

간호대학생의 치매에 대한 주관적 태도: Q 방법론적 연구

하은호^{ID}

중원대학교 간호학과 조교수

A Q-methodology Study on Subjective Attitudes toward Dementia in Nursing Students

Ha, Eun Ho

Assistant Professor, Department of Nursing, Jungwon University, Goesan, Korea

Purpose: Nursing students are key personnel to take care of people with dementia in the nursing field in future. The purpose of this study was to identify subjective attitudes toward dementia in nursing students. **Methods:** Q methodology, which is a research method to study people's subjective points of views, was used. Thirty seven Q-statements (Q-sample) were derived from the Q population (Concourse) and were arranged in rank order by each of 42 participants into a normal distribution grid (from -4 to +4). A QUANL program was used to analyze the collected data. **Results:** Three types of attitudes toward dementia were identified: 'self-guided dementia management', 'national-guided dementia management' and 'facility-guided dementia management.' **Conclusion:** The results of this study suggest that nursing strategies to improve understanding of dementia and actively cope with dementia should be considered.

Key Words: Attitude; Dementia; Nursing, Students

서론

1. 연구의 필요성

2019년 우리나라 총 인구는 51,811,000명으로, 그 중 65세 이상 노인인구는 7,694,000명(14.6%)으로 추산되어 한국사회는 이미 고령사회로 접어들었다[1]. 가속화되는 인구 고령화로 인한 만성질환 및 퇴행성 질환의 증가는 사회경제적 비용 증가와 더불어 전문화된 의료자원 및 사회인적 자원을 필요로 하는데 치매가 대표적인 질환이다[2-4].

전 세계적으로 치매 환자는 4,700백만명으로 2030년에는 73.700백만을 능가할 것으로 예상되며 65세 이상 입원 환자의 29%가 치매진단을 받은 노인으로 추정된다[5]. 2018년 현재 우리나라

추정 치매 유병률은 10.16%, 추정 치매 환자 수는 750,488명으로 이는 2016년 치매 유병률 9.80%, 치매 환자 수 660,000명보다 각각 0.36%, 90,488명 증가한 수치로 여성이 62.0%로 남성보다 압도적이며 85세 이상 구간에서 급속히 증가하는 것으로 조사되었다[6].

치매는 인지기능 저하, 기억력 장애, 정신행동증상 등이 복합적으로 발생하여 노인의 일상생활은 물론 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 대표적인 질환으로 사회적, 경제적, 인종적, 지리적 경계를 막론하고 발생하는 비가역적인 뇌의 퇴행성 질환이다[2,3,7,8].

치매 치료와 간호/돌봄은 근본 원인을 해결하기보다 질환의 진행을 지연시켜 삶의 질을 증진시키는데 목적이 있으므로 실제 효과가 있는 치료와 간호 방법을 모두 집약하는 통합적인

주요어: 태도, 치매, 간호대학생

Corresponding author: Ha, Eun Ho

Department of Nursing, Jungwon University, 85 Munmu-ro, Goesan-eup, Goesan-gun 28024, Korea.

Tel: +82-43-830-8849, Fax: +82-43-830-8679, E-mail: rnhaeunho@jwu.ac.kr

Received: Aug 15, 2019 / Revised: Mar 4, 2020 / Accepted: Mar 5, 2020

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

고 다학제적인 접근이 필요하며, 장기적인 계획으로 다양한 전문분야에서 입증된 최적의 관리방법을 환자와 가족에게 체계적으로 제공하는 것이 중요하다[6,7]. 특히 치매노인의 배회, 망상, 우울과 같은 정신행동증상은 치매노인 돌봄 경험이 없거나 부족한 간호사 또는 간호학생에게 극도로 힘들고 부담스러운 상황을 초래할 수 있으며, 간호사로 하여금 이직 또는 이직 의도를 고려하거나[9-11] 간호학생이 졸업 후 노인 관련 시설/기관 취업을 기피/제고하는 결과를 야기할 수 있다[4,12-14]. 그러므로 치매노인을 관리함에 있어 돌봄제공자의 치매에 대한 지식과 증상에 따른 특정 돌봄 기술은 매우 중요하며[3], 치매에 대한 태도는 치매노인을 포함한 가족은 물론 관련 인적자원에 긍정적 또는 부정적인 영향을 미칠 수 있는 핵심 요인이다 [4,15,16]. 특히, 미래 치매노인 간호의 주역을 담당할 간호대학생의 치매에 대한 태도는 성공적인 치매관리를 위해 매우 중요한데, Hsu 등[14]과 Mitchell 등[3]은 간호이론과 실습을 통해 다양한 중재 프로그램을 경험하고 이를 통해 올바른 지식을 습득하게 하는 것이 치매에 대한 태도를 긍정적인 방향으로 전환시키는 전략임을 보고하였다. Ha [9]는 학부과정에서의 미비한 치매교육은 치매에 대한 지식결핍과 부정적인 태도를 야기할 수 있고 이는 실습교육에 바람직하지 못한 영향을 미칠 수 있음을 강조하였고, Kwon과 Lee [11]는 간호대학생의 치매에 대한 올바른 지식은 치매에 대한 태도를 변화시킬 수 있는 중요한 요인임을 보고하였다.

2019년 현재 우리나라의 간호교육기관(대학의 학사과정)은 203개로[17], 치매노인의 증가와 더불어 국가와 사회는 전문적으로 잘 교육된 간호사를 요구하고 있다[15,18]. 이를 위해 거시적 전략으로 치매 국가정책의 방향과 흐름을 먼저 파악하는 것이 중요하며, 이는 간호대학 내 치매 관련 이론과 지역사회 내 보건소, 치매 관련시설 등과 같은 곳에서의 현장실습 교육이 그 발판이 되어야 한다[13,16,19]. 특히 지역사회 내 보건소는 치매예방을 위해 중추적 역할을 담당하고 있는 공공기관으로 간호 인력이 핵심 축을 담당하고 있는 만큼[17] 학부과정에서부터 지역사회간호학 등 관련 교과목을 통해 치매에 대한 올바른 인식과 태도를 함양하는 것이 중요하다. 그러나 다수의 간호학생들이 노인과 치매노인에 대한 부정적인 태도를 가지고 있는 현 시점에서[18], 치매의 중요성과 이와 관련된 이론과 실습을 강요할 것이 아니라 간호대학생들의 치매에 대한 개인적인 의견, 느낌, 견해 등을 조사하여 객관화 한 후 이를 지역사회간호와 연계된 교육 프로그램에 반영하는 것이 먼저 진행되어야 한다.

태도는 특정 상황이나 개념, 사건에 대한 개인의 관심이며

느낌, 견해, 생각 등이 행동으로 통합되어 나타나는 인간의 주관성이므로 의학 및 간호학 분야에서 중요한 개념이다[20]. Q 방법론은 인간의 행태를 내면(정성, quality)에서 외면(정량, quantity)으로 도출시켜 양적인 방법으로 객관화하여 개인의 주관성(subjectivity)을 측정할 수 있는 유형론으로 과학적이고 통찰력 있는 연구기법이다[21]. 그러므로 간호대학생들의 치매에 대한 개인의 내면에 내재된 느낌, 생각을 외면으로 표출시켜 유사한 그룹끼리 유형화한 후 유형별 특성을 알아보는 데 유용한 방법이다.

이에 본 연구는 간호대학생들의 치매에 대한 개인의 주관적 태도를 탐색하고 유형화하여 도출된 유형의 특성을 분석한 후 이를 지역사회간호와 연계된 치매 관련 학생참여 교육 프로그램에 반영할 수 있도록 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 Q 방법론을 적용하여 간호대학생의 치매에 대한 주관적 견해와 태도를 파악하고 각 유형별 특성을 규명하기 위함이다. 이를 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 간호대학생들의 치매에 대한 주관적 견해 및 태도를 유형화한다.
- 간호대학생들의 치매에 대한 유형별 특성을 분석하고 기술한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 간호대학생들의 치매에 대한 개인적인 생각, 느낌, 태도, 의견 등과 같은 주관적인 견해를 파악한 후 각 유형별 특성을 도출하기 위하여 Q-방법론을 적용한 연구이다.

2. 연구절차

Q 방법론적 연구는 다음과 같은 단계를 거쳐 진행되었다[19].

1) Q 모집단(Q-population, Concourse) 구성

Q 표본의 모체가 되는 Q 모집단 구성은 다양한 방법으로 도출할 수 있는데 문헌고찰, 개별 또는 그룹심층 인터뷰, 개방형 질문지, 신문/잡지 기사, 주제 관련 서적, 방송 또는 토크 쇼(talk show) 등을 이용할 수 있다[20]. 본 연구의 Q 모집단 도출

을 위해 치매와 관련된 문헌고찰, 개방형 질문지, 개별심층면담 등과 같은 방법을 적용하였다. 문헌 고찰은 연구자와 연구보조원이 치매 관련 서적을 검토하고 학술지를 통해 간호대학생들의 치매에 대한 지식, 태도 등을 파악하는 것으로부터 진행하였다. 그러나 본 연구의 Q 모집단이 간호대학 1~4학년인 점, 본 연구의 목적이 치매와 관련된 간호대학생들의 주관적인 견해, 태도 등을 파악하는 것이라는 점, 간호대학생들의 치매 관련 교육 및 치매 환자 간호경험 등의 다양성 등을 고려하여 전문적, 학문적인 질문문항(치매의 병태생리학적 원인과 진행과정, 치매치료의 약물적·비약물적 접근, 치매의 정신행동증상과 대처 등)을 제외한 5개의 일반적인 개방형 질문문항을 아래와 같이 제작하였다.

- 치매는 어떤 질환입니까? 본인이 일반적으로 알고 있는 치매질환에 대해 기술하십시오.
- 치매를 위한 치료와 간호 방법은 무엇이라고 생각하십니까? 본인이 알고 있는 내용을 기술하십시오.
- 치매를 예방하기 위한 방법은 무엇입니까? 본인이 알고 있는 치매예방방법, 활동 등을 기술하십시오.
- 치매관리하는 누가 하는 것이 효과적이라고 생각하십니까?
- 치매 극복을 위해 국가와 사회가 해야 할 일은 무엇이라고 생각하십니까?

개방형 질문지 배포를 위해 연구자가 속해있는 대학의 연구동아리 회원들에게 연구의 목적과 방법을 설명한 후 질문지 배포에 대한 도움을 요청하였다. 12명의 학생들이 질문지 배포에 자발적으로 참여할 의사를 밝혀왔고 2인의 연구보조원과 함께 4개 지역에 위치한 4년제 대학 간호대학생들을 방문하여 학생들의 평소 생각, 의견 등을 자유롭게 기술하도록 하였다. 질문지 응답의 원활한 진행을 위해 눈덩이표집법(snowball sampling)을 이용하거나 메일로 응답하는 방법 등을 이용하여 총 210명의 학생들이 개방형 질문지 응답에 참여하였다. 개별심층면담을 위해 새로운 표적 집단(focus group)을 구성하려 하였으나 개방형 질문의 응답내용이 '포화단계(saturation point)'에 이르러 치매에 대해 평소 느끼고 생각한 개인의 견해를 한층 더 깊이 파악하고자 개방형 질문에 응답한 20명의 지원자들을 대상으로 진행하였으며 학생들의 동의하에 녹취와 필사 과정을 거쳤다. 이 과정을 통해 총 252개의 Q 모집단이 구성되었으며 참여한 모든 학생들과 연구동아리 회원들에게는 소정의 답례품을 전달하였다.

2) Q 표본(Q-sample) 구성

Q 표본 구성은 Q 방법론 연구에서 매우 중요한 절차로 Q 모

집단에 포함된 내용의 폭과 깊이를 요약하여 압축함으로써 Q 모집단을 대표하므로 분석의 한 단계(the unit of analysis)로 간주할 수 있으며[22], 20~100개 또는 40~60개의 표본이 보편적이다[21]. 본 연구에서는 Q 표본 추출을 위해 본 연구 책임자, Q 방법론 전문가이며 노인간호학을 전공한 간호학과 교수 2인, 노인요양시설에 근무하고 있는 노인전문간호사 2인으로 구성된 총 5인의 전문가 집단을 결성한 후 252개의 Q 모집단을 메일로 전송하여 진술문 내용을 파악하도록 하였다. 2회의 이메일 회의와 2회의 토론회를 거쳐 Q 모집단의 중복되거나 표현이 모호한 부분은 삭제하고 유사한 부분은 통합하는 과정을 거쳐 최종 37개의 진술문을 Q 표본으로 선정하였다(Table 1).

3) P 표본(P-sample) 선정

P 표본은 Q 표본의 진술문이 정규분포 되도록 강제배분하는 실제 연구대상자이다. P 표본이 커지면 한 유형에 여러 사람이 편중되어 유형의 특성을 명확하게 표현하는데 한계가 있으므로 소표본 이론에 근거하여 50명 내외로 결정하는 것이 일반적이다[21]. 본 연구의 P 표본은 4개 도시(서울, 인천, 경기, 충청)에 위치한 4년제 대학의 간호대학생 42명을 대상으로 하였다.

4) Q 표본의 타당도 및 신뢰도 검증

Q 방법론의 타당도 검증은 내용타당도, 안면타당도, Q-sorting 타당도 등의 3단계를 거친다[20]. 첫째, 내용타당도 검증은 일반적으로 문헌고찰에 의존하므로 본 연구에서는 연구자에 의한 치매 관련 문헌 및 선행연구 고찰, 5인의 전문가 집단에 의한 37개 진술문 내용 적절성 확인 등으로 검증하였다. 둘째, 안면타당도는 5인의 전문가 집단의 직접 만남 회의를 통해 진술문의 수정·보완 단계를 거쳐 이루어졌으며 셋째, Q-sorting 타당도는 최종 도출된 37개의 진술문을 test-retest Q-sorting 방법으로 진행하였으며 이를 위해 자발적으로 지원한 간호대학생 5명의 Q-sorting에 의해 검증되었다.

Q 방법론의 신뢰도는 test-retest를 통해 Pearson 상관계수 .80 이상의 값으로 검증하며 test를 진행한 기점으로부터 1~2주 후에 동일한 대상자가 동일한 방법으로 retest를 진행하는 것이 일반적이다[20,21]. 본 연구에서는 신뢰도 검증 과정에 관심을 표명한 간호대학생 5명을 선정해 37개의 진술문으로 test를 진행하였으며 이 과정을 통해 용어의 적합성, 문장의 적절성 등을 평가하고 1주 후 동일한 방법으로 retest하는 과정을 거쳐 Pearson 상관계수 .80 이상의 값을 얻어 신뢰도를 확보하였다.

5) Q 표본 분류(Q-sorting)

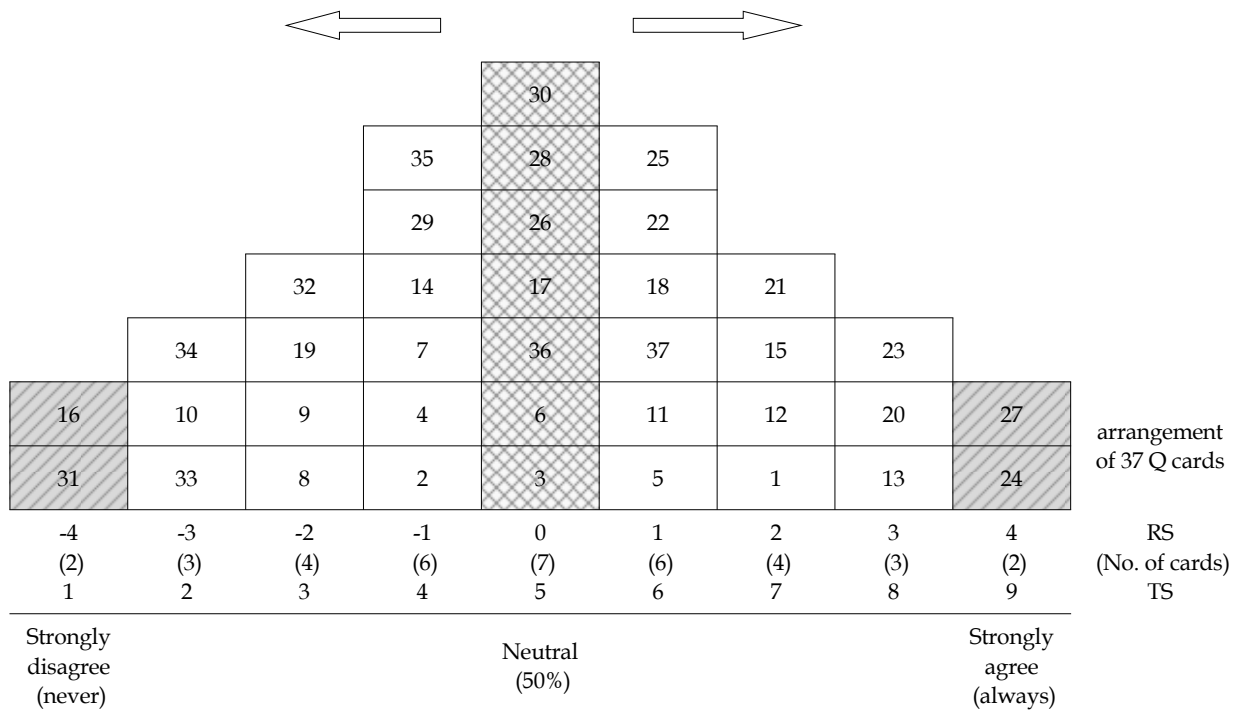
Q 표본 분류는 도출된 Q 표본을 Q 분포표에 강제 분포 (forced distribution)하는 과정으로 진술문이 40개 또는 그 이하인 경우 9점 척도(-4에서 +4)를 이용하는 것이 안전하다[21]. 척도 상의 '+'는 긍정적 견해(진술문 내용 찬성 의견)를, '0'은 중립, '-'는 부정적 견해(진술문 내용 반대 의견)를 의미한다. 본 연구에서는 참가자들에게 37개의 진술문을 먼저 읽고 각각의 Q 카드를 찬성, 중립, 반대 등 3 그룹으로 나누어 우선 배치 하도록 하였다. 이후 자신의 생각이 결정되면 9점 척도 격자도 (grid) ±4점에 2개 카드, ±3점에 3개 카드, ±2점에 4개 카드, ±1점에 6개 카드, 0점에 7개의 카드를 중립으로 최종 분류하도록 하였다. 특히 양 극단의 ±4점에 해당하는 각각 2개의 카드는 참가자의 가장 찬성(+4)과 반대(-4) 의견을 표명한 것이므로 추후 각 유형을 해석할 때 개인의 견해에 대한 중요한 정보를 제공함은 물론 유형을 이해하는데 유용한 자료가 되므로 연구 결과에 직접 인용할 수 있는 장점이 있다[21,22]. 이를 근거로 본 연구에서도 양 극단에 배치된 진술문카드에 대한 추가진술 (written comments)을 하도록 하였으며 이 과정에 소요된 시간은 약 30~50분이었다(Figure 1).

3. 윤리적 고려

본 연구는 연구 시작 전 중원대학교 연구윤리위원회 연구승인(1044297-HR-201706-017-01)을 받은 후 시행하였다. 참가자의 익명성과 자율성을 보장하기 위하여 모든 참가자들에게 연구의 목적과 방법을 설명하였으며, 특히 심층면담과 Q 표본 분류 방법, test-retest 과정을 설명서로 제작하여 배포하였다. 수집된 자료는 연구목적 이외의 용도로 사용하지 않을 것과 연구도중 참가자가 원하면 심층면담이나 Q 표본분류 도중 언제라도 철회할 수 있음을 설명하였다.

4. 자료분석

비이론적 회전으로 연구자의 판단을 불허하는 QUANL은 Q 방법론적 연구의 자료분석을 위한 패키지 프로그램(Package Program)으로 이론적 회전인 PQ method에 비해 변량을 극대화시키는 베리맥스 회전(varimax rotation)을 사용하는 것이 특징이다[21]. 베리맥스 회전은 하나의 요인에 다수의 변수들이 적재되는 것을 방지하여 연구자가 추출된 요인을 하나의 집단(cluster)으로 만들어 해석하도록 하는데 도움을 준다



RS=raw score; TS=transformed score.

Figure 1. The sample of Q sorting.

[22]. 본 연구에서는 Q 분포표에 배치된 42개의 자료를 변환점 수화(-4는 1점, -3은 2점, -2는 3점, -1은 4점, 0=중립 5점, +1은 6점, +2는 7점, +3은 8점, +4는 9점) 한 후 코딩하여 QUANL을 이용한 주요인분석(principle component factor analysis)으로 베리맥스 회전을 실시하였다. 요인추출 과정에서는 고유치(eigenvalue) 기준을 적용하여 1.0 보다 큰 요인을 선택한 결과 3개의 유형을 최종 도출하였다. 각 요인에 적재된 진술문의 값은 표준점수(Z-score)로 나타내었으며 1.0 이상의 값을 취하였다. 도출된 3개 유형의 특성을 이해하기 위한 요인 간 차이표(difference)의 값과 3개 유형의 일치항목(consensus items) 값은 Z-score 1.0 이상을 선택하였다.

연구결과

1. Q 유형의 형성

간호대학생의 치매에 대한 주관성을 분석한 결과 3개의 유형으로 분류되었다. 3개 유형은 전체변량의 47.8%를 설명하고 있으며, 각 유형별 설명력은 제1유형이 32.7%, 제2유형이 8.4%, 제3유형이 6.7%로 나타나 제1유형이 간호대학생의 치매에 대한 개인의 주관적 태도를 가장 많이 설명하고 있는 것으로 조사되었다. 각 유형의 고유치는 제1유형이 13.73, 제2유형이 3.52, 제3유형이 2.83으로 나타났다. 각 유형의 상관관계를 조사한 결과 제1유형과 제2유형의 $r=.69$, 제1유형과 제3유형의 $r=.38$, 제2유형과 제3유형의 $r=.20$ 으로 나타났다(Table 1).

2. 유형 분석

1) 제I유형: 자기-주도 치매관리형

제I유형으로 분류된 대상자는 모두 14명으로 여학생이 12명(85.7%)으로 21~22세가 7명(50.0%)이었으며 2학년이 6명(42.9%)을 차지하였다. 거주 지역은 서울과 인천이 5명(35.7%)이었고, 종교는 8명(57.1%)이 '없음'으로 응답하였다. 부모와 동거하고 있는 학생이 11명(78.6%)이었고, 13명(92.9%)의 학생들이 조부모와 동거하고 있지 않는 것으로 나타났다. 치매 가족력은 8명(57.1%)이 '없음'으로, 치매에 대한 지식은 13명(92.9%)이 '있음'으로 응답하였고 치매교육을 받아본 경험이 있는 학생이 10명(71.4%)으로 조사되었다. 졸업 후 장기요양 시설 근무 희망은 9명(64.3%)이 '무'를 선택하여 과반수 이상의 학생이 장기요양시설 근무를 희망하지 않는 것으로 나타났다(Table 2). 제I유형의 대상자가 긍정적으로 동의한 진술문은

총 8개 문항(12, 17, 18, 20, 21, 22, 26, 27번)으로 27번 '술, 담배를 줄여야 한다($Z=1.75$)', 17번 '치매를 고치기 위한 본인의 의지와 노력이 제일 중요하다($Z=1.38$).', 등의 문항을 가장 강하게 긍정하는 것으로 나타났다. 부정적으로 동의한 진술문은 총 8개 문항(4, 8, 9, 14, 16, 31, 34, 35번)으로 16번 '창피하므로 집에만 있어야 한다($Z=-2.13$)', 14번 '한의원에서 침을 맞고 한약을 먹어야 한다($Z=-1.62$)' 등의 문항을 가장 강하게 부정하는 것으로 나타났다(Table 1). 따라서 제I유형은 본인 자신을 선택하여 치매를 예방하고 철저히 관리해야 함을 강조한 집단으로 국가 또는 사회, 타인의 도움이나 시설, 기관 등에 의지하기보다 본인의 의지와 대처가 중요함을 중요시 하는 것으로 나타났다. 또한 정기검진과 읽기, 쓰기, 대화 등을 통해 지속적인 뇌의 자극이 치매 예방에 도움이 됨을 강조하면서 이를 위해 본인-가족-사회와의 유기적인 관계가 중요함을 피력하는 집단으로 조사되었다. 다음은 제I유형 중 가장 높은 인자가중치(factor weight, 1.34)를 나타낸 4번 대상자의 추가진술을 요약한 내용이다.

음주와 흡연은 모든 병의 근원이다. 무조건 삼가야 한다. 자기 몸은 자기가 알아서 챙겨야 한다. 치매는 완치가 불가능해서 예방과 조기발견이 가장 중요하므로 정기검진을 무조건 받아야 한다.(가장 긍정 26, 27번)

치매뿐만 아니라 모든 질병은 환자와 보호자의 마음이 집에 따라 경과가 달라진다. 본인과 가족의 의지가 제일 중요하다. 치매 환자를 국가가 알아서 다 해주면 다른 병으로 고생하는 사람들이 가만히 있지 않을 것이며 너무 무책임한 생각이다.(가장 부정 16, 34번)

이러한 결과를 종합하여 제I유형을 '자기-주도 치매관리형'으로 명명하였다.

2) 제II유형: 국가-주도 치매관리형

제II유형으로 분류된 대상자는 모두 16명으로 여학생이 14명(87.5%)이었고 21~22세가 8명(50.1%)으로 가장 많았으며, 2학년이 7명(43.8%)이었다. 거주 지역은 경기도가 10명(62.5%)으로 조사되었고 종교는 10명(62.5%)이 '없음'으로 응답하였다. 부모와 같이 사는 학생은 10명(62.5%)이었고, 조부모와의 동거는 12명(75.0%)이 '아니다'라고 응답하였다. 치매가족력은 12명(75.0%)이 '없음'으로, 치매 관련지식은 15명(93.8%)이 '있음'으로 응답하였고, 치매 교육을 받은 경험은 12명(75.0%)으로 나타났다. 요양시설근무 희망은 10명(62.5%)이 '희망하지

Table 1. Q-Statements and Z-Scores according to Types

(N=42)

Q-Statements	Z-Score		
	Type I (n=14)	Type II (n=16)	Type III (n=12)
1. Dementia is far more terrifying than cancer or death.	0.19	-0.37	0.88
2. Dementia happens without forewarning.	-0.85	-1.01	0.21
3. Dementia is a burden to children or family.	0.21	-0.25	1.64
4. Dementia is a genetic disease that can not be fixed.	-1.08	-1.48	-0.03
5. Demented people do not recognize who are they and are their children.	0.71	-0.67	1.39
6. Dementia affects daily life.	0.50	-0.60	0.73
7. Dementia makes memory worse or even go away.	0.83	-0.32	0.64
8. Dementia is a mental illness that comes with age.	-1.15	-1.52	-2.20
9. It is better to die than to live if one gets dementia.	-1.57	-1.47	0.30
10. Dementia occurs when one is lonely and depressed.	-0.57	-0.75	-0.71
11. People with dementia talk and act like a child.	0.63	-0.56	0.36
12. People with dementia have a reduced ability to understand and judge.	1.00	0.10	0.82
13. It is good to take anti-dementia or dementia treatment drugs.	0.13	0.73	-0.04
14. It is good to get acupuncture and herb medicine in an Oriental clinic. †	-1.62	-2.01	-2.48
15. It is good to write an advance directives when memories remained.	0.79	0.47	0.07
16. People with dementia should be at home for shame.	-2.13	-1.63	-2.64
17. The will and efforts to fix dementia is of the utmost importance.	1.38	0.56	0.16
18. It is good to get along with other people to prevent dementia.	1.00	0.65	1.00
19. It is good to do as the doctor tells to prevent dementia.	-0.54	-0.14	-0.16
20. It is good to have regular exercise and enjoy hobbies to prevent dementia. †	1.30	1.13	1.18
21. It is good to live and have a conversation with family to prevent dementia.	1.34	0.60	-0.12
22. It is good to read and write a lot to prevent dementia.	1.00	0.45	-0.69
23. It is good to live in a community if people do not have a family.	0.86	0.05	-0.23
24. It is good to live happily without stress to prevent dementia.	0.58	1.11	1.02
25. It is good to find a place to work or to be active to prevent dementia.	0.58	1.23	0.57
26. It is good to have regular examinations.	1.11	0.97	0.09
27. It is good to reduce alcohol and cigarettes.	1.75	0.44	-0.29
28. It is good to have a healthy food that can prevent dementia.	-0.60	-0.89	-1.78
29. It is better to be received proper care from caregivers.	-0.68	-0.23	-0.23
30. Children or families are better to take care of demented person.	0.05	0.04	-1.03
31. It is best to go to a nursing home if people get dementia.	-1.18	-0.58	0.81
32. It is better to cultivate, manage, and educate professional caregivers.	-0.77	1.69	0.81
33. Free facilities and hospitals for the elderly with dementia should be established.	-0.78	1.59	0.96
34. The government is responsible for dementia (prevention, treatment, caring, etc).	-1.35	1.25	-0.24
35. It is better to let demented person die from euthanasia without suffering.	-1.17	-1.26	-0.42
36. Supporting living expenses for demented people or their family is necessary.	-0.33	1.20	-0.10
37. Education and information for prevention of dementia are necessary.	0.40	1.49	-0.25

† Consensus of 3 types.

않음'으로 응답하였다(Table 2).

제II유형의 대상자가 긍정적으로 동의한 진술문은 총 8개 문항(20, 24, 25, 32, 33, 34, 36, 37번)으로 이 중 32번 '치매조호인력을 많이 양성하고 철저하게 관리, 교육해야 한다($Z=1.69$)', 33번 '치매노인을 위한 무료시설이나 병원을 많이 설립해야 한다($Z=1.59$).' 등의 문항을 가장 강하게 긍정하는 것으로 나타났다. 부정적으로 동의한 진술문은 총 7개 문항(2, 4, 8, 9, 14, 16, 35)으로 이 중 14번 '한의원에서 침을 맞고 한약을 먹어야 한다($Z=-2.01$)', 16번 '창피하므로 집에만 있어야 한다($Z=-1.63$).' 등을 가장 강하게 부정하는 것으로 나타났다(Table 1). 따라서

제II유형은 치매는 한방치로나 침거로 해결될 일이 아니므로 정부의 진두지휘 하에 공격적인 치매예방과 치료, 관리를 위한 교육과 전문 인력 양성, 시설/기관 설립 등이 중요함을 강조하는 집단으로 조사되었다. 다음은 제II유형 중 가장 높은 인자가 중치(factor weight, 1.44)를 나타낸 26번 대상자의 추가진술을 요약한 내용이다.

치매는 개인이 해결할 문제가 아니며 가족이 돌보는데 한계도 있다. 치매 때문에 가정불화가 일어나는 경우를 많이 봤다. 창피하므로 집에만 있게 한다는 것은 말도 안 된

Table 2. Demographic Characteristics and Correlations between Types

(N=42)

Characteristics	Categories	Type I (n=14)	Type II (n=16)	Type III (n=12)
		n (%)	n (%)	n (%)
Eigenvalue (Variance, %)		13.73 (32.7)	3.52 (8.4)	2.83 (6.7)
Gender	Male	2 (14.3)	2 (12.5)	3 (25.0)
	Female	12 (85.7)	14 (87.5)	9 (75.0)
Age (year)	19~20	5 (35.7)	5 (31.3)	5 (41.7)
	21~22	7 (50.0)	8 (50.1)	5 (41.7)
	23~24	1 (7.1)	1 (6.3)	2 (16.6)
	25~27	1 (7.1)	2 (12.6)	0 (0.0)
Grade	1st grade	1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2nd grade	6 (42.9)	7 (43.8)	6 (50.0)
	3rd grade	4 (28.6)	5 (31.3)	4 (33.3)
	4th grade	3 (21.4)	4 (25.0)	2 (16.7)
Residential area	Seoul	5 (35.7)	3 (18.8)	1 (8.3)
	Metropolitan	4 (28.6)	1 (6.3)	0 (0.0)
	Gyeonggi-do	3 (21.4)	10 (62.5)	7 (58.3)
	Chungcheong-do	2 (14.3)	2 (12.5)	4 (33.3)
Religious affiliation	Yes	6 (42.9)	6 (37.5)	3 (25.0)
	No	8 (57.1)	10 (62.5)	9 (75.0)
Living with parents	Yes	11 (78.6)	10 (62.5)	9 (75.0)
	No	3 (21.4)	6 (37.5)	3 (25.0)
Living with grandparents	Yes	1 (7.1)	4 (25.0)	3 (25.0)
	No	13 (92.9)	12 (75.0)	9 (75.0)
Family history of dementia	Yes	6 (42.9)	4 (25.0)	3 (25.0)
	No	8 (57.1)	12 (75.0)	9 (75.0)
Knowledge of dementia	Yes	13 (92.9)	15 (93.8)	12 (100.0)
	No	1 (7.1)	1 (6.3)	0 (0.0)
Experience of dementia education	Yes	10 (71.4)	12 (75.0)	8 (66.7)
	No	4 (28.6)	4 (25.0)	4 (33.3)
Hope to work in nursing home	Yes	5 (35.7)	6 (37.5)	1 (8.3)
	No	9 (64.3)	10 (62.5)	11 (91.7)
Correlations	Type I	1.00 [†]		
	Type II	.69 [†]	1.00 [†]	
	Type III	.38 [†]	.20 [†]	1.00 [†]

[†] Correlation coefficient r

다. 나라가 나서서 해결할 수밖에 없다. 간호사와 영양보호사를 충분히 양성해야 하며 이들을 통해 치매 예방 및 간호에 대한 홍보와 교육도 해야 한다.(가장 긍정 34, 37번)

치매는 의사가 판단하여 약물을 써야 진행되는 것을 막아준다고 생각하는데 한의학은 개인적으로 효과가 있다고 생각하지 않는다. 안락사는 혼자 판단하는 능력이 떨어지기 때문에 자기가 판단하는 것으로 기준이 되어선 안 되며 가족들도 악용할 수 있을 것 같다.(가장 부정 14, 35번)

이러한 결과를 종합하여 제II유형을 ‘국가-주도 치매관리형’으로 명명하였다.

3) 제III유형: 시설-주도 치매관리형

제III유형으로 분류된 대상자는 모두 12명으로 여학생이 9명(75.0%)이었고 19~22세가 10명(83.4%)으로 가장 많았으며, 2학년이 6명(50.0%)이었다. 거주 지역은 경기도가 7명(58.3%)으로 조사되었고 종교는 9명(75.0%)이 ‘없음’으로 응답하였다. 부모와 같이 사는 학생은 9명(75.0%)이었고, 조부모와의 동거는 9명(75.0%)이 ‘아니다’라고 응답하였다. 치매가족력은 9명(75.0%)이 ‘없음’으로, 치매 관련지식은 12명(100%) 모두 ‘있음’으로 응답하였고, 치매 교육을 받은 경험은 8명(66.7%)으로 나타났다. 요양시설근무 희망은 11명(91.7%)이 ‘희망하지 않는다’로 응답하였다(Table 2).

제III유형의 대상자가 긍정적으로 동의한 진술문은 총 5개 문항(3, 5, 18, 20, 24번)으로 이 중 3번 ‘자식이나 가족에게 짐이 된다(Z=1.64)’, 5번 ‘나도 못 알아보고 자식도 못 알아보게 된다(Z=1.39)’ 등의 문항을 가장 강하게 긍정하는 것으로 나타났다. 부정적으로 동의한 진술문은 총 5개 문항(8, 14, 16, 28, 30)으로 이 중 16번 ‘창피하므로 집에만 있어야 한다(Z=-2.64)’ 14번 ‘한의원에서 침을 맞고 한약을 먹어야 한다(Z=-2.48)’ 등을 가장 강하게 부정하는 것으로 나타났다(Table 1). 따라서 제III유형은 치매가 부끄럽거나 수치스러운 질환은 아니지만 일단 치매에 걸리면 삶보다 죽음을 선택하는 것이 낫고, 가족에게 부담이 되므로 민간 또는 공공시설에서 관리하는 것이 효과적임을 표명하는 집단으로 조사되었다. 다음은 제III유형 중 가장 높은 인자가중치(factor weight, 1.14)를 나타낸 13번 대상자의 추가진술을 요약한 내용이다.

치매가 부끄러운 것은 아니지만 자랑도 아니다. 우리 할머니는 치매에 걸리면 약도 없으니 자식들한테 못 할 것 시키는 거라며 조용히 저세상으로 보내거나 요양시설로

보내라고 하셨다.(가장 긍정 3, 5번)

요양시설에서 치매 어르신을 많이 봤다. 나도 미래 의료인이지만 정말 어쩔 수 없다. 그렇다고 한의원에서 침을 맞을 일도 아니고 방법이 없는 것 같다.(가장 부정 11, 16번)

이러한 결과를 종합하여 제III유형을 ‘시설-주도 치매관리형’으로 명명하였다.

4) 각 유형 간 차이

본 연구에서 도출된 3개 유형 간의 차이는 Table 3과 같다. 제I유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 문항은 27, 22, 21, 17번이었으며 낮게 동의한 문항은 33, 32, 34, 31번이었다. 제II유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 문항은 34, 32, 33, 36, 37번이었으며 낮게 동의한 문항은 5, 6, 3, 7, 11번이었다. 제III유형이 다른 유형에 비해 높게 동의한 문항은 9, 31, 3, 5, 4, 2번이었으며 낮게 동의한 문항은 22, 27, 37, 21, 30, 28번이었다.

5) 공통적 견해

본 연구에서 도출된 3개 유형이 공통적으로 동의한 문항은 20번 ‘규칙적인 생활, 취미생활을 해야 한다(Z=1.20)’이었으며 동의하지 않은 문항은 14번 ‘한의원에서 침을 맞고 한약을 먹어야 한다(Z=-2.03)’으로 나타났다.

논 의

치매는 노화와 관련된 만성퇴행성 질환으로 다양한 증상에 따른 선진간호기술(advanced-nursing care skills)이 요구되는 범사회적인 질환으로 많은 비용과 인력 투입이 불가피한 가장 비싼 질병 중 하나이다[8]. 전문성을 겸비한 의료인력 중 지역사회 간호인력은 치매 관리의 중심선에 놓여 있으며[19], 간호대학생은 미래 치매간호인력의 주역이므로[14] 이들의 치매에 대한 주관적 견해와 태도는 매우 중요하다. 이에 본 연구는 자결적 주관성의 과학인 Q 방법론을 적용하여 간호대학생의 치매에 대한 주관성을 확인한 결과 3개의 유형을 도출하였다.

제 I유형은 ‘자기-주도 치매관리형’으로 제 3자가 아닌 본인이 주체가 되어 치매를 예방하고 관리하여야 하며 나를 선두로 가족-사회-국가가 조직적, 체계적으로 협력하는 것이 중요하다고 생각하는 태도가 특징적인 집단이다. 이는 제 I유형 대부분의 주거 지역이 서울, 수도권에 위치해 있고 치매 관련 정보, 홍보, 관련 정책 등을 지방에 비해 쉽게 접할 수 있어[12] 다른 유형에 비해 독립적인 태도를 보여준 것으로 생각된다. 이런 점

Table 3. Each Type's Items Greater than All Others

Type	Q-Statements	Z-score
Type I	27. It is good to reduce alcohol and cigarettes.	1.17
	22. It is good to read and write a lot to prevent dementia.	1.12
	21. It is good to live and have a conversation with family to prevent dementia.	1.11
	17. The will and efforts to fix dementia is of the utmost importance.	1.02
	33. Free facilities and hospitals for the elderly with dementia should be established.	-2.06
	32. It is better to cultivate, manage, and educate professional caregivers.	-2.02
	34. The government is responsible for dementia (prevention, treatment, caring, etc).	-1.85
	31. It is best to go to a nursing home if people get dementia.	-1.29
Type II	34. The government is responsible for dementia (prevention, treatment, caring, etc).	2.04
	32. It is better to cultivate, manage, and educate professional caregivers.	1.67
	33. Free facilities and hospitals for the elderly with dementia should be established.	1.50
	36. Supporting living expenses for demented people or their family is necessary.	1.42
	37. Education and information for prevention of dementia are necessary.	1.41
	5. Dementia let people do not notice oneself and children.	-1.72
	6. Dementia affects daily life.	-1.22
	3. Dementia is a burden to children or family.	-1.18
	7. Dementia makes memory worse or even go away.	-1.06
	11. Person with dementia, talks and acts like a child.	-1.05
Type III	9. It is better to die than to live if one gets dementia.	1.19
	31. It is best to go to a nursing home if people get dementia.	1.69
	3. Dementia is a burden to children or family.	1.66
	5. Dementia let people do not notice oneself and children.	1.37
	4. Dementia is a genetic disease that can not be fixed.	1.25
	2. Dementia happens without forewarning.	1.14
	22. It is good to read and write a lot to prevent dementia.	-1.41
	27. It is good to reduce alcohol and cigarettes.	-1.39
	37. Education and information for prevention of dementia are necessary.	-1.19
	21. It is good to live and have a conversation with family to prevent dementia.	-1.09
	30. Child or families are better to take care of demented person.	-1.07
	28. It is good to have a healthy food that can prevent dementia.	-1.03

에서 치매극복은 치매예방에서부터 시작되며 본인의 치매 예방활동을 위한 자가 점검(self-monitoring)과 꾸준한 지역사회일원으로서의 활동이 중요함을 강조한 Bale과 Jenkins [15]의 연구와 유사하며 지역사회와 건강관리를 통해 인지기능을 지속적으로 활성화시킬 수 있는 전략을 강조한 Saito 등[23]의 연구와 같은 맥락이다. 특히 제I유형이 긍정적 또는 부정적으로 동의한 진술문 대부분이 치매 지식과 관련된 문항이었는데 이는 치매에 대한 지식이 높을수록 치매에 대한 태도가 긍정적으로 나타난 Ha [9]와 Jo와 Kim [24]의 연구와도 관련이 있으며 Ha [9]는 치매에 대한 태도가 긍정적이고 독립적일수록 치매교육요구도가 높았다고 보고하였다. 그러나 Poreddi 등[25]은 122명의 간호대학생을 대상으로 치매지식과 태도를 조사하였는데 옳은 응답률이 56%로 저조한 반면 치매에 대한 태도는 긍정적으로 나타나 지식과 태도 변수 간 양의 상관관계가 받

시 성립하는 것은 아니므로 추후 지속적인 연구가 필요하다. 한편 제I유형은 치매를 위한 시설 설립과 전문 인력 양성 부분이 다른 유형에 비해 부정적인 태도를 보였는데 이는 선행연구가 없어 비교 분석하는데 제한점은 있지만, 대부분의 대상자가 치매에 대한 올바른 지식과 긍정적 태도를 가지고 있어 스스로 해결할 수 있다는 자신감[3]에서 비롯된 현상으로 생각된다. 그러나 치매는 나 혼자 해결할 수 없는, 국가와 사회가 장기간에 걸쳐 함께 해결해야 할 문제이므로 특정부분 국가개입이 필요함[7]을 이해시킬 수 있는 교육의 기회가 필요하다. 국가의 치매 컨트롤타워 역할, 치매통합관리체계 등과 관련된 내용을 지역사회간호학 이론과 실습 교육 등에 반영한다면 제I유형의 치매에 대한 태도를 긍정적인 방향으로 좀 더 강화시킬 수 있는 전략이 될 수 있을 것이다. 또한 일본의 'ikoino saron'[23]을 보완한 지역사회치매 관련기관 종사자-지역사회노인-간호대

학생이 참여하는 정기모임을 주선하여 제I유형과 같은 학생들의 참여를 독려하는 것도 국가의 치매사업을 이해하고 나-국가의 공동책임의식을 함양할 수 있는 전략이 될 것으로 생각한다.

제II유형은 ‘국가-주도 치매관리형’으로 치매는 전적으로 국가와 사회의 책임이므로 이를 위해 치매에 대한 교육과 홍보가 우선되어야 하며 국가차원의 치매돌봄전문인력 양성과 시설 공급이 시급함을 강조하는 태도가 특징적인 집단이다. 치매는 전 세계적인 쟁점사안으로 다수의 국가들이 정부 주도하에 다양한 치매극복전략을 수립하였는데, 우리나라의 ‘1~3차 치매관리종합대책[24]’, 일본의 ‘Long-term Care Insurance Act [23]’, 미국의 ‘National plan to address Alzheimer’s disease [5]’ 등을 예로 들 수 있다. 특히 2013년 설립된 우리나라 보건복지부 산하 중앙치매센터는 ‘치매와의 전쟁’을 위한 컨트롤타워 역할을 하면서 한국형 치매서비스망 구축을 추진해 나가고 있다[6]. 이와 같은 맥락에서 제II유형의 치매에 대한 태도는 국가와 정부가 치매관리정책의 선두주자가 되어야 한다는 국가정책과 그 의미를 같이하고 있다. 한편 제II유형은 치매치료를 위한 한방의학의 접근을 강하게 부정하였는데 이는 Lin 등[8]의 연구결과와 상반되는 의견으로, Lin 등[8]은 최근 치매진단을 받은 타이완의 9,438명 환자에게 전통 중국 의학을 적용한 결과 병원비 및 재원일수 감소 등의 효과와 더불어 기관삽관, 유치도뇨관 관리 등과 같은 집중간호 적용 빈도가 감소되었음을 보고하였다. 그러므로 치매노인 및 가족의 한방에 대한 선호도를 조사하여 이를 반영하거나 치매 중증도에 따른 양한방 협진기관을 지역사회간호실습과 연계하여 직접 경험하게 하는 것도 제II유형의 한방에 대한 부정적인 태도를 완화시킬 수 있는 전략이 될 수 있을 것이다. 또한 제II유형은 치매노인에게 안락사를 적용하는 것에 강력한 반대의사를 표명하였는데, 치매노인에게 안락사를 적용한 우리나라 사례를 찾아볼 수 없어 비교 분석에 제한점은 있지만 네덜란드, 벨기에, 룩셈부르크와 같은 나라에서 적지 않은 치매 환자들이 사전의료의향서를 통해 안락사(euthanasia) 또는 의사조력자살(Physician-Assisted Suicide, PAS)을 희망함으로써 품위 있는 죽음에 대한 자신의 자기결정권 실행이 보편화되고 있다[7]. Dierickx 등[26]은 179명의 안락사 사례를 분석한 결과 치매 환자 안락사 비율이 2002~2007년 0.3%에서 2008년 이후 3%로 증가하는 추세를 보고하였다. 안락사는 인간의 삶을 유린할 수 있는 윤리적, 도덕적, 법적 문제를 내포하고 있어 국가와 인종을 불문하고 논란의 여지가 남아 있지만 말기 치매 환자의 생의 마지막 돌봄 차원에서 자발적인 입법사망(voluntary assisted dying legislation) 전제 하에[26,27], 사회적인 논의

가 필요한 부분이라고 생각한다. 그러므로 치매 환자 안락사에 대한 세계적인 동향을 교육과정에 반영하는 것도 제 II유형을 위한 교육적 전략이라고 하겠다. 그러나 치매 관리에 대해 국가-주도적인 태도를 보인 제 II유형의 특성을 제고할 필요가 있는데, 아직 20대 초반의 학생이고 미래 의료를 선도할 주역임을 감안할 때 치매에 대한 자기-주도적인 태도를 함양시킬 수 있도록 다양한 교육방법을 적용하는 것도 국가 의존형 태도를 보완할 수 있는 전략이므로 고려해 볼 가치가 있다.

제III유형은 ‘시설-주도 치매관리형’으로 치매는 완치가 어렵고 가족이나 사회의 오명(stigma)이 될 수 있어 장기요양시설에서 관리해야 함을 주장하면서 삶보다는 죽음을 선택하는 것이 오히려 최선이 될 수 있다는 극단적인 태도가 특징적인 집단이다. 특히 제III유형은 다른 유형에 비해 치매에 대한 지식이 낮고 교육과 홍보의 필요성을 부정하며 치매 관리에 있어 가족과 사회의 개입도 부정하는 태도를 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 다른 유형과 달리 제III유형 대부분이 저학년에 속해 있고 치매교육을 받은 경험이 적어 나타난 결과로 생각된다. 그러나 치매에 대한 지식 유무는 12명 전원이 ‘유’로 응답하였음에도 불구하고 ‘고칠 수 없는 유전병’, ‘예고 없이 갑자기 발생’ 등을 I, II 유형에 비해 강하게 동의한 항목은 주목할 필요가 있다. Ha [9]는 간호대학생들의 올바른지 못한 치매 지식은 치매 태도에 부정적 영향을 미칠 수 있으며 Kimzey 등[16]은 치매에 대한 태도가 긍정적인 학생들이 치매 관련 지식도 높다고 보고하였다. 이에 Hsu 등[14]은 치매 관련 이론과 실습 교육은 학생들의 치매에 대한 지식 및 태도와 관련이 있으므로 이론과 실습이 체계적으로 구성된 교육전략이 중요하다고 하였다. 특히 Kimzey 등[16]은 94명의 간호대학생을 대상으로 알츠하이머 치매 환자 간호 실습 전과 후를 비교한 결과 실습 후 치매에 대한 지식과 태도가 향상되었음을 보고하였다. 그러므로 제III유형이 아직 치매와 관련된 교육과 실습을 이수하지 않은 집단임을 감안할 때 치매 관련 세미나 참석 독려, 지역사회 치매 시설 견학 또는 봉사활동참여 등을 격려하는 것도 지식과 태도를 향상시킬 수 있는 전략이 될 것이다. Mitchell 등[3]은 1학년 간호대학생 322명을 대상으로 ‘the Dementia Friendly Community Program’을 적용한 결과 치매에 대한 지식과 자신감이 향상되었다고 보고한 바, 지역사회와 연계된 치매 파트너 프로그램 참여를 독려하거나 ‘dementia championship training [15]’ 등과 같은 프로그램을 비교과 과목으로 개설하여 운영하는 것도 간호중재 전략이 될 수 있을 것이다. 또한 제III유형의 91.7%가 졸업 후 ‘요양시설 근무 원치 않음’으로 응답하였는데 Yordy 등[4]은 장기요양시설 실습 전 노인복지센터와 같은 지역사회

재가노인을 대상으로 한 실습을 먼저 계획한 후 장기요양시설 실습을 실행하는 것이 요양시설에 대한 부정적 태도를 긍정적으로 전환시킬 수 있는 전략임을 보고하고 동물매개중재 (Animal-assisted activities, AAA)와 같은 프로그램은 간호대학생들의 치매 지식과 태도는 물론 치매노인과의 언어적 상호작용을 촉진시킬 수 있는 방법임을 보고하였다. 한편 제III유형이 가장 부정적인 태도를 나타낸 항목은 ‘창피하므로 집에만 칩거’ 항목이었는데 이는 Zou 등[28]의 연구와 유사한 맥락으로 나라마다 차이는 있지만 창피하고 부끄럽기 이전에 환자의 알권리, 장래 삶의 계획, 치료방법 선택 측면에서 숨기기보다 드러내 함께 공유하는 것이 치매관리에 도움을 준다고 하였다.

본 연구에서 도출된 3개 유형의 공통적인 견해는 ‘규칙적인 생활, 취미생활의 중요성(긍정)’과 ‘한의원에서 침을 맞고 한약을 먹어야 함(부정)’ 등으로 나타나 규칙적인 생활과 취미활동이 정신적, 신체적 건강에 긍정적 영향을 미쳐 치매예방에 도움이 된다[9,29]는 태도를 보여주었다. 반면 치매 치료에 대한 한방 접근을 강하게 부정하였는데 한약과 침술을 병행한 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 경제적 비용과 집중간호활동이 감소되었다는 연구[8], 체침과 뜸 등의 한방단독요법 또는 양방과 한약물/침/뜸과 같은 한방의 병행 등을 제안한 Lee 등[30]의 연구를 근거로 추후 양방과 한방을 통합한 치매케어를 고안하여 적용하는 방법도 고려할 수 있다.

결론 및 제언

전문성을 겸비한 지역사회 건강관리자인 간호인력은 치매 관리의 중심선에 있으며 간호대학생은 미래 지역사회 치매 간호인력의 주역이므로 이들의 치매에 대한 주관적 견해와 태도는 매우 중요하다. 이에 본 연구는 주관성의 과학인 Q 방법론을 적용하여 간호대학생의 치매에 대한 주관성을 객관화한 결과 3개의 유형: ‘자기-주도 치매관리형’, ‘국가-주도 치매관리형’, ‘시설-주도 치매관리형’을 도출하였다. 본 연구에서 도출된 3개 유형은 지역사회 재가치매노인 또는 시설/기관 입소치매노인의 간호를 책임질 미래 지역사회 간호인력의 치매에 대한 태도를 분류한 것이므로 각 유형의 특성을 고려하여 지역사회간호 실습교육 및 치매 관련 학생 참여 프로그램 등을 기획할 때 도움을 줄 수 있다는 점에서 연구의 의의가 있다. 그러나 일정 지역 간호대학생의 치매에 대한 주관성을 조사한 연구이므로 이를 일반화하는데 신중을 기해야 한다. 또한 Q 모집단 도출 시 다양한 방법을 실행하지 못하였다는 점이 Q 샘플 구성에 영향을 미칠 수 있었음을 연구의 제한점으로 배제할 수 없다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 제 I유형의 특성을 고려하여 첫째, 지역사회- 지역사회간호학 연계 치매 관련 학생참여교육 활성화 방안 모색, 둘째, 국가의 치매 통합관리 및 운영을 이해하고 실무에 접목할 수 있는 교육콘텐츠 개발, 셋째, 지역사회재가노인과 간호대학생 공동 모임을 통한 교육, 오락, 힐링 프로그램을 개발하여 지역사회-기반 간호학 실습에 적용할 수 있는 전략 등을 모색한다. 제II유형의 특성을 고려하여 첫째, 치매 예방과 관리측면에서 자기-주도적인 태도를 함양할 수 있도록 다양한 지식의 습득과 지역사회간호를 체험할 수 있는 기회 제공, 둘째, 안락사에 대한 세계적인 흐름과 의료계, 학계 등의 전문가적 의견을 반영한 최신 지견을 지역사회간호학 교육과정에 적용할 수 있는 방법을 모색한다. 제III유형의 특성을 고려하여 첫째, 지역사회간호학 전공교과목 이수 전 지역사회간호와 연계된 비교과 교육과정 개발, 둘째, 지역사회 치매예방 및 치매케어봉사활동단체와의 연계활동 등을 모색한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Future population projection 2015~2045 [Internet]. Seoul: Statistics Korea. 2017 [Cited 2019 August 6]. Available from <https://www.kostat.go.kr/wsearch/search.jsp>
2. Mastel-Smith B, Kimzey M, He Z. Dementia care education for nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2019;58(3): 136-143. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190221-03>
3. Mitchell G, McGreevy J, Carlisle S, Frazer P, Traynor M, Lundy H, et al. Evaluation of 'Dementia Friends' programme for undergraduate nursing students: Innovative practice. *Dementia (London, England)*. 2017;16(8):1075-1080. <https://doi.org/10.1177/1471301216638589>
4. Yordy BM, Pope WS, Wang CH. Canine outreach promoting engagement: The effect of meaningful activities on students' attitudes toward cognitively impaired older adults. *Nurse Educator*. 2019;44(2):102-105. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000549>
5. Kimzey M, Mastel-Smith B, Seale A. Effects of dementia-specific education for nursing students. *Nurse Educator*. 2019;44(6):338-341. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000623>
6. National Institute of Dementia. Dementia, today [Internet]. Seoul: National Institute of Dementia. 2019 [cited 2019 August 13]. Available from: https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx
7. Cipriani G, Di Fiorino M. Euthanasia and other end of life in patients suffering from dementia. *Legal Medicine*. 2019;40:54-

59. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2019.07.007>
8. Lin SK, Lo PC, Chen WC, Lai JN. Integrating traditional Chinese medicine healthcare into dementia care plan by reducing the need for special nursing care and medical expenses. *Medicine*. 2019;98(7):e14468. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014468>
9. Ha EH. Factors influencing educational needs for dementia in nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2018;19(3):353-363. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.3.353>
10. Halek M, Dichter MN, Quasdorf T, Riesner C, Bartholomeyczik S. The effects of dementia care mapping on nursing home residents' quality of life and staff attitudes: Design of the quasi-experimental study Leben-QD II. *BMC Geriatrics*. 2013;13:53. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-53>
11. Kwon MS, Lee JH. Analysis of knowledge, attitude and service requirements about dementia among nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2017;18(9):177-185. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2017.18.9.177>
12. Ha EH, Lee YM. Subjectivity toward nursing homes as perceived by undergraduate nursing students: Q methodology study. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2019;33(1):59-72. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2019.33.1.59>
13. Hovey S, Dyck MJ, Reese C, Kim M. Nursing students' attitudes toward persons who are aged: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2017;49:145-152. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.018>
14. Hsu MHK, Ling MH, Lui TL. Relationship between gerontological nursing education and attitude toward older people. *Nurse Education Today*. 2019;74:85-90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.12.007>
15. Bale L, Jenkins C. Nursing students' experiences of delivering dementia friends sessions to peers. *Nursing Older People*. 2018;30(6):32-37. <https://doi.org/10.7748/nop.2018.e1046>
16. Kimzey M, Mastel-Smith B, Alfred D. The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. *Nurse Education Today*. 2016;46:57-63. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.031>
17. Korean Nurses Association. Educational institution situation [Internet]. Seoul: Korean Nurses Association. 2019 [cited 2019 August 13]. Available from: http://www.koreanurse.or.kr/resources/nurse_edu.php
18. Beauvais A, Foito K, Pearlin N, Yost E. Service learning with a geriatric population: Changing attitudes and improving knowledge. *Nurse Educator*. 2015;40(6):318-321. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000181>
19. Park YH, Oh HY. Development and evaluation of a community based multifaced cognitive training program for the elderly with mild cognitive impairment. *Journal of Korean Academic Community Health Nursing*. 2019;30(2):119-129. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.2.119>
20. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Cordingley L. Q-methodology in nursing research: A promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research*. 2008;30(6):759-773. <https://doi.org/10.1177/0193945907312979>
21. Kim HK. Q methodology: Philosophy, theories, analysis, and application. Seoul: Communication Books; 2008. 499 p.
22. Paige JB, Morin KH. Q-Sample construction: A critical step for a Q-methodological study. *Western Journal of Nursing Research*. 2016;38(1):96-110. <https://doi.org/10.1177/0193945914545177>
23. Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: Lessons from Japan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97(8):570-574. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223057>
24. Jo SH, Kim EH. A Convergence study on the knowledge and attitudes of dementia partner nursing students on dementia. *Journal of The Korea Convergence*. 2018;9(7):317-323. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.7.317>
25. Poreddi V, Carpenter BD, Gandhi S, Chandra R, GandhiSuresh BadaMath S. Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective. *Investigacion y Education en Enfermeria*. 2015;33(3):519-528. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a16>
26. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):203. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>
27. Huang HL, Shyu YL, Weng LC, Chen KH, Hsu WC. Predictors of advance directives among nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(3):341-353. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001661>
28. Zou Y, Song N, Hu YB, Gao Y, Zhang YQ, Zhao QH, et al. Caregivers' attitude toward disclosure of Alzheimer's disease diagnosis in Urban China. *International psychogeriatrics*. 2017; 29(11):1849-1855. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001132>
29. Smith GE. Healthy cognitive aging and dementia prevention. *American Psychologist*. 2016;71(4):268-275. <https://doi.org/10.1037/a0040250>
30. Lee GE, Won KJ, Eun JH, Hyun DY, Hyung WK. The study on the Korean traditional medical treatment and system of collaborative practice between Korean traditional medicine and western medicine for dementia: Based on analysis of questionnaire survey in professional group. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2012;23(4):49-68. <https://doi.org/10.7231/jon.2012.23.4.049>