54.0%로 미시행군의 가장 높은 빈도를 차지하였다. 교육정도는 시행군과 미시행군 모두 초졸 이하가 가장 많은 빈도를 차지하였고 시행군은 39.4%, 미시행군은 32.0%를 각각 차지하였다. 결혼상태는 시행군과 미시행군 모두 배우자가 있는 경우가 각각 50.7%, 62.0%로 높은 빈도를 차지하였다. 동거 형태는 시행군과 미시행군에서 가족이 있는 경우가 각각 73.2%, 88.0%로 높은 빈도를 차지하였고, 직업은 두 집단 모두 직업이 없는 경우가 각각 91.5%, 92.0%로 대부분을 차지하였다. 규칙적인 운동은 시행군과 미시행군 모두에서 67.6%, 64.0%가 규칙적인 운동을 시행한다고 응답하였다. 음주는 시행군의 21.1%, 미시행군의 36.0%가 음주를 하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=6.710$ ,  $p<.05$ ). 흡연의 경우 시행군의 5.6%, 미시행군의 22.0%에서 현재 흡연을 하는 것으로 나타났고 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $\chi^2=10.102$ ,  $p<.01$ ).

표 2. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 일반적 특성 비교

특성	구분	빈도(%)			$\chi^2(p)$
		계	시행군	미시행군	
성별	남	47(38.8)	18(25.4)	29(58.0)	13.164(<.001)
	여	74(61.2)	53(74.6)	21(42.0)	
연령	65세-74세	50(41.3)	32(45.1)	18(36.0)	3.256(.196)
	75세-84세	54(44.6)	27(38.0)	27(54.0)	
	85세 이상	17(14.1)	12(16.9)	5(10.0)	
교육정도	무학	18(14.9)	8(11.3)	10(20.0)	5.614(.137)
	초등학교 이하	44(36.4)	28(39.4)	16(32.0)	
	중학교 이하	31(25.6)	22(31.0)	9(18.0)	
	고졸 이상	28(23.1)	13(18.3)	15(30.0)	
결혼상태	유배우자	67(55.4)	36(50.7)	31(62.0)	1.515(.266)
	무배우자	54(44.6)	35(49.3)	19(38.0)	
동거 형태	독거	25(20.7)	19(26.8)	6(12.0)	3.899(.067)
	가족	96(79.3)	52(73.2)	44(88.0)	
현재 직업	없다	111(91.7)	65(91.5)	46(92.0)	.008(1.000 <sup>†</sup> )
	있다	10(8.3)	6(8.5)	4(8.0)	
규칙적인 운동	안한다	41(33.9)	23(32.4)	18(36.0)	.170(.701)
	한다	80(66.1)	48(67.6)	32(64.0)	
음주	평생 해본적 없음	70(57.8)	48(67.6)	22(44.0)	6.710(.036)
	과거 음주	18(14.9)	8(11.3)	10(20.0)	
	음주 함	33(27.3)	15(21.1)	18(36.0)	
흡연	평생 해본적 없음	83(68.6)	56(78.9)	27(54.0)	10.102(.005)
	과거 흡연	23(19.0)	11(15.5)	12(24.0)	
	흡연 함	15(12.4)	4(5.6)	11(22.0)	

<sup>†</sup> Fisher's exact test

### 3. 대상자의 치매 관련 지식 및 치매 선별검사 건강신념 비교

#### 1) 치매 관련 지식

대상자의 치매 관련 지식 정도는 전체 평균  $9.29 \pm 2.81$ 점(점수 범위 0-16점)으로 나타났다으며 표 3과 같다. 치매 관련 지식 점수는 총 16개 문항에 대하여 치매 선별검사 시행군  $9.77 \pm 2.76$ 점, 미시행군  $8.60 \pm 2.75$ 점으로 시행군의 점수가 높았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < .05$ ). 특히 ‘치매는 병이다’라는 문항에서 시행군  $.89 \pm .32$ 점, 미시행군  $.74 \pm .44$ 점으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보여( $p < .05$ ) 치매 선별검사를 시행한 노인들이 치매가 병이라는 지식이 더 높은 것으로 나타났다.

가장 높은 점수를 받은 문항은 치매 예방과 관련된 것으로 ‘규칙적인 생활과 신체 정기검사는 치매 예방에 효과적이다’였고, ‘치매에 걸리면 시간 감각이 없고, 장소를 헤매며 사람을 못 알아본다’, ‘치매는 병이다’에서도 각각 평균  $.80$ 점 이상으로 나타났다. 반면, 가장 낮은 점수의 문항은 ‘치매 노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어 주면 도움이 된다’로 평균  $.22 \pm .42$ 점으로 나타났다.

표 3. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 치매 관련 지식 정도 비교

문항	평균±표준편차			t(p)
	계	시행군	미시행군	
합계	9.29±2.81	9.77±2.76	8.60±2.75	2.308(.023)
나이가 들면 노화에 의해 누구나 치매에 걸린다	.49±.50	.48±.50	.50±.51	-.227(.821)
치매는 병이다*	.83±.38	.89±.32	.74±.44	2.013(.047)
치매는 유전적 요인과 관계가 있다*	.38±.49	.42±.50	.32±.47	1.152(.252)
치매는 음주와 관련이 있다*	.40±.49	.46±.50	.30±.46	1.861(.065)
치매는 내과, 신경과, 정신과질환 등 몇십가지 병에 의해 걸린다*	.62±.49	.62±.49	.62±.49	-.003(.998)
남자가 여자보다 치매에 잘 걸린다	.51±.50	.54±.50	.48±.51	.594(.554)
치매에 걸릴 위험은 나이에 비례한다*	.68±.47	.73±.45	.60±.50	1.509(.135)
치매 환자는 지나간 일보다 최근 일을 잘 기억한다	.50±.50	.51±.50	.48±.51	.291(.772)
치매에 걸리면 시간 감각이 없고, 장소를 헤매며 사람을 못 알아본다*	.83±.37	.87±.34	.78±.42	1.308(.194)
치매에 걸려도 평소 좋아하던 일들을 즐길 수 있다	.64±.48	.66±.48	.60±.50	.193(.489)
치매는 조기발견이 불가능하다	.48±.50	.45±.50	.52±.51	-.747(.457)
싱겁게 먹고 균형에 맞는 식사는 치매예방에 효과적이다*	.70±.46	.75±.44	.64±.49	1.237(.219)
규칙적인 생활과 신체정기검사는 치매예방에 효과적이다*	.88±.32	.93±.26	.82±.39	1.744(.085)
치료 가능한 치매도 있다*	.60±.49	.62±.49	.56±.50	.655(.514)
치매는 약물로 완치된다	.54±.50	.56±.50	.50±.51	.684(.495)
치매노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어 주면 도움이 된다	.22±.42	.28±.45	.14±.35	1.938(.055)

\* '예'가 정답인 문항 (역코딩 문항)

## 2) 연구대상자의 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감

대상자의 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감의 결과는 표 4와 같다.

건강신념의 하부영역 중 지각된 민감성의 평균점수는 치매 선별검사 시행군에서  $10.28 \pm 2.61$ 점, 미시행군에서는  $10.08 \pm 2.74$ 점으로 시행군에서 더 높은 점수를 나타냈으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

지각된 심각성의 평균점수는 시행군에서  $14.79 \pm 2.01$ 점, 미시행군에서는  $14.36 \pm 2.63$ 점으로 시행군에서 점수가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

지각된 유익성의 평균점수는 시행군에서  $15.66 \pm 2.06$ 점, 미시행군에서  $15.18 \pm 2.75$ 점으로 시행군의 평균 점수가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

지각된 장애성의 경우 시행군에서  $22.68 \pm 3.63$ 점, 미시행군에서  $22.46 \pm 4.62$ 점으로 시행군의 평균 점수가 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

치매 선별검사 자기효능감은 시행군에서  $27.97 \pm 4.14$ 점, 미시행군에서는  $24.64 \pm 5.51$ 점으로 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $p < .001$ ). 따라서 치매 선별검사 미시행군보다 시행군에서 치매 선별검사에 대한 자기효능감이 높은 것으로 나타났다.

표 4. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감 비교

구분	최소-최대	총점평균(평균점평균)±표준편차			<i>t</i> ( <i>p</i> )
		계	시행군	미시행군	
지각된민감성	4-20	10.20±2.66 (2.55±.67)	10.28±2.61 (2.57±.65)	10.08±2.74 (2.52±.69)	.410(.683)
지각된심각성	4-20	14.61±2.29 (3.65±.57)	14.79±2.01 (3.70±.50)	14.36±2.63 (3.59±.66)	.969(.335)
지각된유익성	4-20	15.46±2.37 (3.89±.59)	15.66±2.06 (3.92±.52)	15.18±2.75 (3.80±.69)	1.049(.297)
지각된장애성	7-35	22.59±4.05 (3.23±.58)	22.68±3.63 (3.24±.52)	22.46±4.62 (3.21±.66)	.288(.774)
자기효능감	7-35	26.60±5.01 (3.80±.72)	27.97±4.14 (4.00±.59)	24.64±5.51 (3.52±.79)	3.619(<.001)

### 3) 연구대상자의 치매 선별검사 관련 행동의 계기

치매 선별검사 시행군과 미시행군간의 행동의 계기 차이는 표 5과 같다. 치매 가족력은 시행군의 15.5%, 미시행군의 12.0%에서 가족력이 있는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 주변에 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무는 시행군의 42.3%, 미시행군의 18.0%가 있다고 응답하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $\chi^2=7.901, p<.01$ ). 치매 선별검사를 권유받은 경험은 시행군의 28.2%, 미시행군의 16.0%에서 권유받은 경험이 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험은 시행군의 54.9%, 미시행군의 60.0%가 홍보를 본 경험이 있었으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 치매지원센터와의 주관적으로 느끼는 거리는 시행군, 미시행군 모두에서 가장 높다고 느끼는 노인이 각각 50.7%, 42.9%로 가장 높은 빈도를 차지했다. 치매지원센터까지 객관적으로 소요되는 시간은 시행군, 미시행군 모두에서 11분-30분이 각각 60.6%, 69.4%로 가장 높은 빈도를 차지하였다.

치매 선별검사 시행군의 검사 시행 이유는 '치매 예방을 위해 스스로 필요하다고 생각되어서'가 35.7%로 가장 높은 빈도를 차지하였으며, '보건소 또는 치매지원센터의 권유'로 시행한 경우가 30.0%로 두 번째 높은 빈도로 나타났다. 치매 선별검사 시행 장소로는 60.0%가 보건소 또는 치매지원센터에서 검사를 받았다고 응답하였다. 주변에 치매 선별검사를 받지 않은 사람에게 추천여부에 대한 응답은 '추천 안한다'가 26.1%, '추천 한다'가 73.9%로 대부분 추천하는 것으로 나타났다. 비추천 이유는 23.5%가 '검사를 꼭 해야되는지 모르겠어서'라고 응답하였고, 76.5%가 '기타'에 응답하였는데, 기타의 이유로는 '말을 하면 상대방이 기분 나빠할까봐', '치매 검사받으라고 말하기가 어려워서', '주변 사람들이 이미 검사를 시행해서', '개인이 결정할 일이라고 생각되어서' 등으로 나타났다. 추천 이유는 '치매 예방을 위해 중요하다고 생각되어서'가 98.0%로 대다수를 차지하였다. 치매 선별검사 미시행 이유는 '아직은 안해도 될 것 같아서'가 84.0%로 나타나 대다수의 미시행군 노인들이 치매 선별검사에 대해 알고는 있지만 필요성을 느끼지 못하는 것을 확인할 수 있었다.



표 5. 치매 선별검사 시행군과 미시행군의 행동의 계기 비교

특성	구분	빈도(%)			$\chi^2(p)$
		계	시행군	미시행군	
치매 가족력	없다	104(86.0)	60(84.5)	44(88.0)	.296(.610)
	있다	17(14.0)	11(15.5)	6(12.0)	
검사를 시행한 가족 또는 친구	없다	82(67.8)	41(57.7)	41(82.0)	7.901(.006)
	있다	39(32.2)	30(42.3)	9(18.0)	
치매 선별검사 권유받은 경험	없다	93(76.9)	51(71.8)	42(84.0)	2.443(.132)
	있다	28(23.1)	20(28.2)	8(16.0)	
치매 선별검사 홍보 본 경험	없다	52(43.0)	32(45.1)	20(40.0)	.308(.709)
	있다	69(57.0)	39(54.9)	30(60.0)	
치매지원센터와 주관적 거리	가깝다	57(47.5)	36(50.7)	21(42.9)	.984(.611)
	보통이다	27(22.5)	14(19.7)	13(26.5)	
	멀다	36(30.0)	21(29.6)	15(30.6)	
치매지원센터와 객관적 거리	10분 이내	36(30.0)	24(33.8)	12(24.5)	1.261(.520 <sup>†</sup> )
	11분-30분	77(64.2)	43(60.6)	34(69.4)	
	30분 초과	9(5.8)	4(5.6)	3(6.1)	

<sup>†</sup> Fisher's exact test

#### 4. 치매 선별검사에 시행에 영향을 미치는 요인

치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였으며 결과는 표 6과 같다. 독립변수로는 카이제곱 검정 및 t 검정에서 유의한 차이를 보인 성별, 음주, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무, 치매 관련 지식, 치매 선별검사 자기효능감으로 설정하였다. 한편 카이제곱 검정에서 유의한 변수로 나타났으나 흡연 여부는 성별 및 음주여부와 높은 상관관계(각각  $r=.637$ ,  $r=.503$ )를 나타내었고, 현재 흡연을 한다고 응답한 응답자 중 93.3%가 남성이 차지하는 것으로 나타나 남성을 대변하는 변수라고 판단하여 회귀모형분석에서는 제외하였다.

여성이 남성이 비해 치매 선별검사를 실천할 확률이 4.922배 높은 것으로 나타났고 통계적으로 유의하였다( $p<.01$ ). 현재 음주를 하는 사람에 비해 평생 음주를 하지 않는 사람의 검사 실천 확률이 1.363배 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

주변에 치매 선별검사를 시행한 가족이나 친구가 있는 경우에 검사를 실천할 확률이 4.599배 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<.01$ ). 치매 관련 지식 정도가 높은 사람의 검사 실천 확률이 1.098배 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 건강신념모델의 구성 요소 중 치매 선별검사 관련 자기효능감이 높을수록 검사 실천 확률이 2.85배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다( $p<.01$ ).

모델적합성 검증을 위해 Hosmer와 Lemeshow 검정을 시행하였으며  $p=.140$ 으로 제안된 로지스틱 회귀분석 모델이 수용할만한 수준에 적합한 것으로 나타났고, 모델의 Nagelkerke  $R^2$ 값은 .374로 나타났다.

표 6. 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인

(n=121)

독립변수	B	S.E	Wald	p	OR	95% CI
성별					1	
남 <sup>†</sup>						
여	1.594	.537	8.796	.003	4.922	1.717-14.110
음주					1	
현재 음주 <sup>†</sup>						
과거 음주	-.019	.697	.001	.979	.982	.250-3.846
비음주	.310	.576	.289	.591	1.363	.441-4.216
선별검사 시행한						
가족 또는 친구					1	
없다 <sup>†</sup>						
있다	1.526	.521	8.566	.003	4.599	1.655-12.775
치매관련지식	.093	.081	1.323	.250	1.098	.936-1.287
자기효능감	.150	.049	9.380	.002	2.850	1.458-5.572
상수항	-9.134	1.966	21.577	<.001	<.001	

<sup>†</sup> 준거집단

## VI. 논 의

본 연구는 고령화와 더불어 치매에 대한 사회적 관심이 높아지고 있는 가운데 지역 사회에 거주하는 65세 일반 노인을 대상으로 건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인을 규명하고자 시도되었다.

본 연구 대상자의 치매 선별검사 시행율을 살펴보면 한번이라도 치매 선별검사를 시행한 경험이 있는 군이 58.7%, 한번도 시행해본 적 없는 군이 41.3%로, 서울시의 60세 이상 노인 중 37.2%(‘07-’13년 누계)보다(서울특별시, 2014) 검사 시행율이 높게 나타났는데 이는 본 연구의 대상이 60세가 아닌 65세 이상이고, 서울시의 통계에서는 치매지원센터에서 시행한 비율만이 측정되었으며 또한 본 연구에 관심을 가지고 응답을 해준 노인은 평소 치매 선별검사에 대한 관심을 가지고 있고 치매에 대한 거부감을 비교적 덜 가졌을 가능성이 높기 때문이라고 생각된다. 그러나 치매 예방 및 조기 검진의 관심 정도가 97.9%라는 선행 연구 결과(이지영, 2014)에 비추어 보았을 때 노인들은 치매 조기검진에 관심도에 비해 시행도는 여전히 높지 않은 것으로 나타나 노인들의 참여를 높이기 위한 다각적인 방안이 요구된다.

선정기준에 적합한 응답자 총 154명 중 40명인 26.0%가 검사 유무에 대한 자가보고와 데이터베이스 기록이 상이한 것으로 나타났는데, 이는 병원 등의 다른 장소에서 검사를 받은 경우에는 데이터베이스에 기록이 없다는 점과 응답 대상자들의 기억력이 정확하지 않을 수 있다는 한계점 때문이라고 생각된다.

치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인으로 로지스틱 회귀분석에서 확인된 변수인 성별, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무, 치매 선별검사 관련 자기효능감에 관해 먼저 논의하고자 한다.

성별의 차이에서는 여성이 남성에 비해 치매 선별검사 시행을 더 잘 실천하는 것으로 나타났다(OR=4.922,  $p<.01$ ). 이는 여성이 치매 예방행위를 더 잘 실천한다는 선행 연구 결과와 일치한다(선우흥미, 2014; 이연희, 2012). 또한 본 연구에서 치매 선별검사 미시행 이유에 대한 성별의 차이를 분석해보면, ‘아직은 안해도 될 것 같아서’라고

응답한 비율이 남성 64.3%, 여성 35.7%이고, ‘치매 선별검사가 있는지 몰라서 또는 어디에서 검사를 해야하는지 몰라서’라고 응답한 비율은 남성 25.0%, 여성 75.0%로 나타난 것으로 미루어 보아 남성들이 여성에 비해 선별검사의 필요성을 인지하는 정도가 낮은 것으로 생각된다. 이는 남성이 주관적으로 지각하는 건강상태가 높게 나타난 하주영과 최은영(2013)의 연구 결과와도 궤도를 같이한다. 우리나라 여성 노인의 치매 유병률이 더 높고, 2040년에는 여자 치매 노인의 유병자 수가 남자 노인의 유병자 수보다 약 20만명이 많을 것으로 예측되고 있어(최지은, 2015) 본 연구에서 여성 노인의 치매 선별검사 시행율이 남성보다 높게 나타난 것은 긍정적인 측면이 있다고 볼 수 있다. 따라서 여성 노인의 치매 선별검사에 지속적으로 관심을 가지고 건강증진행위로 이어질 수 있도록 해야 할 것이다. 한편 남성 노인의 경우에는 건강에 대한 관심도를 높이고 치매 선별검사의 필요성을 지각할 수 있게끔 하는 프로그램을 마련할 필요가 있다고 사료된다. 2011년 노인실태조사 결과를 바탕으로 노인의 여가활동실태를 분석한 자료에 따르면 65세 이상 노인의 성별에 따른 여가 문화활동 장소가 경로당은 남성 18.6%, 여성 35.2%로 나타났고, 근린공원 및 산, 바다 등은 남성 28.3%, 여성 9.9%로 나타나(오영희, 2012) 성별에 따른 여가활동 장소의 차이를 보였다. 또한 본 연구에서 검사 시행 이유 중 ‘기관에서 근처로 방문했기 때문에’라고 응답한 17.1%의 응답자 중 75.0%가 여성이 빈도를 차지하는 것으로 미루어 보아 여성 노인들은 치매 지원센터에서 접근이 보다 수월한 경로당 등의 시설에서 여가 생활을 즐기고, 남성들은 공원 등의 외부에서 여가 활동 시간을 보내는 실태도 남성 노인이 여성 노인에 비해 검사를 덜 실천한 이유가 될 것으로 생각된다. 또한 전체 대상자 노인의 30.0%가 치매지원센터와의 거리가 멀다고 느껴진다고 응답하였고, 치매지원센터 서비스 이용 만족도 조사 결과 센터의 위치에 대한 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났으므로(서울특별시광역치매센터, 2015) 남성 노인들이 주로 이용하는 장소를 파악하여 방문 검진을 시행하는 방안이 필요할 것이다.

치매 선별검사 행동의 계기는 치매 가족력, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구 유무, 치매 선별검사를 권유받은 경험, 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험, 치매지원센터와의 접근성을 측정하였고 그 중 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구

의 유무가 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며( $p < .01$ ), 회귀분석 결과에서도 치매 선별검사를 시행한 가족이나 친구가 있을 경우 치매 선별검사 실천 확률이 증가하는 것으로 나타났다( $OR=4.599$ ,  $p < .01$ ). 이는 치매 선별검사 행동의 계기에 대한 선행연구가 많지 않아 직접 비교하기는 어려우나 보건소 건강증진프로그램을 이용하는데 있어 친구나 이웃의 권유를 받는 사람이 받지 않는 사람에 비해 약 5.4배 더 이용한다는 선행연구의 결과(윤희상 등, 2008) 및 유방암 자가 검진을 시행함에 있어 주위에서 유방 자가 검진을 권하는 사람이 있을 경우 시행율이 높아진다는 결과와 일치한다(강현주, 2010). 이는 행동을 결정하여 실행하는데 있어 환경 및 상호작용하는 주변의 영향력이 큰 것으로, 행위를 할 수 있는 상태가 되었다라도 구체적인 행동이 나타날 수 있는 결정적 행동의 계기가 중요한 것으로 해석할 수 있다. 이러한 결과는 개인의 행동이 접촉하는 대인관계에서 영향을 받는다(McLeroy, Norton, Kegler, Burdine, & Sumaya, 2003)는 선행연구 결과와 일치하므로 가족이나 친구를 활용한 치매 선별검사 시행 유도는 효과적인 방법이 될 수 있다. 기관의 권유보다 실제 검사를 시행해 본 가족 또는 친구의 권유는 경험을 통한 신뢰감을 형성할 수 있으므로 치매 선별검사의 시행을 유도하는데 성공적인 전략이 될 수 있을 것이라고 생각된다.

치매 선별검사 자기효능감은 시행군에서 27.97점( $\pm 4.14$ ), 미시행군에서 24.64점( $\pm 5.51$ )으로 시행군에서 더 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < .001$ ). 또한 회귀분석 결과 자기효능감이 높을수록 치매 선별검사 실천도가 증가하는 것으로 나타났다( $OR=2.850$ ,  $p < .01$ ). 이는 자기효능감이 높을수록 치매 예방행위 및 치매 선별검사를 잘 실천한다는 선행연구의 결과와 일치하였다(윤미정, 2004; 이영희 등, 2009; Galvin et al., 2008). Bandura (1977)는 성취경험, 대리경험, 언어적 설득, 정서적 각성의 4가지가 자기효능기대의 원천이라고 하였으며, 본 4가지 원천을 밑바탕으로 경도인지장애 노인에게 인지강화프로그램을 적용한 결과 자기효능감 증진에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으므로(지은주 & 김옥수, 2014) 노인들의 치매 선별검사 자기효능감을 증진시켜줄 수 있는 교육 프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

다음으로는 로지스틱 회귀분석에서는 유의하지 않았으나 치매 선별검사 시행군과 미시행군 간에 단순 비교에서 차이를 보인 변수에 대해 논의하고자 한다.

음주와 흡연의 경우 음주는 시행군의 21.1%, 미시행군의 36.0%가 음주를 하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < .05$ ). 흡연의 경우 시행군의 5.6%, 미시행군의 22.0%에서 현재 흡연을 하는 것으로 나타났고 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < .01$ ). 이는 술을 마시지 않고, 흡연을 하지 않을수록 치매 예방행위 점수가 높게 나타난 연구결과와 유사하다(선우홍미, 2014). 추가분석에서 음주를 한다고 응답한 대상자의 72.7%( $\chi^2=33.583, p < .001$ ), 흡연을 한다고 응답한 대상자의 93.3%( $\chi^2=54.169, p < .001$ )가 남성으로 나타나 남성 노인에서 높은 흡연을 및 음주율과 낮은 치매 선별검사 시행률 사이의 관계가 전체 연구결과에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 또한 건강위험행위는 다른 건강위험행위와 동반되어 같이 나타날 수 있는데 이렇게 개별적인 위험요인들의 기대빈도보다 실제 발생빈도가 높은 경우를 건강위험행위 군집(cluster)현상이라고 한다(Schuit, van Loon, Tijhuis & Ocke, 2002). 건강위험행위 군집 현상은 남녀 모두에게서 건강위험행위에 흡연이 있을 경우에(흡연, 과도한 음주 및 운동부족의 조합, 흡연 및 과도한 음주의 조합) 나타났다(강기원, 성주현 & 김창엽, 2010). 또한 음주의 경우 적당한 음주는 긍정적이지만 과음과 폭음은 인지장애의 확률을 1.7배 높이고(이윤환 등, 2009), 흡연은 치매 위험을 약 1.59배 증가시키는 위험인자 이므로(Norton, Matthews, Barnes, Yaffe & Brayne, 2014) 흡연 및 과음을 하는 남성 노인을 대상으로 금연, 절주 및 치매 선별검사 시행을 접목한 복합적인 건강 증진프로그램의 시행이 필요할 것이다.

대상자의 치매지식 정도는 총 16점 만점에 전체 평균 9.29점( $\pm 2.89$ )으로 나타났으며 시행군 9.77점, 미시행군 8.60점으로 시행군의 지식 점수가 더 높았으며 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $p < .05$ ). 치매지식 평균 점수는 도구 개발자가 만 18세 이상 일반인을 대상으로 시행한 8.63 $\pm$ 2.61점(조현오, 1999)보다 높은 수준이었으며, 30-59세 중장년층을 대상으로 조사한 9.53 $\pm$ 3.16점(이윤희, 2011)보다는 낮은 수준이었다. 문항별 지식정도에서 치매 선별검사와 관련된 ‘치매는 조기발견이 불가능하다’는 지식 점수의 평균이 .48점으로 이지영(2014)의 .50점, 김애숙(2007)의 .42점과 비교했

을 때 여전히 낮게 나타나 치매 조기 발견에 대한 정확한 교육이 필요할 것으로 사료된다. 가장 높은 점수를 받은 문항은 ‘규칙적인 생활과 신체 정기검사는 치매 예방에 효과적이다’가 .88점으로 이는 이지영(2014)과 김애숙(2007)에서 나타난 결과와 일치했다. 반면 가장 낮은 점수를 받은 문항은 ‘치매 노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어 주면 도움이 된다’가 .22점으로 본 문항은 선행 연구와 유사하게 낮은 결과로 나타나(이지영, 2014) 잘못 알고 있는 지식에 대한 올바른 교육이 필요할 것으로 사료된다.

건강신념 변수에 대해 시행군과 미시행군을 비교해 보면 시행군에서 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성을 더 느끼는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 이는 선행연구에서 유의한 변수로 나타난 지각된 민감성이 높을수록(Galvin et al., 2008), 지각된 유익성이 클수록(윤미정, 2004; Fowler et al., 2012; Galvin et al., 2008) 치매 예방행위 및 치매 선별검사를 더 잘한다는 결과와 상이하였다. 그러나 2013년까지 건강신념모델을 적용한 국내 연구들에 대한 메타분석 결과에서 건강신념모델의 4가지 변인 즉, 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성은 건강행동을 설명하는데 크게 영향을 미치지 않은 반면 자기효능감이 건강행동을 결정하는 주된 변인으로 나타난 연구 결과와 궤도를 같이한다(이병관 등, 2014). 또한 미디어 캠페인 등의 홍보 요인이 개인의 건강신념에 영향을 미친다는 선행연구 결과로 미루어 보았을 때 (이병관, 오현정, 신경아 & 고재영, 2008; 이병관 & 이윤재, 2014) 본 연구의 건강신념 변수가 치매 선별검사 시행 여부에 통계적 유의성을 보이지 않은 결과의 가능한 이유로 치매 선별검사에 대한 인식을 증진시킬 수 있는 전략적인 홍보의 부족을 들 수 있다. 본 연구 대상자 중 43.0%가 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험이 없다고 응답하였고 시행군의 54.9%, 미시행군의 60.0%가 홍보를 본 경험이 있다고 응답하였다. 또한 추가 분석으로 확인한 치매 선별검사 홍보를 본 경험에 따른 치매 선별검사 건강신념의 차이에서는 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험이 있는 집단이 없는 집단에 비해 지각된 유익성이 유의하게 높은 것으로 나타나( $t=2.210, p<.05$ ) 홍보가 개인의 건강신념에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 즉 홍보 및 정보 노출 등으로 치매 선별검사에 대한 지식이나 인식을 어



는 정도 가지고 있는 그룹에서 건강신념 변수와 건강행위와의 관련성이 나타나는 것으로 추측할 수 있다. 따라서 지역사회에 거주하는 노인이 치매 선별검사의 내용과 시행 방법을 구체적으로 인식하고 실천할 수 있도록 보다 효과적인 홍보 전략을 개발하여야 할 것이다.

본 연구에서 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인으로 성별, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무, 치매 선별검사 자기효능감으로 확인되었는데, 이는 본 연구의 이론적 기틀 중 각각 일반적 특성, 행동의 계기, 자기효능감에 해당된다. 성별의 경우 수정이 불가능한 요인이지만, 남성 노인들에 대한 접근성 및 인식 개선을 통하여 치매 선별검사 시행율을 높여야 할 것으로 생각된다. 또한 주변에 치매 선별검사를 시행한 가족이나 친구가 있을 경우 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 것으로 나타났으므로 치매 선별검사 시행 경험자를 활용하여 치매 선별검사 시행율을 높일 수 있는 전략을 마련한다면 보다 효과적인 결과를 기대할 수 있을 것이다. 마지막으로 치매 선별검사 자기효능감이 치매 선별검사에 영향을 미치는 요인으로 나타났으므로 노인들에게 치매 선별검사 자기효능감을 높여줄 수 있는 교육 및 프로그램을 마련한다면 치매 선별검사 시행률을 높일 수 있을 것으로 사료된다.

치매 선별검사 시행군만을 대상으로 한 연구 결과에서, 치매 선별검사 시행 이유로는 ‘치매 예방을 위해 스스로 한다’가 35.7%로 가장 높은 빈도를 차지하였고, ‘보건소나 치매지원센터의 권유’로 시행하였다는 응답자가 30.0%로 두 번째로 높은 빈도를 차지하였다. 치매 선별검사 장소로는 보건소 또는 치매지원센터가 60.0%, 병원 18.6%, 경로당 15.7%의 순으로 나타났다. 치매 선별검사를 시행하지 않은 주변 사람에게 검사를 추천할지에 대한 여부는 ‘추천 한다’ 73.9%, ‘추천 안한다’ 26.1%로 나타났으며 이는 2014년 치매지원센터 서비스 이용만족도 조사시에 치매 조기검진 서비스에 대해 매우 만족 또는 만족한다고 응답한 노인이 94.8%로 나타난 것에 비해(서울특별시광역시 치매센터, 2015) 추천 정도가 낮음을 확인할 수 있었다. 추천하지 않는 이유에 대해서는 ‘검사를 꼭 해야되는지 모르겠어서’가 23.5%를 차지하였고, 76.5%의 응답자가 선택지에 없는 대답을 하였는데, ‘상대방이 기분 나빠할까봐’, ‘치매 검사하라고 말하기가 어려워서’ 등의 응답이 대다수를 차지하였다. 이러한 결과로 미루어 보아 우리나라

노인들의 치매에 대한 거부감을 확인할 수 있었으며, 실제로 일본에서는 치매라는 용어가 불쾌감을 준다고 하여 ‘인지증’이라는 단어로 바뀌어 사용되고 있다(KBS NEWS, 2004). 따라서 치매에 대한 인식 제고가 필요할 것으로 사료된다. 한편, 치매 선별검사 추천 이유로는 ‘치매 예방을 위해서 중요하다고 생각되어서’가 98.0%로 대다수를 차지하였다.

치매 선별검사 미시행군만을 대상으로 한 설문에서 검사 미시행 이유로는 ‘아직은 안해도 될 것 같아서’가 84.0%로 대부분을 차지하였으며 본 응답자들에게 물어본 결과 ‘치매 검사가 있는 것은 알고 있으나 본인에게 해당이 안된다고 생각한다’ 라고 대다수가 응답하였다. 이러한 결과로 미루어 보아 치매 선별검사의 중요성 및 인식 개선이 필요할 것으로 시사된다.

본 연구는 연구대상이 서울 일 지역에 국한되어 있고 교통접근성, 홍보접근성 등의 요인이 다를 가능성이 있으며 대상자 모집에서 선택 편중이 발생할 수 있기 때문에 노인의 전체적 결과로 일반화하기에 어려우며, 추후 본 연구의 결과를 재확인 하는 광범위한 반복 연구가 필요할 것이다. 또한 번역한 치매 선별검사 건강신념 도구는 만족스러운 신뢰도를 확보하지 못하였다 (Cronbach's alpha: 지각된 민감성 .581, 지각된 심각성 .357, 지각된 유익성 .609, 지각된 장애성 .575, 자기효능감 .80). 이는 본 연구의 평균 연령이 77.26세로 개발 당시의 연구대상자들의 평균 연령인 62세보다 약 15세 가량 높은 점이 문항 간 내적일관성에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 또한 개발 당시 설문 대상자들의 교육수준은 고졸이상이 94.1%로 대다수를 차지하였으나 본 연구에서는 고졸 이상이 23.1%로 높은 빈도를 차지하지 않았다. 실제 설문시 교육 수준이 낮은 대상자가 5점 척도에 대한 대답을 어려워했으며, 교육 수준을 고졸 미만과 고졸 이상으로 나누어 Cronbach's alpha를 추가적으로 산출해보면, 신뢰도가 가장 낮은 지각된 심각성의 경우 고졸 미만에서 Cronbach's alpha .263, 고졸 이상에서 Cronbach's alpha .585로 두 집단의 내적 일관성이 차이가 나타남을 확인할 수 있었다. 또한 우리나라 노인의 약 42.8-45.4%가 건강정보 이해능력에 취약한 것으로 나타났다(김정은, 2011; 이태화 & 강수진, 2008) 이러한 변수의 영향도 배제할 수 없을 것으로 생각된다. 한편 지각된 심각성의 문항 중 ‘치매는 죽음에 이르게 할 수 있

다' 라는 항목이 전체 문항과의 상관계수가 .154로 가장 낮은 상관관계를 보였다. 따라서 본 설문지는 대상자들의 교육 수준 및 한국의 문화를 고려하여 문항의 수정·보완이 필요할 것으로 사료된다.

그럼에도 불구하고 국내에서는 찾아보기 어려운 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감에 대한 설문지를 국문으로 번역하였으며, 또한 치매 선별검사의 영향요인을 건강신념모델을 기반으로 규명하는 소수의 연구 중 하나라는 점에서 의의가 있다. 따라서 본 연구를 반영한 후속연구의 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.



## VII. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 서울시 일부 지역에 거주하고 있는 65세 이상 노인을 대상으로 건강신념 모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인을 규명하기 위한 횡단적 조사연구이다. 연구 도구로 치매 관련 지식 정도는 조현오(1999)가 개발한 도구를 이용하여 측정하였고, 치매 선별검사 건강신념 및 자기효능감은 Galvin 등(2006)이 알츠하이머 선별검사의 심리사회적 결정요인을 파악하기 위해 개발한 설문지(Intention to Screen Questionnaire)내용 중 치매 선별검사 관련 지각된 민감성, 지각된 심각성, 지각된 유익성, 지각된 장애성, 자기효능감의 총 26문항을 위원회번역방법을 통해 국문으로 번안하여 사용하였다. 번역본은 신뢰도 검증을 위해 검사-재검사 시행 및 Cronbach's alpha 계수를 산출하였다. 행동의 계기로는 치매 가족력, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 여부, 가족 또는 친구의 치매 선별검사 권유 여부, 치매 선별검사에 대한 홍보를 본 경험, 보건소 또는 치매지원센터와의 접근성 등을 포함한 12문항으로 구성하여 측정하였다.

대상자는 임의 표출로 선정된 일 지역에 거주하는 남녀 65세 이상 노인 인구 156명이었으며, 구조화된 설문지를 사용하여 일대일 면담을 통해 2015년 10월 13일부터 11월 30일까지 자료수집 하였다. 치매 선별검사 시행 여부는 일차적으로 대상자에게 설문지를 통해 수집하고, 해당구 치매지원센터의 협조를 얻어 대상자 검사 시행 유무를 이차적으로 파악하였다. 선정기준에 부합하지 않는 2명의 대상자를 제외한 154명의 대상자를 활용하였으며, 이들 중 치매 선별검사 시행 여부에 대해 자가보고와 데이터베이스상의 기록이 일치하지 않는 40명 중 선별검사 시행 장소를 '병원'으로 응답한 7부를 남겨두고, 33명은 최종 분석에서 제외하였다. 총 121명의 대상자 자료를 통계분석에 사용하였고, 자료분석은 SPSS statistics 23.0을 이용하여 기술통계, 빈도분석, 카이제곱 검정, t 검정, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

대상자는 여성이 61.2%, 평균연령은 77.26(±6.30)세였고, 치매 선별검사 시행군 58.7%, 미시행군 41.3% 이었다. 치매 선별검사 시행군과 미시행군은 성별, 음주 여부, 흡연 여부, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무, 치매 관련 지식, 치매 선별검사 자기효능감에서 차이가 있었다. 대상자의 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인은 성별, 치매 선별검사를 시행한 가족 또는 친구의 유무, 치매 선별검사 자기효능감으로 나타났다.

이상의 결과에서 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위하여 가족 또는 친구의 네트워크를 활용한 접근과 치매 선별검사에 대한 자기효능감을 높여주는 교육 및 프로그램이 필요함을 확인할 수 있었다. 본 연구의 치매 선별검사 시행 영향 요인을 파악한 주요 결과를 통해, 향후 지역사회 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위한 효율적인 프로그램 구축과 교육을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.



## 2. 제언

본 연구 결과를 토대로 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위한 추후 연구 방향과 간호 실무에 대한 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일 지역의 노인을 대상으로 편의 표출하여 대상자를 선정하였고, 자료 수집이 주로 경로당에 집중되어 있었다. 또한 연구 대상자가 특정 지역에 거주하여 전체 노인의 결과로 일반화하기에는 다소 한계가 있기 때문에 추후 대규모 노인을 대상으로 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 요인을 파악하는 반복 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 치매 선별검사 건강신념 도구로 Galvin 등(2006)이 개발한 설문지를 국문으로 번안하여 사용하였다. 외국의 설문지를 그대로 번안함에 있어 개발 당시 대상자들과의 교육 수준 차이 및 한국의 문화나 정서에 맞지 않는 문항들로 인해 문항의 내적일관성이 다소 낮게 나타났다고 생각되므로 문항의 수정·보완이 필요할 것이다.

셋째, 노인의 치매 선별검사 시행 영향 요인에 대한 지역별 후속 연구가 필요하다. 도시와 농촌은 지역의 사회적 특성에 따른 접근성 및 네트워크 등이 차이가 있을 수 있다. 그러므로 각 지역의 환경적 특성에 따른 치매 선별검사 시행을 향상 시킬 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.



## 참고문헌

- 강기원, 성주현, 김창엽(2010). 흡연, 음주와 운동습관의 군집현상을 통한 건강행태의 고위험군: 국민건강영양 조사, *예방의학회지*, 43(1), 73-83.
- 장연옥, 나덕렬, 한승혜(1997). 치매환자들을 대상으로 한 K-MMSE의 타당도 연구. *대한신경과학회지*, 15(2), 300-308.
- 강유진, 강효진(2005). 노인복지서비스 인지도 및 이용의사에 영향을 미치는 요인 -1998년도 전국 노인생활시대 조사 자료를 중심으로. *노인복지연구*, 28(단일호), 255-294.
- 강현주(2010). 건강신념 모형에 따른 유방 자가검진 수행에 영향을 미치는 관련 요인 연구. 건양대학교 대학원 석사학위논문.
- 고숙정(2012). 노인 부부의 치매지식, 자기효능감, 우울이 치매예방행위에 미치는 영향. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 고숙정, 신성희(2013). 치매지식, 자기효능감 및 우울이 노인부부의 치매예방행위에 미치는 영향: 커플관계자료 분석방법적용. *대한간호학회지*, 43(2), 276-286.
- 국회예산정책처(2014a). *치매관리사업의 현황과 개선과제*. 사업평가 보고서.
- 국회예산정책처(2014b). *2015년도 정부 성과계획 평가* [사회·행정].
- 권용철, 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구. *신경정신의학회지*, 28(1), 125-135.
- 김애숙(2007). 강원도 일 지역 노인들의 치매에 대한 지식과 태도에 관한 연구. 카톨릭관동대학교 대학원 석사학위논문.
- 김정은(2011). 건강정보 이해능력 수준과 영향요인에 대한 고찰: 대한병원 외래 방문객을 대상으로. *임상간호연구*, 17(1), 27-34.
- 대한노인정신의학회(2003). *한국형 치매평가검사*. 학지사.
- 박민경(2013). 건강신념모델을 적용한 응급실 간호사의 낙상예방활동 관련 요인. 을지대학교 임상간호대학원 석사학위논문.

보건복지부(2013. 05. 02). 2012년 치매 유병률 9.18%, 치매환자 수 20년마다 2배씩 증가. 보도자료. Retrieved November 3, 2015, from [http://www.mohw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=286138&page=1](http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=286138&page=1)

보건복지부(2014. 06. 24). 치매를 발생시키는 음주 등 여러 위험요인들 선제적 관리. 보도자료. Retrieved July 31, 2015, from [http://www.129.go.kr/news/news02\\_view.jsp?n=7897](http://www.129.go.kr/news/news02_view.jsp?n=7897)

보건복지부(2015). 치매관리법. Retrieved November 15, 2015, from <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=167747&efYd=20150729#0000>

보건복지부, 중앙치매센터(2014). 나에게 힘이 되는 치매 가이드북.

분당서울대학교병원(2009). 치매 진단 도구의 표준화. 연구 보고서.

분당서울대학교병원(2014). 제3차 국가치매관리종합계획 수립을 위한 사전기획연구. 연구보고서.

서울특별시(2014). 서울시 치매·요양 종합대책. Retrived May 08, 2015, from <http://opengov.seoul.go.kr/sanction/1403096>

서울특별시(2015. 04. 17). 서울시, 만 70세 이상 어르신 치매검진에 더욱 집중!. 보도자료. Retrieved April 28, 2015, from [http://spp.seoul.go.kr/main/news/news\\_report.jsp?searchType=TITLE&searchWord=%EC%B9%98%EB%A7%A4&list\\_start\\_date=&list\\_end\\_date=&pageSize=10&branch\\_id=&branch\\_child\\_id=&pageNum=1&communityKey=B0158&boardId=22894&act=VIEW](http://spp.seoul.go.kr/main/news/news_report.jsp?searchType=TITLE&searchWord=%EC%B9%98%EB%A7%A4&list_start_date=&list_end_date=&pageSize=10&branch_id=&branch_child_id=&pageNum=1&communityKey=B0158&boardId=22894&act=VIEW)

서울특별시광역치매센터(2012). 치매바로알기. Retrived December 01, 2015, from [https://www.seouldementia.or.kr/common/e-book\\_2013/dementia01/lifewz.swf](https://www.seouldementia.or.kr/common/e-book_2013/dementia01/lifewz.swf)

서울특별시광역치매센터(2015). 2014 서울시치매관리사업 사업보고서. Retrived November 11, 2015 from [http://www.seouldementia.or.kr/common/e-book\\_2013/dementia\\_data/data1.pdf](http://www.seouldementia.or.kr/common/e-book_2013/dementia_data/data1.pdf)

선우홍미(2014). 지역사회 노인의 치매에 대한 지식, 태도 및 예방행위. 한양대학교 임



- 상간호대학원 석사학위논문.
- 손종철, 윤재호, 김신주, 임성택, 전수경, 고주영, 손장호(2015). *인구고령화에 따른 노동력 재편방향 연구*. 기획재정부 용역결과보고서.
- 신호창, 조성은, 유선욱, 노형신(2011). 우리나라 결핵 예방 행동의도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-건강신념모델(HBM) 적용과 확장을 중심으로. *한국언론학회 2011년 봄철 정기학술대회*.
- 오영희(2012). 노인의 여가활동과 정책과제. *보건복지포럼*, 26-39.
- 유승호, 이동우, 이강준, 한은주, 정한용(2006). 치매의 조기진단과 선별검사의 유용성. *대한노인정신의학회*, 10(1), 33-40.
- 유승호, 이준영, 이남진, 신권철, 이현주, 김철민(2013). *지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발*. 정책보고서
- 윤미정(2004). *치매에 대한 지식 및 신념에 관한 연구*. 삼육대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤미정, 손애리(2004). 치매예방을 위한 건강증진행위에 영향을 미치는 요인. *한국스포츠리서치*, 15(6), 811-820.
- 윤희상, 이숙경, 이해영(2008). 건강증진프로그램 이용과 관련된 요인. *보건사회연구*, 28(2), 157-184.
- 이병관, 손영근, 이상록, 윤문영, 김민희, 김채린(2014). 건강 관련 행동의 예측을 위한 사회인지이론의 유용성 국내 건강신념모델 연구의 메타분석. *홍보학연구*, 18(2), 163-206.
- 이병관, 오현정, 신경아, 고재영(2008). 행위단서로서의 미디어 캠페인이 인플루엔자 예방행동에 미치는 영향: 건강신념모델의 확장을 중심으로. *한국광고홍보학보*, 10(4), 108-138.
- 이병관, 이윤재(2014). 결핵 예방을 위한 텔레비전 공익 캠페인의 효과. *한국언론학보*, 58(4), 157-182.
- 이상화(2015). *고혈압, 당뇨환자의 치매예방행위와 치매지식, 우울과의 관계*. 충남대학교 대학원 석사학위논문.

- 이정은(2015). 지역사회 노인의 치매예방서비스 인지도 관련요인. *한국지역사회복지학회*, 53, 143-171.
- 이승신(2007). 치매선별검사(MMSE, GDS, CDR)의 임상적 유용성 고찰. 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문.
- 이연희(2012). 일 지역 예비노인의 치매에 대한 지식, 태도 및 예방행위. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 이영희, 우선미, 김옥란, 이수연, 임혜빈(2009). 저소득 중년여성의 치매지식, 태도, 자기효능과 예방행위와의 관계연구. *성인간호학회지*, 21(6), 617-627.
- 이윤환, 나덕렬, 정해관, 홍창형, 백종환, 김진희(2009). 노인 인지건강증진의 효과성 평가 및 관리지침 개발. 아주대학교 건강증진사업지원단.
- 이윤희(2011). 중장년층의 치매에 대한 인식정도와 건강증진행위에 관한 연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 이은주, 박정숙(2013). 자궁경부암 선별검사 반복수검에 관한 예측요인. *중앙간호학회지*, 13(1), 28-36.
- 이종인(2014). K-MMSE와 신경심리검사를 활용한 노인성 치매 선별에 관한 일 연구 : J도 G지역을 중심으로. 전주대학교 석사학위논문.
- 이지영(2014). 일반노인의 치매 관심도와 치매 지식 정도. 한양대학교 석사학위논문.
- 이태화, 강수진(2008). 한국 노인의 건강문해(Health literacy)실태와 영향요인-인구사회학적 특성을 중심으로. *한국노년학*, 28(4), 847-863.
- 정현강, 한창수(2013). 일차의료 현장에서 치매의 진단 및 치료. *대한의사협회지*, 56(12), 1104-1112.
- 조현오(1999). 치매에 대한 일반인의 지식과 태도 조사연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 조희숙, 김춘배, 이희원, 정현재(2004). 건강신념 모형을 적용한 한국인 건강관련행동 연구에 대한 메타분석. *한국심리학회지: 건강*, 9(1), 69-84.
- 중앙치매센터(2014). 중앙치매센터 연차보고서 2014. Retrieved May 8, 2015 from [http://www.nid.or.kr/dementia\\_center/notice/notice\\_view.asp?seq=1094&page=1](http://www.nid.or.kr/dementia_center/notice/notice_view.asp?seq=1094&page=1)

&list\_num=10&schType=&schWord=&schClassifyState=

- 지은주, 김옥수(2014). 경도인지장애 노인에게 적용한 웃음요법병합 인지강화 프로그램의 효과. *성인간호학회지*, 26(1), 34-45.
- 최지은(2015). *미래의 치매노인 유병자수 추계*. 성균관대학교 대학원 석사학위논문.
- 통계청(2013. 09. 30). 2013 고령자 통계. 보도자료. Retrieved October 30, 2015 from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=308688](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=308688)
- 통계청(2015. 09. 24). 2015 고령자 통계. 보도자료. Retrieved October 30, 2015 from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=348565](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=348565)
- 하주영, 최은영(2013). 노인의 건강지각과 건강관심도 및 건강증진행위, *노인간호학회지*, 15(3), 277-285.
- KBS NEWS (2004. 11. 20). 일본서 '치매'를 '인지증'으로 바꿔. 보도자료. Retrieved December 05, 2015 from <http://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=660832>
- Alzheimer Europe (2013. 05. 24). *National Dementia Strategies (diagnosis, treatment and research) country comparisons*. Retrieved July 17, 2015 from [www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research](http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory*. Prentice-Hall Inc.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior* (Vol. 2, No. 4). Slack.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions* (Vol. 133). Sage.
- Boustani, M. A., Justiss, M. D., Frame, A., Austrom, M. G., Perkins, A. J., & Cai,

- X., et al. (2011). Caregivers and Non-caregivers attitudes about dementia screening. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 681-686.
- Eichler, T., Thyrian, J. R., Hertel, J., Michalowsky, B., Wucherer, D., Dreier, A., Kilimann, I., Teipel, S., & Hoffmann, W. (2015). Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1(1), 87 - 93.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fowler, N. R., Boustani, M. A., Frame, A., Perkins, A. J., Monahan, P., & Gao, S. et al. (2012). Impact of patients' perceptions on dementia screening in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(6), 1037-1043.
- Galvin, J. E., Scharff, D. P., Glasheen, C., & Fu, Q. (2006). Development of a population-based questionnaire to explore psychosocial determinants of screening for memory loss and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(3), 182-191.
- Galvin, J. E., Fu, Q., Nguyen, J. T., Glasheen, C., & Scharff, D. P. (2008). Psychosocial determinants of intention to screen for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 4(5), 353-360.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice. (4th ed.)*. John Wiley & Sons.
- Lee, J. H., Lee, K. U., Lee, D. Y., Kim, K. W., Jhoo, J. H., & Lee, K. H., et al. (2002). Development of the Korean version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Assessment Packet (CERAD-K) clinical and neuropsychological assessment batteries. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Science and Social Sciences*, 57(1), 47-53.
- McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N., & Sumaya, C. V.

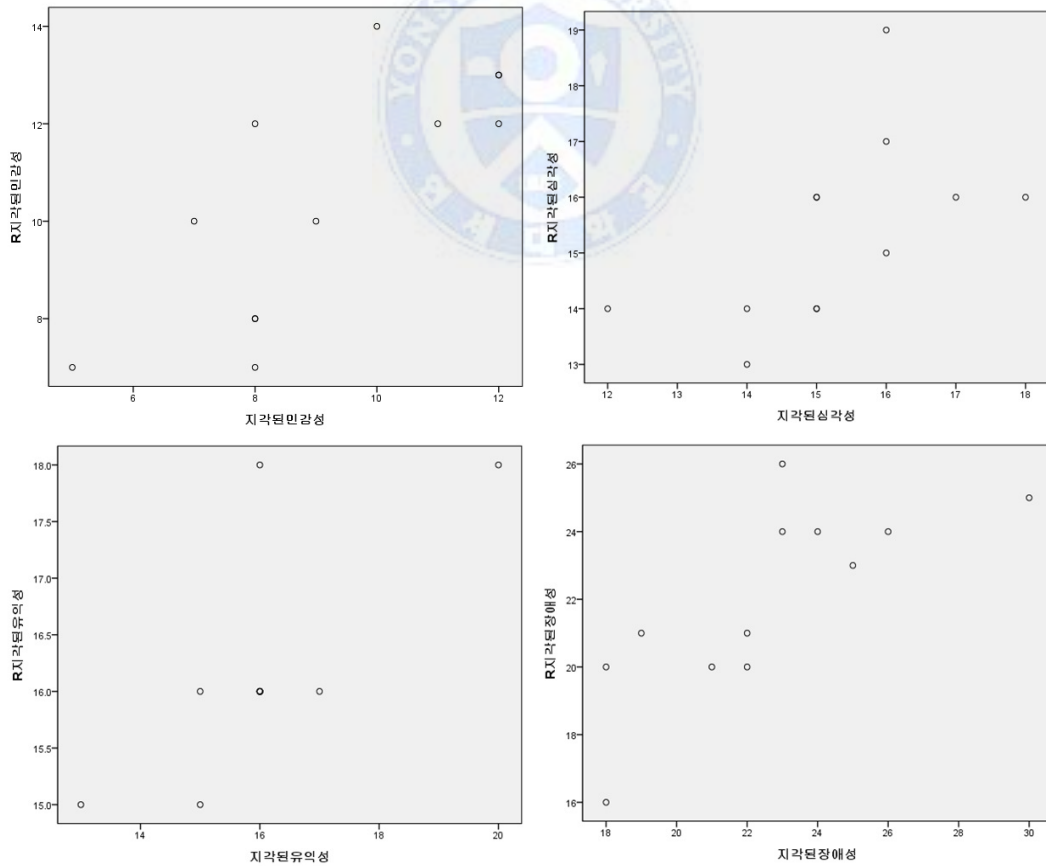
- (2003). Community-based interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533.
- Miller, A. M. & Chandler, P. J. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research*, 51(1), 26-32.
- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, 13(8), 788-794.
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335.
- Schuit, A. J., van Loon, A. J., Tijhuis, M., & Ocke, M. C. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive Medicine*, 35(3), 219-224.
- US Department of Health and Human Services. (2013). National plan to address Alzheimer's disease: 2013 Update. *US Department of Health and Human Services, Washington, DC*. Retrieved July 7, 2015 from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatlPlan2013.shtml>

## 부록 1. 치매 선별검사 건강신념 검사-재검사 결과

치매 선별검사 건강신념 검사-재검사 결과

(N=12)

검사종류	지각된민감성	지각된심각성	지각된유익성	지각된장애성
문항수	4	4	4	7
최소-최대	4-20	4-20	4-20	7-35
검사 평균±표준편차	9.17±2.25	15.25±1.55	16.00±1.60	22.58±3.48
재검사 평균±표준편차	10.50±2.51	15.33±1.67	16.17±.94	22.00±2.83
r(p)	.766(.004)	.717(.009)	.724(.008)	.813(.001)



## 부록 2. 대상자 설명문 및 동의서

### 연구대상자 설명문

#### 1. 연구 제목

건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인

#### 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 국내 만 65세 이상 노인 중 치매 선별검사를 받아보신 분과 받아보시지 않은 분을 대상으로 치매 관련 지식 및 건강신념을 확인하고 이를 바탕으로 두 집단 간의 차이 및 치매 선별검사 시행에 영향을 미치는 관련 요인을 파악하기 위함입니다.

#### 3. 연구 대상자 수 및 연구 기간

이 연구는 약 156명의 만 65세 이상 노인분들께서 참여하시게 되며 연구기간은 기관생명윤리위원회 승인일로부터 2016년 7월 30일까지이고, 자료수집 기간은 2015년 10월 01일부터 2015년 11월 30일까지입니다. 연구에 참여하실 수 있는 분은 다음과 같습니다.

- 만 65세 이상 어르신
- 치매를 진단 받은 적이 없는 어르신
- 의사소통이 가능하여 설문에 응답이 가능한 어르신
- 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 어르신

#### 4. 연구 방법

귀하께서 연구 참여를 결정하시게 되면 동의서에 서명하신 후 약 30분의 설문 조사에 참여하시게 되며 연구의 소개, 설문에 대한 지침과 비밀 보장에 대한 설명을 들으신 후 귀하의 일반적 특성, 치매 관련 지식, 치매 선별검사 관련 건강신념, 행동의 계기, 치매 선별검사 관련 자기효능감에 대한 총 65 문항을 일대일 면담을 통해 설문지를 작성하시게 됩니다.

#### 5. 연구 기대효과

연구의 참여는 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위한 교육 및 치매 예방을 위한 중재 개발에 기초자료로 활용될 수 있을 것입니다.

#### 6. 연구 위험성

설문조사는 약 30분 정도 예상되어 문항작성에 대한 번거로움은 있으나, 신체적, 정신적 위험은 거의 없으며, 설문중간에 피로하시지 않도록 적절한 휴식을 취할 예정입니다. 다만, 면담 중 불편감을 느끼신다면 언제든지 연구 참여를 거부하실 수 있습니다.



**7. 연구대상자 보호**

- 본 연구에 참여하는 동안에 수집된 귀하의 기록은 비밀로 보장될 것이며, 연구의 결과가 보고서로 작성되거나 발표되는 경우에도 귀하의 신원을 파악할 수 있는 기록은 비밀 상태로 유지될 것입니다.
- 귀하께서 연구에 참여하기로 결정하시고 동의서에 서명하시면 연구책임자는 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 귀하의 치매 선별검사 시행여부 기록을 직접 열람할 수 있습니다. 열람된 정보는 비밀로 보장될 것입니다.

**8. 자유로운 참여 동의와 동의 철회 가능성**

연구에의 참여는 자율적으로 결정하는 것이며, 연구 참여 이후 연구 참여를 그만두고 싶으시면 언제든지 거부 의사를 표현하시고 설문지 작성을 중단하시면 됩니다. 연구에 참여하지 않거나 중도에 그만 두기로 결정하더라도 귀하에 대한 어떠한 불이익이 발생하지 않을 것이며, 귀하께서 원래 받을 수 있는 이익에 대한 어떠한 손실도 없을 것입니다.

**9. 연구대상자의 연구 참여에 따른 발생하는 비용 및 보상**

귀하가 본 연구에 협조해 주신 것에 대한 감사의 마음으로 3천원 상당의 소정의 답례품을 드립니다.

**10. 연구책임자 연락처**

본 연구에 관하여 궁금한 점이 있거나 연구와 관련이 있는 문제가 발생한 경우에는 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

- 연구자 성명 : 석사과정생 유리 / 지도교수 김광숙 교수 (연세대학교 간호대학)
- 연구자 주소 : 서울특별시 서대문구 연세로 50 연세대학교 간호대학
- 연구자 전화번호 : 010-25 -
- 연구자 e-mail : dbfl @naver.com

**11. 기관생명윤리위원회 연락처**

본 연구는 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회에서 검토 후 승인한 연구입니다. 연구대상자의 권리에 대한 의문사항이 있거나 연구와 관련한 불만사항이 있는 경우 아래의 사무실로 연락해 주시기 바랍니다.

- 연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회 : 02-2227-7909 / [nursingirb@yuhs.ac](mailto:nursingirb@yuhs.ac)





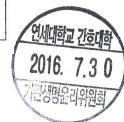
## 연구대상자 동의서

**[연구제목]** 건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인

- 본인은 상기 연구에 대해 연구의 목적, 방법, 기대효과, 가능한 위험성, 기밀성 및 익명성 등에 대하여 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
- 본인은 상기 연구에 대한 설명문 및 동의서 사본 1부를 제공받았습니다.
- 본인은 상기 연구와 관련한 모든 궁금한 사항에 대하여 충분한 답변을 들었습니다.
- 본인은 상기 연구와 관련하여 궁금한 사항이 있을 경우 언제든지 연락할 수 있는 연락처를 받았습니다.
- 본인은 충분한 시간을 갖고 생각한 이후에 상기 연구에 참여하기를 자유로운 의사에 따라 동의합니다.
- 본인은 상기 연구에 동의한 경우라도 언제든지 철회할 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 이 정보가 향후 기타 학술연구 목적으로 사용되는 것에 동의합니다.
- 본인은 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 해당구의 치매지원센터에서 치매 선별검사 시행여부 기록을 직접 열람하는 것에 대해 동의합니다.
- 본인은 상기 연구에 참여를 동의하지 않거나 중단하더라도 어떠한 불이익도 받지 않음을 알고 있습니다.

연구 대상자	날 짜	년    월    일
	성 명	(서명)

연구자	날 짜	년    월    일
	성 명	유 리    (서명)
	연락처	HP : 010-25    -



### 부록 3. 연구 도구

ID : \_\_\_\_\_

#### 설문지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 대학원 석사과정 학생이며 학위논문으로 건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인에 관한 연구를 하고 있습니다.

본 설문지는 약 30분 정도 소요될 것이며, 귀하의 자료는 오직 학문적 목적으로만 익명으로 사용되어 모든 기록은 비밀로 보장될 것입니다.

설문 결과는 노인의 치매 선별검사 시행율을 높이기 위한 교육 및 치매 예방을 위한 증재 개발에 기초자료로 활용될 수 있을 것입니다.

또한 연구에의 참여는 자율적으로 결정하는 것이며 이후 언제라도 연구 참여를 그만두실 수 있고, 연구에 참여하지 않거나 중도에 그만 두기로 결정하더라도 귀하에 대한 어떠한 불이익이 발생하지 않을 것입니다. 본 연구는 설문조사연구로서 큰 불편감 및 위험성은 예상되지 않지만, 문제가 생길 경우에는 기관 담당자에게 즉시 알리고 조치를 취하도록 할 것입니다.

귀한 시간을 내어 협조해 주심에 깊은 감사를 드리며, 연구에 관하여 궁금한 점이 있거나 연구와 관련이 있는 문제가 발생한 경우에는 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오. 감사합니다.

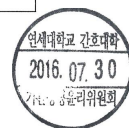
2015년 10월

연세대학교 간호대학

석사과정생 유리 올림

☎ 010-25 - / dbfl @naver.com

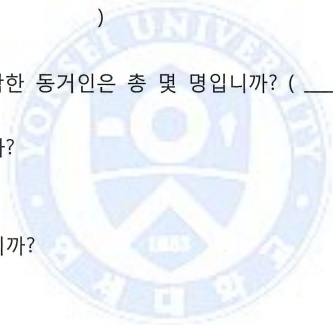
지도교수 김광숙 교수



**[일반적 특성]**

● 아래의 항목은 귀하의 **일반적 특성**에 대한 내용입니다. 해당되는 번호에 **V표** 해주시거나 ( ) 안에 기입해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 성별은 무엇입니까? ① 남 ② 여
2. 귀하의 생년월일은 어떻게 되십니까? ( \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 )
3. 귀하의 교육정도는 다음 중 어디에 해당되십니까?  
① 무학 ② 초졸이하 ③ 중졸이하 ④ 고졸이하 ⑤ 대졸이상
4. 귀하의 결혼상태는 다음 중 어디에 해당되십니까?  
① 기혼 ② 미혼 ③ 이혼 및 별거 ④ 사별 ⑤ 기타 ( )
5. 귀하는 현재 누구와 함께 살고 계십니까? 모두 체크해 주십시오.  
① 배우자 ② 부모님 ③ 자녀 ④ 형제, 자매 ⑤ 친척 ⑥ 친구 또는 아는 사람  
⑦ 혼자 산다 ⑧ 기타 ( )
- 5-1. 동거인이 있다면 귀하를 포함한 동거인은 총 몇 명입니까? ( \_\_\_\_\_ 명 )
6. 귀하는 현재 직업이 있으십니까?  
① 없다 ② 있다
7. 귀하는 규칙적인 운동을 하십니까?  
① 안한다 ② 한다
8. 귀하는 음주를 하십니까?  
① 평생 해본적 없다 ② 과거에 했으나 현재는 안한다 ③ 음주 한다
9. 귀하는 흡연을 하십니까?  
① 평생 해본적 없다 ② 과거에 했으나 현재는 안한다 ③ 흡연 한다
10. 귀하는 치매 검사를 받아보신 경험이 있으십니까?  
① 없다 ② 있다



**[치매 관련 지식]**

◎ 다음 문항은 귀하가 치매에 대하여 어느 정도 알고 계시는지에 대한 질문 내용입니다. 해당문항에 **V표** 해 주시기 바랍니다.

번호	문항	예	아니오	모르겠다
1	나이가 들면 노화에 의해 누구나 치매에 걸린다.			
2	치매는 병이다.			
3	치매는 유전적 요인과 관계가 있다.			
4	치매는 음주와 관련이 있다.			
5	치매는 내과, 신경과, 정신과질환 등 몇십가지 병에 의해 걸린다.			
6	남자가 여자보다 치매에 잘 걸린다.			
7	치매에 걸릴 위험은 나이에 비례한다.			
8	치매 환자는 지나간 일보다 최근 일을 잘 기억한다.			
9	치매에 걸리면 시간 감각이 없고, 장소를 헤매며 사람을 못 알아본다.			
10	치매에 걸려도 평소 좋아하던 일들을 즐길 수 있다.			
11	치매는 조기발견이 불가능하다.			
12	싱겁게 먹고 균형에 맞는 식사는 치매예방에 효과적이다.			
13	규칙적인 생활과 신체정기검사는 치매예방에 효과적이다.			
14	치료가능한 치매도 있다.			
15	치매는 약물로 완치된다.			
16	치매 노인을 위해서는 환경을 자주 바꾸어주면 도움이 된다.			



[치매 선별검사 관련 건강신념]

◎ 다음 문항은 귀하의 치매 선별검사 관련 건강신념에 대한 내용입니다. 해당문항에 **V표** 해 주시기 바랍니다.

번호	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	같은 나이대의 다른 사람에 비해 나는 치매에 걸릴 가능성이 높다.					
2	나이가 들수록 나는 치매에 걸릴 가능성이 높다.					
3	가족 중에 치매에 걸린 사람이 있다면 나도 치매에 걸릴 것이다.					
4	나는 치매에 걸릴 확률이 높다고 느낀다.					
5	치매는 질병 중에서도 끔찍한 편에 속한다.					
6	치매는 죽음에 이르게 할 수 있다.					
7	나는 치매에 걸리는 것보다는 갑작스러운 사고 (예: 자동차 사고)로 죽는 것이 나을 것 같다.					
8	나는 치매에 걸리는 것보다는 다른 만성질환에 걸리는 것이 나을 것 같다.					
9	치매 선별검사는 기억력 감퇴를 조기에 진단해 줄 수 있다.					
10	기억력 감퇴 진단은 빠를수록 좋다.					
11	아주 초기에 기억력 감퇴 진단을 받는다면 약물 치료가 가능할 것이다.					
12	기억력 감퇴에 대한 조기 진단은 앞으로의 삶을 계획할 수 있게 해 준다.					
13	기억력 감퇴는 치료법이 없는데 왜 치매 선별검사를 받아야 하는지 모르겠다.					
14	나는 치매에 걸렸는지 확인하기 두렵다.					
15	내가 만약 치매로 진단받는다면 사람들은 나를 두려워 할 것이다.					
16	다른 사람들의 기억력은 나의 기억력보다 더 나쁘다.					
17	치매 진단을 빨리 받을수록 나는 다른 사람에게 더 부담을 줄 것이다.					
18	내가 치매에 걸린다면, 다른 사람들은 내 주변에 있기를 꺼려할 것이다.					
19	기억력 감퇴나 치매로 진단받으면 실직하게 될 것이다.					



**[행동의 계기]**

◎ 다음 문항은 치매 선별검사 계기에 대한 내용입니다. 해당문항에 **V표** 해 주시거나, ( ) 안에 기입하여 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 가족 중 과거 또는 현재에 치매를 진단받으신 분이 있으십니까?  
① 없다 ② 있다

2. 가족 또는 지인 중에 치매 선별검사를 받은 사람이 몇 명이나 되십니까?  
① 0명 ② 1명 ③ 2명 ④ 3명 ⑤ 4명 이상

3. 가족 또는 지인이 귀하에게 치매 선별검사를 권유한 경험이 있으십니까?  
① 없다 ② 있다

4. 치매 선별검사에 대한 홍보를 보신 경험이 있으십니까?  
① 없다 ② 있다

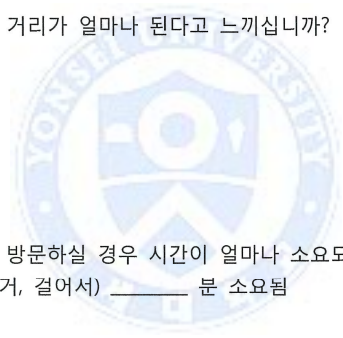
5. 보건소 또는 치매지원센터와의 거리가 얼마나 된다고 느끼십니까?  
① 매우 가깝다  
② 가깝다  
③ 보통이다  
④ 멀다  
⑤ 아주 멀다

5-1. 보건소 또는 치매지원센터를 방문하실 경우 시간이 얼마나 소요되십니까?  
-> (버스, 택시 또는 자가용, 자전거, 걸어서) \_\_\_\_\_ 분 소요됨

※ 6번부터 8번까지는 치매 선별검사를 시행한 분만 응답해주시기 바랍니다.

6. (치매 선별검사를 시행한 분만 응답) 치매 선별검사를 시행하신 이유는 무엇입니까?  
① 치매 예방을 위해 스스로 필요하다고 생각되어서  
② 가족 또는 지인의 권유로  
③ 보건소 또는 치매지원센터의 권유로  
④ 치매 선별 검사를 위해 기관에서 근처로 방문을 왔기 때문에  
⑤ 치매로 의심되는 증상이 있어서  
⑥ 장기요양등급을 받기 위해서  
⑦ 기타 ( )

7. (치매 선별검사를 시행한 분만 응답) 치매 선별검사를 어디에서 받으셨습니까?  
① 병원 ② 보건소 또는 치매지원센터 ③ 복지관 ④ 경로당 ⑤ 집  
⑥ 주민센터 ⑦ 종교기관 ⑧ 기타 ( )





**[치매 선별검사 관련 자기효능감]**

◎ 다음 문항은 귀하의 치매 선별검사 관련 자기효능감에 대한 내용입니다. 해당문항에 **V표** 해 주시기 바랍니다.

번호	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	나는 치매 선별검사를 받을 자신이 있다.					
2	나는 치매 선별검사를 어떻게 받는지 알아볼 자신이 있다.					
3	나는 의사에게 치매 선별검사를 받게 해 달라고 요청할 자신이 있다.					
4	나는 기억력 감퇴 증상이 없어도 치매 선별검사를 받을 자신이 있다.					
5	나는 기억력 감퇴 증상이 있다면 치매 선별검사를 받을 자신이 있다.					
6	치매 선별검사를 받을지 말지는 내가 결정할 일이다.					
7	치매를 조기에 진단받는 것은 미래를 대비하는데 도움이 된다.					





## 부록 4. 기관생명윤리위원회 승인 허가서

### 기관생명윤리위원회 결과 통보서

주소 : 서울특별시 서대문구 연세로 50 e-mail : nursingirb@yuhs.ac Fax : 02-392-5440

심 의 번 호	간대 IRB 2015-0025-1		발 송 일 자	2015.10.7
심 의 종 류	<input type="checkbox"/> 신규심의 <input checked="" type="checkbox"/> 재심의 <input type="checkbox"/> 변경심의 <input type="checkbox"/> 지속심의 <input type="checkbox"/> 종료 및 결과보고 <input type="checkbox"/> 기타심의			
연 구 과 제 명	건강신념모델에 따른 치매 선별검사 시행 관련 요인			
연 구 자	연구책임자	소속 연세대학교 간호대학	직위 석사생	성명 유 리
연 구 종 류 (중복표시가능)	중재 연구	<input type="checkbox"/> 의약품/의료기기 이용 <input type="checkbox"/> 생물학적 동등성 시험 <input type="checkbox"/> 화장품/시술법 등 사용 <input type="checkbox"/> 음식/건강기능식품 등 섭취 <input type="checkbox"/> 소음, 물리적 자극 등 환경 조작 <input type="checkbox"/> 기타(모바일 기기 이용) <input type="checkbox"/> 비침습적 <input type="checkbox"/> 침습적		
	상호작용 연구	<input checked="" type="checkbox"/> 설문지 작성 <input type="checkbox"/> 인터뷰/면담 <input type="checkbox"/> 행동관찰 <input type="checkbox"/> 기타( )		
연 구 계 획 기 간	IRB 승인 일 이후 ~ 2016년 7월 30일			
심 의 일 자	2015년 10월 7일			
심 의 결 과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 시정승인 <input type="checkbox"/> 보완 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 중지 또는 보류			
연 구 승 인 유효 기 간	2015년 10월 7일 ~ 2016년 7월 30일			
심 의 의 견	<p>- 수정된 연구계획서를 검토 후 윤리적, 과학적 타당성이 충분하다고 판단되어 승인합니다.</p> <p>- 연구보조원을 자료수집에 활용하는 경우 연구자 교육을 1개 이상 이수하여 자율성 보장 잘 될 수 있도록 명심해주시기 바랍니다.</p> <p>- 설명문에 지도교수를 명시 바랍니다.</p>			

- 연구책임자는 본 위원회의 심의결과에 대하여 이의가 있을 경우, 결과 통보일로부터 14일 이내에 서면으로 이의신청을 할 수 있습니다.
- 결과통보일로부터 6개월 이내에 검토 의견에 대한 답변을 포함한 수정된 계획서를 제출하여야 하며, 6개월 이내에 다시 제출하지 않은 계획서에 대한 신규심의 결과는 인정되지 않는다. 다만, 6개월 이내의 연구의 경우에는 연구기간 종료 전까지 제출하여야 한다.
- 연구계획서에 대한 위원회의 최종 승인을 받은 후 연구를 시작하여야 한다.
- 이미 승인된 계획서에 대하여 승인 후 변경이 발생한 경우 변경심의를 신청하여 한다. 계획서의 변경 사항은 위원회에서 승인되기 전까지 시행되지 않아야 한다.
- 연구승인 유효기간을 초과할 경우, 유효기간 만료 이전에 지속심의를 신청하여야 한다.
- 연구종료 후 3개월 이내에 종료 및 결과보고를 실시하여야 한다.

연세대학교 간호대학 기관생명윤리위원회



## ABSTRACT

### Factors Affecting Dementia Screening Test Based on Health Belief Model

Yoo, Ri

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

This study is a cross-sectional study to investigate factors affecting dementia screening test based on health belief model. To obtain the data needed for this study, a convenient sample of the adults aged from 65 and older residing in the community was selected. The survey was conducted with structured questionnaires assessing knowledge of dementia, health belief, self-efficacy and cue to action for dementia screening. Study participants were 156 older adults and data from 121 of them was analyzed. Descriptive statistics, frequency percentage, chi-square( $\chi^2$ ) test, t-test and logistic regression analysis were conducted using SPSS statistics 23.0.

The results of this study were summarized as follows.

1. The average age of the participants was 77 years old, and 58.7% of them received dementia screening test. Bivariate analyses revealed significant associations of a dementia screening test with gender( $p<.001$ ), alcohol drinking( $p<.05$ ), and smoking( $p<.01$ ).
2. The average score of dementia knowledge among participants was  $9.29\pm 2.81$  points(score range 0-16 points). The score of the knowledge among participants

who received dementia screening test was  $9.77 \pm 2.76$  points, while the score of those who did not receive dementia screening test was  $8.60 \pm 2.75$  points, which was significantly different ( $p < .05$ ).

3. Dementia screening health beliefs (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barrier) did not show a significant difference between two groups. However, it was found that self-efficacy on dementia screening was significantly different between two groups ( $p < .001$ ). The self-efficacy was  $27.97 \pm 4.14$  points in those who received screening test, and  $24.64 \pm 5.51$  points in those who did not received screening test.
4. In terms of the cue to action, the two groups showed significant statistical differences considering there was a presence of family or friends who underwent dementia screening test ( $p < .01$ ).
5. In this study, factors affecting the dementia screening test were found to be gender, self-efficacy on dementia screening, and the presence of family or friends who underwent dementia screening test. Older adults who were female (OR=4.922,  $p < .01$ ), had higher level of self-efficacy on dementia screening (OR=2.850,  $p < .01$ ), and had family members or friends underwent dementia screening test (OR=4.599,  $p < .01$ ) were more likely to receive dementia screening test.

This study shows that education and program enhancing the self-efficacy on dementia screening test and utilizing the network of family or friends are necessary to increase the rate of dementia screening test.

---

Key words : Older adults, Dementia, Dementia screening, Health Belief Model