서울시민 대상 치매 인식도 조사

- 10대 ~ 70대 이상 2,189명을 비교 -

2011. 12.

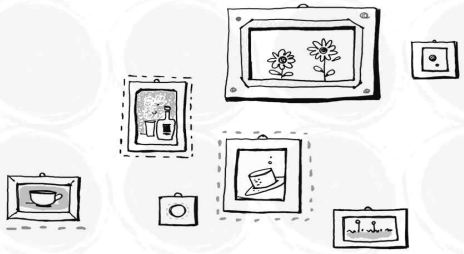
서울특별시
SEOUL METROPOLITAN GOVERNMENT

서울특별시치매센터
SEOUL METROPOLITAN CENTER FOR DEMENTIA

【연구진】

성미라	서울특별시치매센터	간호학박사. 사무국장
이동영	서울특별시치매센터 서울대학교병원 정신건강의학과	의학박사. 교수. 센터장
박소영	서울특별시치매센터	연구 사업팀
심명서	서울특별시치매센터	정보화 사업팀

| 목 차 |



Ⅰ. 서론

1. 연구배경 5
2. 연구목적 7

Ⅱ. 문헌고찰

1. 치매인구의 증가와 치매 유병률 9
2. 치매로 인한 사회적 문제 10
3. 치매에 대한 인식 11

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 연구설계 14
2. 연구도구 14
3. 자료수집 방법 및 기간 14
4. 자료분석 15

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 특성 17
2. 서울시민의 치매인식도 19
3. 문항별 정답율 21
4. 치매인식도에 영향을 미치는 인구·사회학적 요인 25

Ⅳ. 결론 및 제언 27

Ⅴ. 참고문헌 30

Ⅰ. 서론

1. 연구배경
2. 연구목적

Ⅰ. 서 론

1. 연구배경

최근 현대사회는 의료기술의 발전과 생활수준의 향상으로 인간의 기대 수명이 높아짐에 따라 노인 인구수가 증가하고 있으며, 우리나라의 노인인구의 증가속도는 세계 그 어느 나라보다도 급속하게 변화되고 있다. 통계청(2010)에 따르면 우리나라의 65세 이상 노인인구는 536만 명으로 전체 인구의 11.0%를 차지하였고, 이러한 노인 인구의 증가는 치매 유병율의 상승과 치매환자수의 증가를 가져와 2010년 치매 환자수는 약 47만 명으로 추정되고 있다(조맹제 등, 2008). 또한, 인구의 고령화로 인한 여러 가지 문제 중에서 노인성 질환자의 의료비 추이도 2004년을 기점으로 급속하게 증가하고 있으며, 특히, 치매의 증가폭이 다른 노인성 질환에 비해 더 많이 증가되고 있는 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2010).

치매는 후천적으로 기억, 언어, 판단력 등의 여러 영역의 인지기능이 떨어져서 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 임상 증후군으로 정의된다. 그리고 일단 발병하면 치료가 어렵고 장기간에 걸친 악화 과정으로 기본적인 일상생활까지 돌봄자에게 의존하게 되기 때문에 치매노인 자신 뿐 아니라 가족에게 많은 부담과 고통을 갖게 한다(Burbener & Twigg, 2002; 장숙희, 2006). 그렇기 때문에 치매는 다른 어떤 노인성 질환보다 사회적·국가적으로 부담을 가져오는 질병이다.

치매의 발병원인은 뇌를 포함한 중추신경계에 구조적 혹은 기능적 이상을 초래하는 모든 질환이 치매를 유발할 수 있다. 그중 알츠하이머형 치매는 연령, 가족력, 유전적 요인이 위험요인으로 알려져 있으며, 연령 증가가 가장 크게 기여하는 요인으로 대부분 65세 이후 발병한다. 그러나 전문가들은 다른 만성질환과 같이 발병 위험요소 보다 다양한 요인이 복합적으로 작용한다는 것에 동의하고 있다(Alzheimer's Association, 2010). 또한, 혈관성 치매는 알츠하이머형 치매 다음으로 많고 뇌졸중과 고혈압과 같은 뇌혈관질환이 주요한 원인으로 음주, 흡연, 고지혈증, 당뇨, 혈중 호모시스테인이 위험요인이다. 따라서, 치매를 예방하기 위해서는 혈압 관리, 콜레스테롤 관리, 운동, 교육활동, 염증 관리를 강조하고 있다(National Institute of Health, 2010). 그러나 아직까지 우리사회는 치매에 대

한 이해나 적극적인 예방활동과 조기 발견 및 치료에 대한 인식이 부족하여 조기 발견 및 치료에 대해 적극적으로 관여하지 않는 경우가 많다.

뿐만 아니라, 한국사회에서는 치매를 정상적인 노화 과정의 일부로 간주하여 노년기에 이르면 당연히 찾아오는 정상적 노화과정 정도로 인식(권중돈, 2005)하고 질병으로 받아들이지 않기 때문에, 이 또한 조기 발견 및 조기 치료의 장애 요인으로 작용한다. 이러한 잘못된 사회적 인식 때문에 2008년 42만 명에 달하는 치매 환자 중 기관을 통해 적극적인 치료를 받고 있는 경우는 32%에 불과했다(보건복지부, 2008).

치매에 대한 인식은 개인 요인(성별, 나이, 교육수준, 대처양식 등)과 사회적 요인(가족기능, 의료시스템 수준, 사회적인 홍보 수준 등)에 따라 달라질 수 있다. 아울러, 질병에 대한 인식은 개인적인 요인도 중요하지만, 사회적인 홍보를 통해 변화시킬 수 있다(서울대학교병원, 2008). 그렇기 때문에 보건복지부(2008)는 치매란 '늙으면 당연히 찾아오는 노화현상'이 아닌 '예방과 치료가 가능한 질병의 하나'라는 사실을 우리 사회가 인식시키기 위하여 그동안 우리사회에서 본인이나 가족의 치매질환을 숨기던 사회 분위기를 개선시키고 조기검진·치료를 받을 수 있도록 유도해 나가는 적극적 노력을 하고 있다. 뿐만 이니라, 서울시에서도 25개 자치구에 치매지원센터를 설치하고 지역주민을 대상으로 치매예방, 조기검진, 등록관리, 치료비 지원, 지역유관 자원연계 등의 사업을 직접 시행하고 있으며, 치매에 대한 인식개선을 위해 앞장서고 있다. 이러한 노력은 치매에 대한 올바른 인식이 있으면 보다 효과적으로 치매를 예방할 수 있기 때문이다(오미자, 2002).

그러나 이러한 노력에도 불구하고 한국사회의 치매에 대한 인식의 정도는 아직까지 매우 부족한 실정이기 때문에 질병을 조기에 발견하고 적극적으로 치료적 개입한다는 것은 어렵다. 이러한 상황을 뒷받침하듯 많은 연구들에서도 치매에 대한 기초지식이 부족하고 치매에 대한 올바른 인식이 제대로 되어있지 않은 것으로 나타났으며, 이를 위한 프로그램개발의 필요성 및 홍보, 치매에 대한 지식과 태도를 파악할 수 있는 표준화된 도구의 개발과 의학적 근거에 기초한 올바른 지식, 예방법, 조기발견에 대한 교육이 필요함을 제시하였다(강혜경, 2010, 우후남, 2009, 이둘영, 2008, 이경하, 2008, 김애숙, 2007, 오미자, 2002, 송영희, 2002, 이인자, 2001, 이신섭, 2001, 조현오, 1999). 그러나 앞서 시행된 연구들은 단일집단을 대상으로 한 연구들이 대부분이며 전 연령대를 다루는 대단위의 조사연구는 아니었기 때문에 좀 더 확대된 대단위 연구가 필요하다.

따라서, 본 연구는 10대에서 70대 이상 일반인을 대상으로 치매 인식도와 인식정도에 미치는 관련요인을 조사함으로써, 일반인들의 치매에 대한 인식정도를 알아보고 더 나아가 치매의 예방 및 조기발견을 위하여 치매 정보 제공을 위한 교육 및 홍보 방안을 제시하며, 올바른 치매인식개선을 위한 기초 자료뿐 아니라, 치매관련 정책에 필요한 근거자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 10대에서 70대 이상 일반인을 대상으로 치매에 관한 인식도를 조사하여 치매에 관한 사회적 관심을 유도하고 치매 인식정도에 영향을 미치는 관련요인을 분석하기 위함이며, 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 연구대상자의 일반적 특성 및 치매관련 특성을 파악한다.
2) 인구학적 특성에 따른 치매에 대한 인식도의 차이를 분석한다.
3) 인구학적 특성에 따른 치매에 대한 인식도의 각 문항별 정답률을 알아본다.
4) 치매인식도에 영향을 미치는 사회·인구학적 요인을 분석한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 치매인구의 증가와 치매 유병률

2. 치매로 인한 사회적 문제

3. 치매에 대한 인식

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 치매인구의 증가와 치매 유병률

우리나라에서 치매에 대해 관심을 기울이기 시작한 것은 90년대 초반부터이며(김종미, 2006), 치매관련 연구가 진행되기 시작한 것은 불과 얼마 전이다. 의학 분야에서는 주로 치매의 원인, 증상 및 치료에 관한 연구가 이루어지고, 일부에서 치매의 역학적 특성과 유병률에 관한 연구들이 병행되어 왔다(강혜경, 2010). 치매 노인의 유병률은 접근방식과 기준에 따라서 다양하게 나타나고 있고, 치매의 진단은 대개는 DSM-Ⅳ 등에 의해서 분류하지만 그러한 증상은 인정하는 것도 나라에 따라서 조금씩 다르다.

우리나라에서 처음 치매 유병률이 조사된 것은 1991년으로(박조환, 고효진, 1991), 이 연구는 일부 지역을 대상으로 한 역학조사였으며, 전국적인 치매유병률을 조사는 2008년 보건복지부가 시행한 것으로 이 조사에 따르면, 65세 이상 치매 유병률은 8.40%였으며, 치매환자수는 421,387명(남성 163,450명, 여성 257,936명)으로 추산되었다. 뿐만 아니라, 향후 치매 유병률 및 치매 환자수 추이는 우리나라의 65세 이상 노인 인구 및 치매 유병률은 급속한 고령화로 인하여 지속적으로 상승될 것으로 전망하였으며, 매 20년 마다 치매 환자수가 2배로 증가될 것으로 예상하였다.

그리하여, 치매 유병률로 추산한 치매 환자수는 2012년에 521,516명으로 50만 명을 넘어설 것이며, 2027년에 처음으로 100만 명을 넘게 되어, 2030년에는 113만 명, 2050년에는 212만 명에 이를 것으로 전망하였다(보건복지부, 2008)). 이러한 치매 환자 수는 경제협력개발기구(OECD) 국가와 비교할 때, 프랑스, 독일, 영국보다는 적지만 미국, 일본, 이탈리아보다는 훨씬 많고, 연령별, 성별 치매 유병율에서는 연령이 높을수록, 남성보다는 여성이 평균 수명이 높음으로 인해 유병률 또한 높음을 알 수 있었다(보건복지부, 2008). 이러한 전망은 아직 고령화 사회인 미국의 경우에도 노인의료비로 인하여 많은 재정적 어려움을 겪고 있으며, 특히 치매가 암과 심장질환에 이어 세번째로 치료비가 많이 드는 질병으로 밝혀졌기 때문에(구은형, 2000), 앞으로 급격히 노인인구가 증가될 것으로 예상되는 우리나라의 경우에서는 치매로 인한 의료비의 증가로 인한 사회적 국가적 부담은 결

코 간과할 수 없는 현실임을 보여주는 것이다.

2. 치매로 인한 사회적 문제

노인 인구의 증가는 범세계적 현상으로 2030년에는 약 10억 명, 2050년에 약 15억명에 이를 것으로 추산되며, 2050년 우리나라의 65세 이상 노인 인구 비율은 세계 최고 수준이 될 것으로 전망된다. 특히 우리나라는 세계적으로 유례없이 급격한 고령화가 진행되고 있어 현재 우리의 노인 인구 비율은 아직 초고령 국가인 일본, 이탈리아 등의 절반에 미치지 못하지만, 2030년에는 선진국 평균 수준을 넘어서고 2050년에는 이탈리아를 추월하고 일본에 이어 세계 2위의 초고령 국가가 될 것으로 추정된다(보건복지부, 2008). 이처럼, 65세 이상 노인인구의 지속적인 증가는 노인의료비가 10조 5천 억원으로 전체 의료비 35조원인 30%까지 차지하게 되었으며, 그 중 65세 이상 노인의 치매 진료비는 2002년 470억 원에서 2007년 3천억 원 정도로 5년 만에 약 6배나 증가하였다(국민건강보험공단, 2009).

급속한 인구의 고령화는 우리나라 경제활동인구인 청·장년층의 노인 부양 부담을 가중시키고 사회·경제적 활력을 급속히 감퇴시키는 심각한 부작용을 초래할 것이다. 이러한 배경에는 2000년 생산인구 10명 당 노인 1명에서 2020년에는 생산인구 5명 당 노인 1명으로 2050년에는 경제활동 인구 10명이 노인 7명을 부양하게 되는 심각한 상황이 될 것으로 예상되며, 다른 선진국들에 비해 노인 인구가 빠른 속도로 증가하고 있기 때문에 단시간 내에 고령화 사회에 대한 대비를 해야 한다.

뿐만 아니라, 과거 전통사회에서 노인은 가정 내에서 중요한 역할을 해왔으나, 근래에는 노인이 가정 내에서도 보조적, 주변적 역할을 담당하게 되어 점차 소외당하는 위치에 놓이게 되었다. 이러한 산업화로 인한 핵가족화는 노부모와 동거하는 성인 자녀의 수를 줄어들게 하였다. 그리하여 사회의 구조변화에 따라 가정의 형태, 구조, 크기, 성격 등 가정의 모든 것에 변화를 가져왔고 변화된 가정 속에서 치매 노인을 부양하기가 더욱 힘들어졌다. 또한, 여성 인력의 사회 진출, 출산율 저하, 이혼율 증가 등으로 인해 노인에 대한 가족지지 기반도 현저히 약화되면서 부양자녀 없이 노부부만 함께 살거나 혼자 사는 노인의 수가 빠르게 늘고 있다.

노인 인구의 증가는 경제적으로 사회적 부양 부담을 증가 시키고, 고용 구조, 국민 저

축, 노인 복지 등에 영향을 미치게 된다(서울특별시치매센터, 2010). 그동안 우리나라는 실제 치매 노인에 대한 부양은 일부 시설보호를 제외하면 거의 대부분이 가족이라는 부양체계에 전적으로 의존해 왔다. 그러나 가족 내에서 노인을 부양하는 것이 우리나라의 전통적 규범이라고 할지라도, 치매 노인 가족들은 치매 노인에 대한 재가복지서비스가 미약한 상황에서 장기적이고 집중적인 치매 노인의 부양에 대한 경제적, 심리적 부양부담을 경험할 수 밖에 없으며(권중돈, 1996), 실제로 이러한 현실에서 치매 노인을 부양한다는 것이 얼마나 어려운지를 보여주는 것이다. 따라서 치매 문제에 대한 보다 체계적인 국가의 개입과 사회적 관심이 절실히 요구된다.

3. 치매에 대한 인식

한국사회에서의 치매에 대한 인식은 치매를 정상적 노화 과정의 일부로 간주하여 노년기에 이르면 당연히 걸리는 노인성 질환 정도로 인식되었다(권중돈, 2005). 그리고 질병으로 보지 않아서 치료를 필요로 하는 환자를 방치하거나 병이 훨씬 진행되고 나서 인식하는 경우는 우리나라 뿐 아니라 다른 나라의 경우에서도 흔히 나타나는 현상이다(Antoine C, Antoine P, Guermonprez P & Frigard B, 2004). 우리나라의 경우는 서양 노인에 비하여 초기에 나타나는 인지기능 저하 증상의 기간이 짧다는 특성이 있다. 또한, 서양 노인들에 비해 우리나라 노인들은 사회활동이나 취미활동의 폭이 좁아 인지기능 저하의 증상이 밖으로 드러나거나 더 많은 사람들에게 노출되지 않는다. 그러한 이유로 기억력의 저하와 같은 인지기능이 저하되는 것을 문제시 여기지 않았던 것으로 보여진다(Kang et al., 2004). 외국에서는 치매의 첫 증상이 있고 난 후 병원에 찾아오기까지 걸리는 기간이 평균 1.4년인데 반해, 우리나라는 평균 2.7년으로 거의 2배에 가까운 차이를 보인다(오병훈, 2005).

실제로 치매 환자 가족을 대상으로 치매에 대한 인식을 조사한 김옥희(1998)의 연구에서 대부분의 가족들이 치매의 초기 증세가 나타났어도 치매로 인식하지 못하는 경우가 많았고 본인은 물론 가족들까지도 나이가 들면 건망증이 있고 사람도 잘 알아보지 못한다고 여겼다. 또한 대부분의 가족들은 이러한 현상을 병으로 간주하지 않을 뿐 아니라 치료가 어렵다는 이유 때문에 처음부터 관심을 두지 않는다고 하였다. 그리고 가족들이나 치매 노인 본인마저도 살만큼 살았다는 생각과 발견해도 치료할 수 없다는 인식을 가지

고 있었다. 이처럼 우리나라에서는 전통적으로 노년기 치매를 노망이라고 이해하고 있었기 때문에 질병으로 보기 보다는 대부분 자연스러운 노화현상으로 간주해 버려 조기발견 및 조기대책의 장애요인이 되었다(오흥근, 김현우, 조필자, 1983).

치매 인식도란 치매에 대해서 각 사람이 알고 있는 지식의 정도를 의미한다. 단지, 질병에 대한 지식뿐만 아니라, 자기가 이 질병을 관리하기 위해 어떤 행동을 할 것인지에 대한 정보까지 포함한다. 예를 들어 치매는 전혀 치료가 되지 않는 질병이라거나, 대소변을 못 가릴 정도가 되어야 치매라고 인식하고 있다면, 조기 진단이나 치료와 같은 건강추구 행동이 발생하지 않게 되고, 결국 치매가 중증이 될 때까지 단순 보호나 방치 상태에서 병을 키우게 된다. 특히 치매의 경우는 조기 치료가 이루어질 때 질병의 경과를 1-2년 늦출 수 있으며, 이는 치매의 악화로 인한 입원이나 입소를 줄여서 사회적 부담을 크게 감소시킬 수가 있기 때문에 각 개인이 치매에 대한 정확한 인식을 하고 있는 것이 매우 중요하다(보건복지부, 2008).

치매의 인식에 대한 많은 연구 중에서도 일반 노인을 대상으로 한 연구에서는 노인들의 치매에 대한 관심정도는 높은 편이었으며, 그들은 인지도가 높을수록 지식정보도 높게 나타났으며, 영역별 지식정도를 보는 문항에서는 질병에 대한 지식이 가장 낮은 점수를 보여 건강한 일반노인의 치매에 대한 건강교육의 필요성을 제시하였다(이인자, 2002). 또한, '나이가 들면 누구나 치매에 걸린다'라는 문항에서 대부분의 경우가 '그렇지 않다'라고 하여 연령에 따라 유의한 차이를 보였는데 연령이 증가할수록 치매에 대해서 긍정적으로 인식하고 있음을 알 수 있었다(오미자, 2002).

뿐만 아니라, 치매에 대한 지식은 여자가 남자보다, 연령이 높고, 학력이 낮을수록 치매에 대한 지식정도가 낮았으며(조현오, 1999), 치매에 대한 인식은 성별, 학력, 직업, 월평균소득, 생활수준, 치매에 대한 정보 유무, 가족 중 치매 유무, 가족 중 치매 수발 유무에 따라서 유의한 차이를 보였다(송영희, 2002). 그리고 치매에 대한 인식정도가 높을수록 치매에 대한 태도도 높아지고 사회복지서비스 욕구도가 높아진다는 결과를 제시하였다(오미자, 2002).

이처럼, 치매는 치매에 대한 지식정보나 인식이 없는 상태에서 누구에게나 노출되어 있으며, 또한 누구나 치매의 발병가능성에 대한 불안감을 가지고 있지만 대부분의 사람들이 자신에게만은 그런 불행이 오지 않기를 바랄뿐 본인이나 가족 내에 치매환자가 발생하여도 치매로 인식하지 못하고 질병의 상태가 훨씬 진행되고 나서야 인식하게 되기 때문에 발병 시기를 명확히 알 수 없는 경우가 많다. 따라서 치매환자가 질적인 삶을 영위하며 인격적인 존엄성을 잃어버리지 않게 하기 위해서는 사회와 국가차원에서의 치매에 대한 올바른 인식을 위한 교육과 홍보 등으로 치매환자의 삶이 질을 최대한 보장하며, 치매환자를 돌보는 부양자의 부양부담을 감소시키는 방법을 모색(이애숙, 2003)해야 할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 연구설계

2. 연구도구

3. 자료수집방법 및 기간

4. 자료분석

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상 및 연구설계

본 연구는 10대에서 70대 이상 서울시민 2,189명을 대상으로 치매 인식도를 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 도구

치매의 인식에 대한 연구도구는 해당분야 관련 전문가로 구성된 치매전공 정신과 교수 4명과 노인간호학 전공 교수 1인에게 내용타당도 검정을 받고, 이렇게 검증된 도구를 50명의 대상자들에게 예비조사를 실시하여 수정된 12문항을 사용하였다.

치매의 인식에 대한 측정도구의 항목은 질병에 관한 지식 5문항, 증상에 관한 지식 3문항, 치료에 관한 지식 2문항, 간호에 관한 지식 2문항으로 되어있다. 치매인식수준을 묻는 문항은 '예'와 '아니오'로 응답하도록 하였고, 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 하여 전체 점수의 범위는 0~12점이고, 점수가 높을수록 지식정도가 높은 것을 의미한다.

3. 자료수집 방법 및 기간

본 연구의 자료 수집은 2011년 6월 1일부터 2011년 10월 31일까지였다. 자료 수집 전 연구자는 연구보조원 6인에게 연구도구의 문항에 대한 설명과 설문지 작성법을 교육하였

다. 그리고 서울시민을 대상으로 설문지 작성에 동의한 참여자를 대상으로 시행하였다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS for windows 18.0 program을 이용하여 분석하였다.

1) 대상자의 일반적 특성, 치매관련 특성은 빈도와 백분율로 분석하였고, 치매지식정도는 문항별로 평균, 표준편차로 분석하였다.

2) 일반적 특성, 치매관련 특성에 따른 치매인식정도의 차이 검증은 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다.

3) 치매 인식도 문항 정답률에 유의한 차이를 보인 요인들의 분석은 회귀분석(multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 특성

2. 서울시민의 치매인식도

3. 문항별 정답율

4. 치매인식도에 영향을 미치는 사회·인구학적 요인

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 성별 분포를 살펴보면 여자가 1,424명(65.1%)이었으며, 남자가 765명(34.9%)로 남자보다 여자가 많았다.

연령분포는 20세 이하부터 70세 이상까지였으며, 21~29세가 407명(18.6%)으로 가장 많았고, 30~39세가 353명(16.1%), 50~59세가 351명(16.0%), 40~49세가 347명(15.9%), 20세 이하와 60~69세가 각각 260명(11.9%), 70세 이상이 211명(9.6%)이었다

학력분포는 13년 이상이 1,195명(54.6%)로 가장 많았고, 그 다음이 10년~12년으로 619명(28.3%), 7년~9년이 223명(10.2%)이였으며, 마지막으로 6년 이하가 152명(6.9%)을 차지하였다 <표 1>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(N=2,189)

변수	구분	실수(N)	백분율(%)
성별	남자	765	34.9
	여자	1,424	65.1
연령	20세 이하	260	11.9
	21~29세	407	18.6
	30~39세	353	16.1
	40~49세	347	15.9
	50~59세	351	16.0
	60~69세	260	11.9
	70세 이상	211	9.6
학력	6년 이하	152	6.9
	7년~9년	223	10.2
	10년~12년	619	28.3
	13년 이상	1,195	54.6

2) 대상자의 치매관련 특성

대상자의 치매관련 특성을 살펴보면<표 2>와 같다. 치매관심정도는 대상자가 가지고 있는 치매에 대한 관심정도를 묻는 문항으로 '조금 관심이 있다'고 응답한 대상자가 1,044명(47.7%)으로 가장 많았으며, '매우 관심이 많다'고 응답한 대상자는 781명(35.7%), '별로 관심이 없다'고 응답한 대상자는 364명(16.6%)으로 응답자 중 83% 가 '치매에 대해 관심이 있다'고 응답하였다.

치매지식정도는 대상자 스스로가 인식하고 있는 치매에 관한 지식 정도를 묻는 문항으로 '조금 알고 있다'고 대답한 대상자가 1,474명(67.3%)로 가장 많았으며, '잘 모른다'가 470명(21.5%), '매우 잘 알고 있다'가 245명(11.2%)이었다.

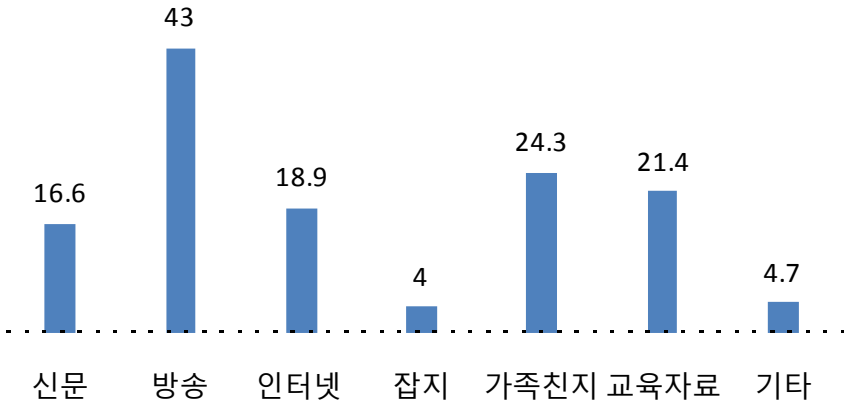
치매관련 정보를 접촉한 경험 여부는 '있다'고 대답한 대상자가 1,698명(77.6%), '없다'고 대답한 대상자가 491명(22.4%)이었다. '있다'고 대답한 대상자의 접촉매체로는 '방송'이 941명(43.0%)로 가장 많았으며, 다음으로 '가족이나 친지'가 531명(24.3%), '교육자료(책자, 리플렛 등)'이 468명(21.4%), '인터넷'이 414명(18.9%), '신문'이 363명(16.6%), '기타'가 102명(4.7%), '잡지' 87명(4.0%)의 순 이었다<그림1>.

<표 2> 대상자의 치매관련 특성

(N=2,189)

변수	구분	실수(N)	백분율(%)
치매관심정도	별로 관심이 없다	364	16.6
	조금 관심이 있다	1,044	47.7
	매우 관심이 많다	781	35.7
치매지식정도	잘 모른다	470	21.5
	조금 알고 있다	1,474	67.3
	매우 잘 알고 있다	245	11.2
정보접촉경험	있다	1,698	77.6
	없다	491	22.4
접촉매체*	신문	363	16.6
	방송	941	43.0
	인터넷	414	18.9
	잡지	87	4.0
	가족이나 친지	531	24.3
	교육자료(책자, 리플렛 등)	468	21.4
	기타	102	4.7

* 다중응답



<그림 1> 치매 지식 습득 경로(다중응답)

2. 서울시민의 치매 인식도

치매인식도 점수는 12점 만점으로 점수가 높을수록 치매에 대한 인지가 높음을 의미한다. 전체 평균 점수는 9.0±2.1점이었고, 100점으로 환산하면 75점 이었다. 남성이 8.9±2.1점으로 여성의 9.0±2.1점보다 조금 낮았지만 통계적으로 유의하지는 않았다.

연령별로 보면 연령이 증가질수록 치매 인식도가 낮아졌다. 20세 이하의 평균점수는 9.4±1.7점 이었고, 21~29세의 평균은 9.9±1.7점, 30~39세는 9.6±1.8점, 40~49세는 9.1±2.0점, 50~59세는 8.7±2.1점, 60~69세는 8.1±2.2점, 70세 이상은 7.2±1.9점이었다. 연령에 따른 치매의 인식도 차이는 통계적으로 유의하였다.

교육수준에 따른 치매의 인식도의 차이도 뚜렷하여, 교육수준이 높을수록 치매에 대한 인식도도 높았다. 6년 이하의 학력에서 7.3±2.3점이었으며, 7년~9년은 8.1±2.2점, 10년~12년은 8.6±2.0점이었고, 13년 이상의 경우 9.6±1.8점이었다. 교육수준에 따른 치매의 인식도의 차이는 통계적으로 유의하였다.

치매에 관한 관심정도에 따른 인식도의 차이는 관심의 정도에 따라 유의한 결과를 보였다. '별로 관심이 없다'의 경우 8.5±2.2점, '조금 관심이 있다'의 경우 9.1±2.0점, '매우 관심이 있다'의 경우 9.0±2.2점이었다.

치매지식정도에 따른 인식도의 차이는 '잘 모른다'로 응답한 응답자의 평균점수가 8.5±2.2점, '조금 알고 있다'로 응답한 응답자는 9.1±2.0점, '매우 잘 알고 있다'로 응답한

응답자는 9.2±2.3점으로 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

정보 접촉 유무에 따른 치매 인식도 점수도 유의한 차이를 나타냈다. 정보를 접한 적이 있는 경우 9.1±2.1점으로 정보를 접한 적이 없는 경우인 8.5±2.1점보다 높았다. 세부적으로는 교육자료(책자, 리플렛 등)로 교육받은 경우가 10.0±1.7점으로 가족이나 친지에게서 정보를 접한 경우의 평균점수인 8.8±2.2점보다 높았다.

<표 3> 서울 시민의 치매 인식도

요인		평균	표준편차	p-value
성별	남	8.9	2.1	.219
	여	9.0	2.1	
연령	20세 이하	9.4	1.7	.000***
	21~29세	9.9	1.7	
	30~39세	9.6	1.8	
	40~49세	9.1	2.0	
	50~59세	8.7	2.1	
	60~69세	8.1	2.2	
	70세 이상	7.2	1.9	
학력	6년 이하	7.3	2.3	.000***
	7년~9년	8.1	2.2	
	10년~12년	8.6	2.0	
	13년 이상	9.6	1.8	
치매관심정도	별로 관심이 없다	8.5	2.2	.000***
	조금 관심이 있다	9.1	2.0	
	매우 관심이 많다	9.0	2.2	
치매지식정도	잘 모른다	8.5	2.2	.000***
	조금 알고 있다	9.1	2.0	
	매우 잘 알고 있다	9.2	2.3	
정보접촉유무	유	9.1	2.1	.000***
	무	8.5	2.1	
접촉매체	신문	9.5	2.0	
	방송	9.2	2.0	
	인터넷	9.9	1.7	
	잡지	9.3	2.2	
	가족이나 친지	8.8	2.2	
	교육자료	10.0	1.7	
	기타	9.0	2.2	

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

3. 치매인식도 문항별 정답률

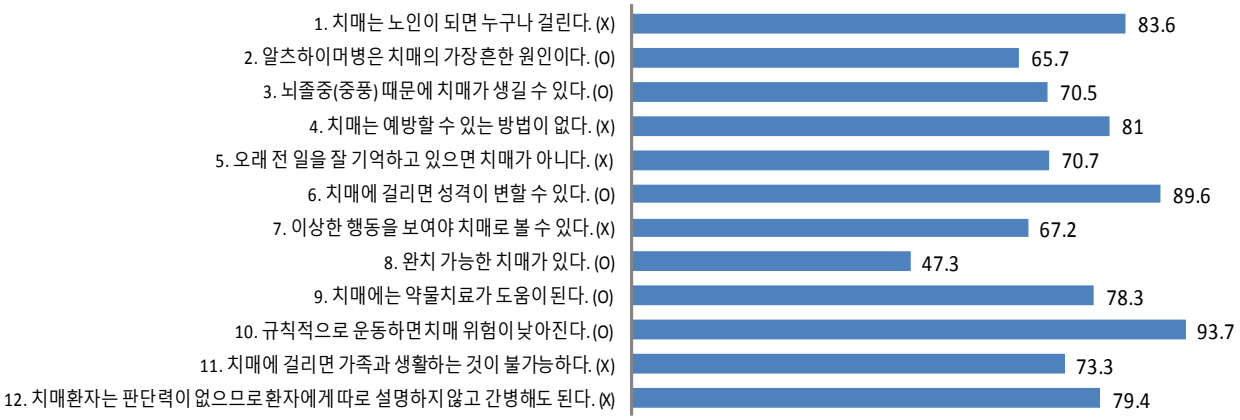
문항별 정답률은 최저 47.3%에서 최대 93.7%로 폭넓게 분포하여, 문항별로 인식도에 현저한 차이를 보였다<그림 2>.

치매의 원인에 대한 문항은 1번, 2번, 3번이 해당되고 3가지 문항의 평균 정답률은 73.3%였다. 1번 문항 '치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.'라는 항목에 대해서는 전체적으로는 83.6%의 정답률을 보였고 교육수준이 높을수록, 연령이 적을수록 치매에 대한 관심도가 높을수록 정답률이 높았으며 모두 통계학적으로 유의하였다. 2번 문항 '알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.' 라는 문항에는 65.7%의 정답률을 보였으며, 3번 문항 '뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.'의 정답률은 70.5%였고, 연령과 교육수준 치매지식정도에 따라 유의한 차이를 보였다.

치매의 예방 및 치료에 대한 문항은 4번, 8번, 9번, 10번 문항이었으며, 평균정답률은 75.1%였다. 4번 문항 '치매는 예방 할 수 있는 방법이 없다'는 81.0%의 정답률을 나타냈으며 연령이 낮을수록 교육수준이 높을수록 치매에 대한 관심과 지식정도가 많을수록 정답률이 높았다. 8번 문항인 '완치 가능한 치매가 있다'라는 질문에 대해서는 정답률이 47.3%로 12가지 인식도 문항 중 가장 낮은 수치를 나타냈으며 연령과 교육수준, 치매에 대한 관심도에 따라 유의한 차이를 보이지 않았다. 그리고 9번 '치매에는 약물치료가 도움이 된다'라는 문항의 정답률은 78.3%였고, 연령·교육수준·치매 관심정도에 따라 유의한 차이를 보였다. 10번 문항은 '규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다'로 93.7%의 정답률을 보였다.

치매의 증상 및 진단에 대한 문항은 5번, 6번, 7번 문항으로 평균 정답률은 75.8%였다. 5번 문항 '오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다'라는 항목은 정답률이 70.7%, 6번 문항 '치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다', 7번 문항 '이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다'는 각각 89.6%, 67.2%의 정답률을 보였으며 모두 연령·교육수준·치매 관심정도·치매 지식정도에 따라 유의한 차이를 보였다.

치매환자의 조호에 대한 문항은 11번 '치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다'라는 문항과 12번 '치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다'로 각각의 정답률은 73.3%, 79.4%였으며, 두 항목 모두 모두 연령·교육수준·치매 관심정도·치매 지식정도에 따라 유의한 차이를 나타냈다.



<그림 2> 치매인식도 문항별 정답률

<표 4> 연령에 따른 인식도 문항별 정답률(%)

치매인식도 설문	연령							
	20세 이하	21-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70세 이상	p-value
1. 치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.	86.2	84.0	85.6	85.0	87.2	80.4	72.0	.000***
2. 알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.	60.8	69.0	67.7	70.0	67.8	56.5	62.6	.003**
3. 뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.	69.6	81.8	73.7	69.7	66.4	60.0	65.9	.000***
4. 치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.	88.5	90.7	86.7	78.7	76.4	75.8	61.1	.000***
5. 오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다,	78.1	81.6	78.5	74.9	63.8	57.3	48.3	.000***
6. 치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.	89.6	93.6	91.2	90.8	87.2	85.8	86.3	.008**
7. 이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.	83.1	80.6	74.2	69.2	64.4	52.7	29.9	.000***
8. 완치 가능한 치매가 있다.	55.8	50.1	49.6	40.9	41.0	51.9	43.1	.000***
9. 치매에는 약물치료가 도움이 된다.	60.4	82.8	87.0	84.1	81.2	73.5	68.2	.000***
10. 규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.	94.2	95.8	95.5	93.9	92.3	91.2	91.0	.068
11. 치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.	88.5	86.2	81.9	71.2	70.4	58.5	41.7	.000***
12. 치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.	88.8	90.2	89.2	81.0	73.5	68.5	51.2	.000***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

<표 5> 교육수준에 따른 인식도 문항별 정답률(%)

치매인식도 설문	교육수준				
	6년 이하	7년-9년	10년-12년	13년 이상	p-value
1. 치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.	67.1	77.1	82.7	87.4	.000***
2. 알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.	63.8	56.5	60.6	70.3	.000***
3. 뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.	71.1	58.7	66.7	74.6	.000***
4. 치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.	60.5	70.0	77.7	87.3	.000***
5. 오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다,	47.4	57.0	65.9	78.7	.000***
6. 치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.	89.5	85.2	87.1	91.8	.002**
7. 이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.	29.6	57.4	62.8	76.2	.000***
8. 완치 가능한 치매가 있다.	48.0	52.9	46.0	46.9	.343
9. 치매에는 약물치료가 도움이 된다.	63.8	72.6	72.1	84.4	.000***
10. 규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.	88.8	91.9	93.4	94.8	.019*
11. 치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.	42.1	61.9	71.1	80.5	.000***
12. 치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.	56.6	67.3	74.3	87.2	.000***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

<표 6> 치매관심정도에 따른 인식도 문항별 정답률(%)

치매인식도 설문	치매관심정도			
	별로 관심이 없다	조금 관심이 있다	매우 관심이 많다	p-value
1. 치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.	79.9	85.6	82.6	.026*
2. 알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.	56.9	63.0	73.4	.000***
3. 뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.	68.4	69.1	73.5	.075
4. 치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.	76.4	84.0	79.0	.001**
5. 오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다,	62.1	72.1	72.7	.000***
6. 치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.	86.5	88.6	92.4	.003**
7. 이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.	62.6	71.9	63.1	.000***
8. 완치 가능한 치매가 있다.	51.1	48.1	44.6	.095
9. 치매에는 약물치료가 도움이 된다.	68.7	78.2	82.8	.000***
10. 규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.	91.8	94.3	93.9	.235
11. 치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.	71.2	77.2	69.0	.000***
12. 치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.	77.5	82.2	76.6	.008**

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

<표 7> 치매지식정도에 따른 인식도 문항별 정답률(%)

치매인식도 설문	치매관심정도			
	잘 모른다	조금 알고 있다	매우 잘 알고 있다	p-value
1. 치매는 노인이 되면 누구나 걸린다.	81.1	84.9	80.8	.070
2. 알츠하이머병은 치매의 가장 흔한 원인이다.	58.5	66.6	74.3	.000***
3. 뇌졸중(중풍) 때문에 치매가 생길 수 있다.	64.7	71.5	75.9	.003**
4. 치매는 예방할 수 있는 방법이 없다.	76.6	82.0	82.9	.024*
5. 오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다,	60.2	73.2	75.5	.000***
6. 치매에 걸리면 성격이 변할 수 있다.	87.0	90.8	87.8	.040*
7. 이상한 행동을 보여야 치매로 볼 수 있다.	61.5	68.9	68.6	.011*
8. 완치 가능한 치매가 있다.	43.8	47.4	53.9	.038*
9. 치매에는 약물치료가 도움이 된다.	75.7	78.7	80.4	.276
10. 규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다.	93.0	93.9	93.9	.771
11. 치매에 걸리면 가족과 생활하는 것이 불가능하다.	67.0	75.5	71.8	.001**
12. 치매환자는 판단력이 없으므로 환자에게 따로 설명하지 않고 간병해도 된다.	77.9	81.2	71.4	.001**

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

4. 치매인식도에 영향을 미치는 사회·인구학적 요인

치매 인식도 문항 정답률은 피검자의 연령, 성별, 학력에 따라 유의한 차이를 보였다. 위 요인들이 치매인식도에 미치는 영향을 평가하기 위해 치매인식도 총점을 종속 변인으로 두고 연령, 성별, 학력을 독립변수로 하여 더비변수로 변환 후 회귀분석을 시행하였다. 모형의 R^2값은 0.194였고 분산분석 결과 인식도 점수 총점을 설명하기 위한 모형의 회귀식은 통계적으로 유의하였으며(F=52.3, p=.000) 각 독립변수 사이의 다중 공선성은 문제가 되지 않았다(공차한계의 범위 0.19-0.97, 분산팽창요인의 범위 1.03-5.37). 회귀분석결과 각 연령, 성별, 학력이 모두 회귀식에 포함되어 있는 경우, 나이가 적을수록, 학력이 높을수록 인식도 점수는 높아지며, 이는 통계적으로 유의하였다<표8>.

<표 8> 사회 인구학적 요인이 치매인식도에 미치는 영향

변수	B	SE	Beta	t	p-value
(상수)	8.87	.203		43.639	.000***
성별구분	-.244	.085	-.056	-2.863	.004**
21세-30세	-.342	.167	-.064	-2.044	.041*
31세-40세	-.558	.170	-.098	-3.284	.001**
41세-50세	-.855	.162	-.150	-5.289	.000***
51세-60세	-.997	.156	-.176	-6.375	.000***
61세-70세	-1.38	.167	-.214	-8.262	.000***
70세 이상	-2.10	.185	-.298	-11.348	.000***
7년-9년	.313	.205	.045	1.525	.127
10년-12년	.594	.184	.128	3.219	.001**
13년 이상	1.53	.186	.366	8.206	.000***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Ⅴ. 결론 및 제언

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 10대에서 70대 이상 서울시민 2189명을 대상으로 치매 인식도를 파악하기 위한 서술적 조사 연구로 연구기간은 2011년 6월 1일부터 2011년 10월 31일까지였다.

본 연구의 대상자는 여자가 1,424명(65.1%)를 차지하였고, 연령은 20대가 407명(18.6%)으로 가장 많았고, 70대 이상이 211명(9.6%)를 차지하였다.

치매관심정도를 묻는 문항에서는 응답자의 83%가 '치매에 대해 관심이 있다'고 하였으며, 대상자 스스로가 인식하고 있는 치매에 관한 지식 정도는 '조금 알고 있다'고 응답한 대상자가 1,474명(67.3%)로 가장 많았다. 치매관련 정보를 접촉한 경험 여부는 '있다'고 응답한 대상자가 1,698명(77.6%)이었으며, 접촉매체로는 '방송'이 941명(43.0%)로 가장 많았다.

치매에 대한 인식 점수는 12점 만점 중에서 평균 점수는 9.0±2.1점이었다. 연령별로 보면 연령이 증가할수록 치매 인식도가 낮아져 20대의 평균점수가 9.9±1.7점으로 가장 높았고 70대 이상은 7.2±1.9점으로 가장 낮았다. 교육수준에 따른 치매의 인식도의 차이도 교육수준이 높을수록 치매에 대한 인식도도 높게 나타났다.

치매에 관한 관심정도에 따른 인식도의 차이는 관심의 정도에 따라 유의한 결과를 보였으며, 정보를 접한 적이 있는 경우가 정보를 접한 적이 없는 경우보다 높았고 정보 접촉 유무에 따른 치매 인식도 점수도 유의한 차이를 보였다. 또한, 세부적으로는 교육자료를 가지고 교육받은 경우에서 더 높게 나타나 교육을 통한 정보 습득이 치매에 대한 인식을 올바르게 하는데 중요한 것으로 나타났다. 따라서 치매에 대한 적극적이고 체계적인 교육과 홍보를 통해 치매에 대한 올바른 지식을 전달하는 것에 대한 중요성을 확인 할 수 있었다.

문항별 정답률은 최저 47.3%에서 최대 93.7%로 문항별로 인식도에 현저한 차이를 보였는데, '규칙적으로 운동하면 치매 위험이 낮아진다'가 93.7%로 정답률이 가장 높았고 '완치 가능한 치매가 있다'에서는 정답률이 47.3%로 인식도 문항 중 가장 낮은 점수를 나타냈으며, 연령과 교육수준에서 치매지식정도에 따라 유의한 차이를 보였다.

치매인식도에 미치는 영향을 평가하기 위해 연령, 성별, 학력을 독립변수로 하여 더비변수로 변환 후 회귀분석을 시행한 결과, 통계적으로 유의하였으며($F=52.3$, $p=.000$), 회귀분석결과 나이가 적을수록, 학력이 높을수록 인식도 점수는 높아지며, 이는 통계적으로 유의하였다

본 연구를 통해 밝혀진 서울시민의 치매에 대한 인식정도에 대한 자료들은 향후 치매에 대한 인식개선을 위한 홍보 및 교육에 매우 유용한 기초 정보로 활용할 수 있을 것으로 기대한다. 특히 지금까지 국내에서 20세 이상의 전 연령대를 포함한 대규모의 연구나 조사가 이루어진 바가 없었기 때문에, 본 연구는 추후 국내 치매관련정책의 수립과 더 나아가 치매관련 연구에 유용한 기초자료로 활용될 수 있다고 기대되어진다. 또한, 본 연구를 통해 확인된 올바른 인식을 위한 관련 요인들을 기초로 하여 치매를 보다 조기에 대처하고 치매에 대한 올바른 인식을 할 수 있도록 하기 위한 적극적인 대책 마련이 요구된다.

이를 위해서 치매에 대한 정확한 지식을 기초로 한 연령대별 맞춤교육을 개발하고, 지속적인 치매 홍보 교육을 통해 치매에 대한 인식 증진과 생활습관 개선의 중요성을 인식하는 계기를 마련하는 것이 필요하다. 또한 일시적인 연구에서 끝나는 것이 아니라 향후 계속적인 반복 연구를 제언한다.

Ⅵ. 참고문헌

Ⅵ. 참고문헌

강혜경 (2010). 치매에 대한 지식과 태도, 한양대학교 석사학위논문.

김애숙 (2007). 강원도 일 지역 노인들의 치매에 대한 지식과 태도에 관한 연구, 관동대학교 석사학위논문.

김종미 (2006). 현행 치매환자 보건정책의 문제점 및 개선방안 현행 : 치매환자 및 치매가족 지원 서비스체계 구축방안을 중심으로, 공공행정연구.

국민건강보험공단 (2010). 2002-2008년 노인성질환자 진료추이 분석 결과 보고자료.

권중돈 (1996). 치매 노인 가족의 부양부담 결정모형 개발, 한국사회복지학.

박종한, 고효진 (1991). 경북 영월군 어느 면 지역 노인들에게 치매의 원인분류 및 주요 치매의 상대적 유병률, 신경정신의학.

보건복지부 (2008). 치매노인 유병률 조사.

서미경 외 (1996). 치매노인의 재가복지서비스 개선방안 연구, 한국보건사회연구원.

서울특별시치매센터 (2010). 2010 서울시치매관리사업 보고서.

성미라 (2011). 치매노인 주부양자의 질병인식과정, 조선대학교 박사학위논문.

송영희 (2002). 중년의 치매에 대한 인식과 태도 : 사오십대를 중심으로, 동덕여자대학교 석사학위논문.

이둘영 (2008). 치매에 대한 청소년의 지식과 태도, 한양대학교 석사학위논문.

이경하 (2008). 치매에 대한 인식과 태도에 관한 연구, 건국대학교 석사학위논문.

이윤경, 성미라, 이동영 (2011). 서울시 치매 노인의 동반질환 및 건강습관. 대한간호학회지.

이인자 (2001). 일반노인의 치매지식 정도 조사 연구, 한림대학교 석사학위논문.

이신섭 (2001). 알쯔하이머 치매에 대한 지식수준 조사 연구, 목원대학교 석사학위논문.

오미자 (2002). 한국사회에서 치매에 대한 인식에 관한 연구, 숙명여자대학교 석사학위논문.

오영희 (2009). 노인의 치매 실태와 대책 연구 보고서.

오흥근, 김현우, 조필자 (1983). 정신과에 입원한 환자의 임상적 고찰, 한국노년학회지.

우후남 (2009). 노인성 치매에 대한 청소년의 인식과 태도 연구, 삼육대학교 석사학위논문.

조맹제 등 (2008). 치매노인 유병률 조사, 서울대학교병원.

조현오 (1999). 치매에 대한 일반인의 지식과 태도, 한양대학교 석사학위논문.

주혜선 (2004). 치매에 대한 사회적 문제와 개선방안 연구, 인천대학교 석사학위논문.

장숙희 (2006). 치매예방프로그램의 효과에 관한 연구, 조선대학교 박사학위논문.

통계청 (2008). 고령자 통계

통계청 (2010). 고령자 통계

한순영 (2009). 일개 시 장·노년층의 치매에 대한 인지도, 한양대학교 석사학위논문.

Antoine C., Antoine P., Guermonprez P., & Frigard B (2004). Awareness of deficits and anosognosia in Alzheimer's disease, Encephale.

Burgener, S & Twigg, P. (2002). Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia, Alzheimer Disease and Associated Disorders.

National Institute of Health (2010). Could Lifestyle Changes Cut Dementia Rates?. Health Day. Office of Population Census and Surveys : Calssification of occupations and coding index. London, HMSO, 2006.

Joy Adamson (2001). Health & Social care in the community, Health SOC care community.

Kang, S. J., Jeong, Y., Lee, B. H., Baek, M. J., Kwon, J. C., Chin, J., Na, D. L. (2004). How early are initial symptoms recognized in Korean patients with Alzheimer's disease, International Journal of Geriatric Psychiatry.