

일부 농촌 지역 치매노인 가족의 부양부담에 관한 연구

장 인 순*

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

노인인구의 연평균 증가율은 1960년대에는 전체 인구의 증가율과 유사하였으나, 1970년대에 이르러 증가율이 반전되기 시작하여 현재 3.5%의 연평균증가율을 보이고 있으며, 1990-2005년까지는 4.4%의 증가율을 보일 것으로 예상되고 있다(이가옥 등, 1990). 전체 인구 중 65세 이상의 노인인구에 관한 보건사회통계 연보(보건사회부, 1992)로 보면 1990년에는 5.0%로 다른 선진국에 비교하여 낮은 수준에 있으나 향후 급격한 증가가 예상되어 2000년에는 6.8%, 2010년에는 9.4%, 2020년에는 무려 13.1%로 예견 하였다.

이런 인구의 노령화 추세와 함께 노인에 대한 부양부담도 점차 증가할 것으로 예상되고 있다. 노인부양비(통계청, 1990) 측면에서 살펴보면, 1970년에는 5.7%, 1990년은 7.2%이었고 2020년에는 18.4%로 증가할 것으로 예상되고 있다. 특히 의학의 발달로 고령노인의 수가 증가하며 노인성·질환, 즉 만성 퇴행성 질환이 중요 보건문제가 된다.

치매는 노인인구가 급증하는 현대에 가장 대표적인 노인질환으로, 미국의 경우 전체 성인 사망 원인중 4번째를 차지할 정도이다(Bromley, 1989). 일반적으로 65

세이상 인구 중 10% 내외를 차지하며 나이가 5세 증가함에 따라 유병율이 2배가 되고 85세 이상에서는 약 50% 정도로 알려져 있다. 따라서 우리나라 65세 이상 치매노인 수는 현재 약 26만여명에 이를 것으로 추정할 수 있다. 이미 고령사회에 진입한 미국, 일본 등에서 노인인구의 증가와 함께 치매노인의 절대 수가 증가한 점을 근거로 볼때, 우리나라에서도 치매노인의 절대 수가 급격하게 증가할 것으로 예측된다. 또한 치매는 환자의 연령이 주로 피부양자층이라는 사회인구학적 특성과 증상의 심각성에 따라 다소 다르기는 하지만 환자의 기능 장애나 기억 및 행동상의 장애가 다른 질병과는 달리 심하므로 가족으로 하여금 24시간의 과중한 보호를 요구하게 되기에 치매로 인해 고통받고 있는 인구는 환자 본인과 가족을 포함하여 생각해야 할 것이다.

하지만 치매에 관한 인식이 낮아 아직도 치매를 정상적 노화과정의 일부로 간주하여 노년기에 이르게 되면 걸리게 되는 노인성 질환 정도로 인식하고 있다. 그리고 현행 노인복지제도에서도 치매노인의 보호를 위하여 1993-1994년도에 치매센터 4개소를 신축하는 등의 소극적인 대처방안만을 강구하고 있을뿐 치매노인의 보호와 부양을 가족이라는 비공식적 부양체계에 전적으로 의존하고 있는 실정이다(권중돈, 1994).

더구나 우리 사회의 급속한 산업화, 도시화로 전통적인 가족의 구조 및 기능이 점차 축소, 약화되어 왔다. 특

* 적십자 간호전문대학 외래강사

히 노인에게 대한 가족의 보호적 기능과 부양의식 및 태도가 변화되고 있어 가정에서의 노인보호 대책이 단지 가정의 문제가 아닌 사회적 문제로 대두되고 있다.

한편 도시화로 젊은층의 이동에 따라 군부가 시부에 비해 노인부양비가 높고 또한 상대적으로 노인문제가 심각할 것으로 볼 수 있다.

이렇듯 치매노인 가족의 부담감 완화방안과 치매노인의 체계적인 관리를 위한 기초조사가 필요하리라 본다. 또한 우리나라 치매노인 가족의 부담감에 관한 선행연구는 극소수가 있을 뿐이다.

이런 시점에 일부이지만 병원이 아닌 지역사회에, 도시에 비해 상대적으로 노인문제가 심각한 농촌지역에서 재가 치매노인 가족을 대상으로 부담감을 연구하여 부담감 정도와 이에 영향을 미치는 요인들을 분석하고 이것에 근거한 보건사업 대상자의 우선순위 선정 기준 및 관리 사업내용을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 치매노인의 질환특성 및 일상생활 수행 능력과 가족의 돌봄행위와 부담감을 파악하여 농촌지역 치매노인과 그 가족을 위한 보건사업의 기초자료를 제시하고자 한다.

첫째, 치매노인의 사회인구학적 특성, 질환이환 상태, 일상생활 수행 능력 수준 및 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 부담감 수준 및 내용을 분석한다.

둘째, 치매노인 중 우선관리 대상 선정 기준 및 관리 사업내용을 제시한다.

3. 용어 정의

치매노인은 65세 이상의 노인으로서 치매로 의사의 진단을 받고 치료 및 관리를 받고 있거나 받았던 자를 의미한다. 가족원은 이들 환자와 동거하며 환자를 일차적으로 돌보는 가족을 말한다. 일상생활 수행 능력은 일상생활에서 일어나고 있는 평범한 활동을 독립적으로 이행하는 정도인 신체적 기능 정도와 생활주변에서 이용해야 하는 생활수단들을 얼마나 독립적으로 이용할 수 있는가를 평가하는 일상생활 수단 활용능력을 의미하는 것으로, 본 연구에서는 Lawton(1971)의 도구를 사용하여 측정한다. 가족부담감은 가족원이 돌보는 대상이 노인이나 만성환자가 있는 특정상황에서 가족원이 영향을 받아 주관적으로 지각하는 신체적, 심리적, 사회적, 경

제적 문제들과 관련해서 경험하는 어려움을 의미한다. 본 연구에서는 시간에 대한 부담감, 자기발전에 대한 부담감, 신체적 부담감, 사회적 부담감, 정서적 부담감, 재정적 부담감의 6개 영역으로 구분하여 측정한다.

II. 문헌고찰

1. 치매의 개념

치매(dementia)란 용어는 원래 '정신이 나갔다' 혹은 '제 정신이 아니다'라는 의미의 라틴어 dement에서 유래된 것으로, 이 용어가 사용된 것으로 최근으로 이전까지는 '노망'이라는 표현을 주로 써왔다. 세계보건기구(WHO)의 ICD-10분류에 의하면, 치매란 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 피질기능(higher cortical function)의 다발성 장애로 일컬어진다(우종인, 1994).

치매는 기억력과 여러 가지 지적기능을 상실하는 만성적인 진행성, 퇴행성 뇌질환으로 인한 임상증후군으로서 하나의 특정한 질환이나 진단에 대한 명칭이 아니라 여러 가지 원인질환에 의해 발생하는 뇌기능의 전반적인 저하상태를 뜻한다. 즉 치매는 어떤 특정 질환이 아니고 치료가 가능한 원인을 찾아내기 위해 적극적인 노력이 필요한 하나의 증후군으로 이해해야 하는 것이다(한설희, 1992). 현재까지 알려진 치매의 주요 원인들로는 원인 불명이 48%, 알콜성 치매가 10%, 다발성 경색 치매가 9%, 가성 치매가 7%, 정상압 뇌수종이 6%, 두뇌장내 종양이 5% 등의 순인 것으로 나타나고 있다. 원인 불명의 치매는 주로 알쯔하이머형 치매를 의미하며, 알콜성 치매는 Korsakoff 증후군으로 알려져 왔다. 또한 각종 산업재해 및 교통사고 등으로 인한 외상후 치매도 주요 원인으로 지적되고 있다(권중돈, 1994). 치료방법은 현재까지 특별히 없으나 그나마 환자에게 도움을 줄 수 있는 부분은 환자에게 나타나는 불안, 망상, 초조, 불면, 행동장애 등 2차적 정신증상에 대한 약물 치료이며, 현재 치매 약물치료의 주종을 이루고 있다(윤도준, 1994).

치매의 증상은 원인질환의 속성에 따라 매우 다양하지만 핵심적인 증상은 단기기억장애, 장기기억장애, 계산능력장애, 지남력장애, 추상적 사고능력의 장애, 인격의 붕괴이며, 주변적 증상으로는 흥분, 공격적 행동, 망

상, 환각, 인물오인, 이식 등의 섭식장애, 불결행동, 야간불면, 우울, 성적 이상행동, 수집癖 등이 있다. 일개 군 지역에 거주하는 치매노인 100명을 대상으로 한 연구에서 가족들이 경험하는 치매노인의 증상은 괴상한 행동, 반복행위, 불결, 기본변덕(짜증, 화), 가리지않고 먹음, 수족떨림, 혼자 중얼거림, 반복언어, 거부, 동문서답, 횡설수설, 수면장애, 의심, 억측 등 이었다(홍여신 등, 1994).

치매의 정도 평가는 DSM-III-R 분류에 의한 정도, 중등도 및 중증과 좀 더 세밀히 평가하는 임상적 치매 평가표(Clinical Dementia Rating Scale, CDR Scale)를 들 수 있는데, 이는 기억력, 지남력, 판단력, 사회활동, 취미활동 및 개인관리 등의 6가지 항목에서 각각의 단계를 표시한 다음 이를 다시 종합하여 치매의 정도를 평가하는 것이다(Hughes, 1982).

우리나라의 65세 이상 노인을 대상으로 한 박종한 등(1991)의 역학조사에서 유병률은 10.8%로 나타났고, 본 연구 대상 지역의 연구결과는 노인 1,691명 대상으로 유병률 9.4%였고, 75세 이상에서 호발하는 양상을 보였다. 치매의 유형별로는 알츠하이머형 치매가 4.4%, 뇌혈관성 치매는 2.4%를 차지했다. 치매노인 중 다른 사람의 도움이 필요한 상태인 중등도 내지 고도 치매는 65세 이상 인구의 3.4%를 차지하였다(유근영, 1994).

2. 치매가족의 부양부담

노년기에 이르러 심신의 기능이 손상되고 일상생활을 영위하는데 도움이 필요해 지면 동서양을 막론하고 그 보호의 책임을 가족이 맡게 된다. 하지만 심신의 기능이 손상된 노인을 돌보는 것은 보호자의 상당한 시간적 희생과 생활을 요하며, 신체적 간호를 비롯한 여러가지 힘든 역할을 수행해야 하기에 아무리 노인과 보호자의 유대가 깊다 해도 보호에 따르는 정신적, 육체적 부담이 불가피하다(이인정, 1989).

우리 나라에서의 치매환자는 유교적 전통에 따라 가정에서 모시는 것이 일반화되어 왔다. 지역사회 주민은 물론 지역 보건의료인들에게도 치매는 '늙으면 으레 걸리는 것'이고 '가정에서 해결해야 하는 문제'로 인식되고 있는 실정이다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994).

그러나 치매환자의 부양자는 환자의 가장 중요한 지지체인 동시에 '숨겨진 희생자'이며, 치매의 '2차적 희생자'로 불리기도 한다. 또한 문제행동에 대한 부담감이

끝나게 되는 시점이 되면, 결국 와병상태로 진행하여 또 다른 부담감을 가족들에게 안겨주는 치매 질환의 특성으로 인해 '길고 긴 이별(a long good-bye)'이나 '끝나지 않은 죽음(Unending death)'으로 불리기도 한다(Howard, 1988).

부양부담을 Zarit 등(1986)은 치매노인의 행동이나 기능변화와 같은 상황 및 사건과 관련하여 부양자가 경험하게 되는 정서적 안녕, 신체적 건강, 사회생활, 재정상의 어려움과 불편감의 정도로 설명했다. Novak과 Guest(1989)는 부양의 결과 또는 영향이 부양부담으로 나타난다고 하며, 치매가족에 대한 면접과 기존 연구문헌에 근거를 두고 추출한 24개의 문항으로 구성된 부양부담척도를 개발하였다. 그 척도는 시간, 발달, 신체적, 사회적, 정서적 부담의 5개 차원으로 나뉜다.

이런 치매노인가족의 부양부담을 측정하기 위한 다양한 도구들의 개발 연구(Zarit 등, 1980; Thomson 등, 1982; Robinson, 1983; Lawton 등, 1989; Kinney 등, 1989; Novak 등, 1989; Vitaliano 등, 1991)와 함께 부양부담에 영향을 미치는 요인들을 설명하고자 하는 연구도 활발한다.

Zarit 등(1980)이 29명의 치매 배우자 부양자를 대상으로 부담감을 측정한 결과 유의한 변수로 인지장애의 범위, 기억, 행동장애, 기능정도, 가족방문수를 들었다. Zarit 등(1986)과 Fitting 등(1986)은 38명, 54명의 치매 배우자 부양자를 대상으로 부담감 측정 결과 모두 여자에서 유의하게 높게 나타났다. Novak 등(1989)은 107명의 치매 가족원을 대상으로 연구하여 입원치료, 배우자 유무가 부담감에 유의한 결과를 나타냈다고 보고했다. 김윤정(1993)은 56명의 치매노인가족을 대상으로 연구하여 기억 행동장애와 보호시간, 장애기간, 배우자 지지, 노인 기능장애, 환자와 관계가 부담감에 유의한 영향을 준다고 보고했다. 이렇듯 치매노인의 부양과 관련하여 환자의 기능장애, 인지적 기능, 증세의 심각성, 보호시간 등과 가족의 건강수준, 환자와의 관계, 경제적 수준, 가족의 규모 등이 부담감에 영향을 준다고 설명한다. 치매의 심각성은 부담감과 상관이 없다는 보고가 있으며(Zarit, 1980; Zarit, 1982), 심지어는 증세가 심각할 수록 부양자의 좌절감이 낮아진다는 연구도 있다(Motenko, 1989). 이는 증세가 심각할 수록 반드시 보호시간이 증가하지는 않기 때문이라고 해석(Zarit, 1986)하고 있다. 그러나 일반적으로 치매가 진행되면서 인지적 기능, 일상생활 동작능력의 저하가 부양부담을 증가시키는 요인이 된다(Berbman 등, 1993;

Pratt 등, 1986 ; Skaff 등, 1992). Vitaliano 등(1991)은 치매정도와 유병기간이 부양부담과 직선적 상관관계가 있는 것이 아니라 곡선적 상관관계가 있다고 설명한다. 즉, 치매 초기단계에서부터 점차 증가하기 시작한 부양자의 부양부담은 문제행동이 가장 심하게 나타나는 중간단계에서 가장 높으며 이후 점차 감소하는 곡선적 상관관계를 지니고 있다는 것이다.

일반적으로 치매환자를 돌보는 가족은 만성적인 피로와 분노, 우울과 가족간의 갈등, 사회적 활동의 제한(친구상실, 취미활동 제한), 건강상의 문제 유발(신체질환, 피로, 수면부족, 시간부족, 건강염려, 불안 등), 새로운 역할과 책임에 대한 수용의 어려움, 죄책감, 경제적 어려움 등을 나타낸다(Peter 등, 1982 ; George 등, 1984 ; Pratt 등, 1985 ; Chenoweth 등, 1986 ; Cantor 등, 1986).

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 가정에 거주하는 치매노인의 가족 부담감을 기술하고 가족 부담감에 영향을 미치는 요인을 분류하여 사업 대상자의 우선순위를 정하여 사업추진에 단계적 접근을 할 수 있도록 하는 기술적 연구이다.

2. 연구대상

농촌의 일개 군지역에서 1992-1993년에 걸쳐 치매 역학조사를 통해 밝혀진 치매노인 중에서 사전 전화방문을 통해 사망자와 전출자 및 전화방문이 불가능한 대상자를 제외하고, 군 의료원 신경정신과를 통해 관리되고 있는 치매노인, 보건진료소에서 의뢰받은 3명의 치매노인들을 포함하여, 총 60명의 환자 가족을 대상으로 하였다. 대상자 선정기준은 치매노인과 동거하면서 1차적으로 돌보는 가족으로 문장을 이해할 수 있고, 질문에 응답한 가족으로 하였다.

본 연구지역의 치매 역학조사 결과는 65세 이상 노인 1,691명을 대상으로 9.4%의 유병율을 나타내었는데, 현재(94년) 연구지역의 군 인구는 약 56,000명이고 65세 이상 노인인구비가 7%인 점을 감안하면 368명의 치매노인이 있을 것으로 예상된다. 그 중 본 연구 대상수 60명은 치매노인의 16.3%에 해당된다고 추정할 수 있다.

3. 연구도구

본 연구의 도구로는 구조화된 질문지를 사용하였다. 가족 부담감을 조사하기 위해 Novak(1989)과 Zarit 등(1979)의 도구를 번역, 수정 보완하여 총 29문항을 사용하였고, 치매 질병정도는 Hughes Scales(1982) 번역하여 사용하였고, 일상생활 수행 능력은 Lawton(1971)의 도구 총 15문항을 사용하였고, 환자돌봄행위는 예비조사 및 문헌고찰(이, 1993 ; 장, 1990 ; 유, 1982)을 통해 영양, 배설, 세척, 위생, 운반, 이송, 투약, 의사소통, 간호보조, 운동과 기타의 9개 영역의 31문항과 그의 돌봄행위 시간, 가장 힘든 것, 도움을 필요로 하는 것의 3문항 추가로 총 34문항을 사용하였다. 가족 부담감 도구의 전체 신뢰도는 Cronbach's Alpha 값=0.98이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료는 1994년 6월 10일부터 10월 8일까지 농촌의 일개 군지역에 거주하는 치매노인 가족을 전화방문, 가정방문을 통해 구조화된 설문지를 이용하여 연구자가 약 30분에서 1시간 정도의 면접을 실시하여 총 60명을 조사하였다.

5. 연구수행단계

첫번째, 특성 및 부담감 수준을 분석한다.

수집된 자료는 부호화하여 SAS(Statistic Analysis System)를 이용하여 전산처리하였다. 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA, 다단계 다중회귀분석을 실시하였다. P값이 0.05이하 일때 유의하다고 보았다.

두번째, 대상자의 우선순위 설정 기준을 개발하여 대상자의 수, 특성을 파악한다.

그 기준은 다음과 같다.

- ① 가족 부담감 : 58점 이상(범위 0-116점)
- ② 치매 질병정도 : 중등도 이상(단계 : 의심-경중-중등중-중중)
- ③ 일상생활 수행 수준 : 중등도 이상(단계 : 경중-중등중-중중)
- ④ 환자 돌봄행위 : 환자 돌봄행위 시간이 8시간 이상
- ⑤ 분석결과에 기초하여 가족 부담감에 의미있게 영향을 주는 요인들을 고려하여 정한다.

세번째, 관리사업 내용별 그 기준 및 대상수를 파악한다.

6. 연구의 제한점

- 1) 연구대상을 일개 군지역에서 치매노인의 일부 가족만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하는 데는 신중을 기해야 할 필요성이 있다.
- 2) 연구에 사용한 도구가 외국에서 개발된 것이므로 우리나라 사람들에게 그대로 적용하는 것으로 인해 결과에 차이가 있을 수 있겠다.

IV. 연구결과

1. 조사 대상자의 특성 및 부담감 수준

1) 환자의 일반적 특성 및 질병 특성

환자의 성은 여자가 58.3%로 남자 보다 많았고, 연령은 평균 연령이 79.64세(표준편차 7.49)이며, 75-79세가 30.0%로 가장 많았다<표 1>.

환자의 중증도는 경중 25명, 중중중 23명, 중중 12명 이었고, 유병기간은 평균 4.63년(표준편차 4.07)으로 1-5년미만이 60.0%(36명)로 가장 많았다. 질병관리상태는 전혀 치료하지 않음이 73.3%(44명), 다른 질병이 있는 경우가 53.3%, 입원횟수는 평균 0.80회(표준편차 2.30)로 나타났다<표 2>.

2) 환자 가족의 특성

가족의 성은 여자가 83.3%로 환자를 돌보는 가족이 주로 여성임을 알 수 있고, 연령은 평균 54.05세(표준편차 15.16)이고, 환자와의 관계는 며느리 41.7%, 아내 28.3%, 자녀 25.0%이고, 환자이의 만성질환자가 있는 경우가 33.3%이고, 건강상태가 나쁜 경우가 40.0%나 되었다. 간호기간은 평균 4.47년(표준편차 4.01)이고, 환자예후에 대한 생각은 대부분(98.3%) 부정적인 견해를 나타냈다<표 3>.

3) 치매노인 돌봄행위 및 일상생활 활동 기능장애와 가족 부담감

(1) 치매노인 돌봄행위

치매노인의 돌봄 행위와 그 빈도를 알아본 결과 목욕(61.7%), 머리감기(58.3%), 손발톱 깎기(55.0%), 머리정돈(53.3%), 세수(40.0%) 및 옷입고 벗기(33.3%)의 위생 항목과 용변후 처리(35.0%), 대소변 보조(33.3%)의 배설, 세척 항목과 '필요한 것을 가까운 곳에 마련해줌'(71.7%), 잔심부름(63.3%)의 기타 항목을 주로

<표 1> 환자의 일반적 특성특성

특성	구분	실수	백분율(%)
성	남 자	25	41.7
	여 자	35	58.3
연 령	65-69세	6	10.0
	70-74세	8	13.3
	75-79세	18	30.0
	80-84세	12	20.0
	85-89세	9	15.0
	90세 이상	7	11.7
평균(표준편차)=79.62(7.49)			
교육정도	대학교 이상	1	1.7
	고등학교	0	0.0
	중학교	0	0.0
	국민학교	3	5.0
	무 학	56	93.3
결혼상태	기 혼	25	41.7
	별 거	22	36.7
	사 별	13	21.7
종 교	기독교	5	8.3
	불 교	2	3.3
	천주교	1	1.7
	무 교	52	86.7
직 업	무	52	86.7
	주 부	2	3.3
	농 업	6	10.0
총		60	100.0

<표 2> 환자의 질병 특성

특성	구분	실수	백분율(%)
중증도	경 중	25	41.7
	중중중	23	38.3
	중 중	12	20.0
유병기간	1년미만	2	3.3
	1-5년미만	36	60.0
	5-10년미만	14	23.3
	10년이상	8	13.3
	평균(표준편차)=4.63(4.07)		
질병관리상태	정기적 치료	8	13.3
	필요시 치료	8	13.3
	전혀 치료하지 않음	44	73.3
다른 질병 유무	유	32	53.3
	무	28	46.7
입원횟수	0회	41	68.3
	1-2회	14	23.3
	3-4회	3	5.0
	5회이상	2	3.3
	평균(표준편차)=0.80(2.30)		
총		60	100.0

〈표 3〉 가족의 특성

특성	구분	실수	백분율
성	남	10	16.7
	여	50	83.3
	연 령	30세미만	1
	30-39세	11	18.3
	40-49세	12	20.0
	50-59세	14	23.3
	60-69세	10	16.3
	70세이상	12	20.0
	평균(표준편차) = 54.05(15.16)		
교육정도	고등학교	9	15.0
	중학교	13	21.7
	국민학교	13	21.7
	무 학	25	41.7
결혼상태	기 혼	50	83.3
	미 혼	5	8.3
	이 혼	3	5.0
	별 거	1	1.7
	사 별	1	1.7
종 교	기독교	11	18.3
	불 교	7	11.7
	천주교	1	1.7
	무 교	41	68.3
월수입	20만원이하	4	6.7
	20-50만원	30	50.0
	51-100만원	21	35.0
	101-150만원	3	5.0
	151만원이상	2	3.3
	평균(표준편차) = 62.75(43.07)		
의료보장	의료보험	50	83.3
	의료보호	10	16.7
직 업	무	9	15.0
	주 부	20	33.3
	농 업	23	38.3
	판매서비스	2	3.3
	생산노무직	5	8.3
	학 생	1	1.7
환자와의 관계	아 내	17	28.3
	남 편	2	3.3
	며느리	25	41.7
	자 녀	15	25.0
	손 주	1	1.7
환자이의	유	20	33.3
만성질환자	무	40	66.7
함께 도와	유	33	55.0
주는 사람	무	27	45.0

특성	구분	실수	백분율
도와주는 정도	약간 도움	3	13.0
	보통 도움	23	71.0
	많은 도움	6	13.0
	매우 많은 도움	1	3.0
건강상태	나쁘다	24	40.0
	보 통	15	25.0
	좋 다	21	35.0
간호기간	1년미만	3	5.0
	1-5년미만	36	60.0
	5-10년미만	13	21.7
	10년이상	8	13.3
	평균(표준편차) = 4.47(4.01)		
환자 예후에 대한 생각	더 나빠질 것	21	35.0
	반복할 것	11	18.3
가족형태	지금 이대로	27	45.0
	완쾌될 것	1	1.7
	노부부가구	18	30.0
	자녀가족과 동거	33	55.0
	배우자자녀가족동거	9	15.0
가족 발달 단계	출산기	0	0.0
	학령전기	1	1.7
	학령기	3	5.0
	10대	1	1.7
가족 분위기	진수기	7	11.7
	중년기	0	0.0
	노년기	48	80.0
	자유, 개방적	27	45.0
	엄격, 보수적	7	11.7
	때에 따라 다름	26	43.3
가족수	2명	23	38.3
	3명	9	15.0
	4명	7	11.7
	5명	5	8.3
	6명이상	16	26.7
	평균(표준편차) = 3.92(2.04)		
환자와 친밀정도	매우 좋지 않음	2	3.3
	좋지 않음	15	25.0
	보 통	23	38.3
	좋 음	19	31.7
	매우 좋음	1	1.7
총		60	100.0

실시하고 있었다(표 4).

한편 Hughes Scales(1982)에 의한 중증도 평가에서 일상생활에 있어서의 도움이 필요한 중등도, 중증 환자가 총 35명에 이르는 데에 비해 냉온찜질, 마사지, 관절

운동 등의 항목은 전혀 실시하고 있지 않은 것으로 조사되어 이 부분에 대한 가족의 교육이 필요한 것으로 나타났다. 또한 식이요법 시행(1명), 관장(1명), 좌욕(1명) 등도 매우 부족한 것으로 보인다.

(2) 치매노인을 돌보며 지내는 시간

노인을 돌보며 하루 평균적으로 노인과 함께 지내는 시간으로는 3~4시간 정도가 45.0%, 약 8시간 정도가 21.7%, 거의 하루 종일 함께 지내는 것이 25.0%, 반나절 정도가 8.3%로 나타나고 있다. 환자 돌봄 행위 시간이 8시간 이상 되는 경우를 우선 관리 대상으로 삼을 때,

55%가 이에 해당된다<표 5>.

<표 5> 치매노인을 돌보며 하루 평균적으로 함께 지내는 시간

구분	실수	백분율(%)
거의 하루 종일 함께 지낸다	15	25.0
반나절 정도 함께 지낸다	5	8.3
약 8시간 정도 함께 지낸다	13	21.7
3-4시간 정도 함께 지낸다	27	45.0
총	60	100.0

<표 4> 치매노인의 돌봄 행위의 유무 및 빈도

돌봄 행위 항목		총 대상자(60명)	
		실시함(%)	평균횟수
영양	식사보조(경구섭취)	16(26.7)	3.45/일
	식이요법 시행	1(1.7)	6.00/일
배설, 세척	용변후 처리	21(35.0)	4.86/일
	대소변 보조	20(33.3)	4.02/일
	좌약	3(5.0)	1.80/일
	구토물 처리	2(3.3)	2.40/일
위생	관장	1(1.7)	1.20/일
	목욕	37(61.7)	1.99/달
	머리감기	35(58.3)	1.47/주
	손발톱깎기	33(55.0)	2.85/달
	머리정돈	32(53.3)	0.84/달
	세수	24(40.0)	1.08/일
	옷입기, 벗기	20(33.3)	1.41/일
운반 이송	양치	18(30.0)	1.07/일
	좌욕	1(1.7)	4.20/일
	보행	19(31.7)	1.36/일
	외출시 동행	17(28.3)	0.99/일
	침대정리	15(25.0)	1.28/일
투약	침상 체위변경	7(11.7)	2.83/일
	휠체어 운전	1(1.7)	0.60/일
의사소통	투약보조	12(20.0)	2.15/일
	환자요구 전달	9(15.0)	1.80/일
간호보조	치료, 간호지시 내용 설명	6(10.0)	0.90/일
	욕창간호	3(5.0)	2.00/일
	냉·온 찜질	0(0.0)	0.00/일
운동	맛사지	0(0.0)	0.00/일
	수동 관절운동	1(1.7)	1.20/일
	능동 관절운동	0(0.0)	0.00/일
	필요한 운동 교육	0(0.0)	0.00/일
기타	필요한 것을 가까운 곳에 마련	43(71.7)	1.58/일
	간심부름	38(63.3)	1.85/일

주 : 평균 횟수는 실시하고 있는 대상자에 대한 평균 횟수임.

(3) 돌봄에 있어서 가장 힘든 내용

치매노인을 돌보는 데에 있어서 가장 힘든 내용을 개방형 질문으로 대상자당 3개까지 물었을 때, 가족들은 가장 힘든 내용으로 '이상 행위와 더 나빠지는 환자 상태'(26.3%), '계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것'(24.6%), '목욕과 세탁의 위생서비스'(19.3%), '대소변 처리와 관장과 같은 배설, 세척 행위'(14.0%) 등을 지적하였다<표 6>.

한편 치매노인을 돌봄에 있어서 가장 힘든 내용을 치매의 중증도에 따라 나뉘었을 때, 중등도와 중증 환자의 경우 '목욕과 세탁의 위생서비스'와 '이상 행위와 더 나빠지는 환자 상태', '계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것'이 많았다.

(4) 다른 사람이 도와주었으면 하는 내용

한 대상자당 도와주었으면 하는 내용을 3개까지 이야기하도록 개방형 질문을 하여 얻은 결과에 따르면, 치매노인의 가족들은 '위생서비스'(33.3%), 방문보건서비스(30.3%), 간호보조 서비스(12.1%), '의료기관에 의

뢰, 연결, 모시고 가는 것'(9.1%) 등을 도와주었으면 하는 내용으로 지적하였다. 그 외에도 경제적 지원, 영양(식사준비), 간호물품 구입, 간호지식 교육 등을 지적하였다<표 7>. 즉 치매노인 가족들이 부양을 위해 당장 지지를 필요로 하는 것은 입원이나 시설입소 등의 보다 높은 수준의 의료서비스이기 보다는 가정에서 부양하는데 도움을 줄 수 있는 위생서비스와 방문보건서비스 등을 필요로 하고 있음을 알 수 있다.

(5) 중증도별 일상생활 수행 능력의 장애

신체적 기능 정도(PADL)에 있어서는 전체적으로는 배변관리, 옷입기, 목욕이 크게 문제가 있는 항목이었는데, 중등도와 중증 치매환자의 경우 목욕, 배변관리, 옷입기에 장애가 컸으며, 중증의 경우 몸단장하기도 장애가 컸다.

일상생활 수단 활용능력(IADL)에 있어서는 약력기가 비교적 장애가 덜한 반면 거의 모든 기능에 장애도가 컸으며, 특히 중증 치매의 경우 거의 모든 항목에서 장애가 확인하였다<표 8>.

<표 6> 치매노인의 돌봄에 있어서 가장 힘든 내용과 대상자수 (단위 : 명)

돌봄 행위	경증	중등도	중증	계	%
위생(목욕, 세탁)	-	5	6	11	19.3
계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것	1	8	5	14	24.6
경제적 어려움	-	2	-	2	3.5
영양(식이요법, 식사준비)	1	1	1	3	5.3
환자 상태 변화(이상행위, 상태가 더 안 좋아짐)	2	7	6	15	26.3
배설, 세척(대소변 처리, 관장)	1	3	4	8	14.0
운반, 이송(체위변경, 의료기관에 모시고 가는 것)	-	2	-	2	3.5
기타(치료지시 사항 수행 및 설명, 심부름 등)	1	-	1	2	3.5
총	6	28	23	57	100.0

주 : 한 대상자당 3개까지 힘든 내용을 이야기하도록 개방형 질문을 하여 얻은 결과임. 다수 무응답이 있음.

<표 7> 다른 사람이 도와주었으면 하는 내용과 대상자수 (단위 : 명)

도움을 바라는 내용	경증	중등도	중증	계	%
위생서비스(목욕, 세탁)	1	5	5	11	33.3
경제적 지원	-	1	1	2	6.1
방문보건서비스	1	7	2	10	30.3
의료기관에 의뢰, 연결, 모시고 가는 것	-	2	1	3	9.1
간호보조(외출시 대신 환자를 봐주기 등)서비스	-	1	3	4	12.1
간호지식 교육	-	-	1	1	3.0
영양(식사준비), 간호물품 구입	-	-	2	2	6.1
총	2	16	15	33	100.0

주 : 한 대상자당 도와주었으면 하는 내용을 3개까지 이야기하도록 개방형 질문을 하여 얻은 결과임. 다수 무응답이 있음.

〈표 8〉 치매노인의 중증도별 일상 생활 활동의 기능장애

(단위 : 명, %)

특성	구분	경증(25)	중등도(23)	중증(12)	계(60)
신체적 기능 정도* (PADL)	보행(걸기)	2(8.0)	12(52.2)	6(50.0)	20(33.3)
	목욕	3(12.0)	20(87.0)	10(83.3)	33(55.0)
	방광기능(배뇨관리)	1(4.0)	10(43.4)	6(50.0)	17(28.3)
	장기기능(배변관리)	5(20.0)	19(82.6)	10(83.3)	34(56.7)
	옷입기	7(28.0)	15(65.2)	12(100.0)	34(56.7)
	식사하기	1(4.0)	15(65.2)	7(58.3)	23(38.3)
	기동하기	1(4.0)	7(30.4)	7(58.3)	15(25.0)
	몸단장하기	2(8.0)	10(43.4)	11(91.7)	23(38.3)
일상 생활수단 활용 능력* (IADL)	방청소(정리)	10(40.0)	18(78.3)	12(100.0)	40(66.7)
	식사준비	10(40.0)	18(78.3)	12(100.0)	44(73.3)
	약먹기(투약)	2(8.0)	12(52.2)	10(83.3)	24(40.0)
	차 타고 외출하기	13(52.0)	21(91.3)	12(100.0)	46(76.7)
	돈 관리하기	12(48.0)	21(91.3)	12(100.0)	45(75.0)
	전화받기	11(44.0)	22(95.7)	12(100.0)	45(75.0)
	장보기	9(36.0)	23(100.0)	12(100.0)	44(73.3)

*부분적 의존과 전적 의존자를 합한 숫자임.

(6) 가족 부담감

부담감 평균점수는 61.24점(표준편차 26.66)으로 보통 이상 수준이고, 각 부담감 요인별 평점은 시간에 대한 부담감, 자기발전에 대한 부담감, 신체적 부담감, 정서적 부담감, 재정적 부담감, 사회적 부담감의 순으로 나타났다<표 9>.

〈표 9〉 요인별 가족 부담감

요인	범위	평균	표준편차
시간에 대한 부담감	0-4	2.40	1.29
자기발전에 대한 부담감	0-4	2.20	1.29
신체적 부담감	0-4	2.08	1.23
사회적 부담감	0-4	1.50	0.85
정서적 부담감	0-4	2.02	1.20
재정적 부담감	0-4	1.77	0.95
총 평점	0-4	2.11	0.91

영역별 부담감 정도간의 상관관계를 보면 모든 영역들에서 유의한 높은 상관관계를 보였다<표 10>.

4) 치매노인의 특성에 따른 가족 부담감

치매노인의 중증도가 높아질수록 이에 따른 부담감도 높아지는 것으로 조사되었다. 치매노인의 가족들은 특히 자기발전에 대한 부담감, 시간적 부담감, 신체적 부담감, 정서적 부담감이 높은 것으로 분석결과 나타났다<표 11>. 질병관리상태에서는 통계적으로 유의하지는 않았지만 전혀 치료하지 않는 경우보다 오히려 정기적 또는 필요시 치료를 받는 경우 부담감이 더 높게 나타났다. 질병기간에서는 통계적으로 유의하지 않았지만 1년 미만, 10년이상, 5-9년, 1-4년의 순으로 부담감이 높게 나타났다. 즉 돌보는 역할을 맡게되는 초기에 역할의 모호성과 부적응으로 부담감을 높게 느끼고 있음을 볼 수 있다. 입원횟수에서도 통계적으로 유의하지 않았기

〈표 10〉 부담감 영역간의 상관 행렬표

영역	시간	자기발전	신체적	사회적	정서적	재정적
자기발전	0.69					
신체적	0.76	0.84				
사회적	0.55	0.59	0.69			
정서적	0.58	0.80	0.73	0.44		
재정적	0.59	0.68	0.66	0.50	0.59	
총점	0.84	0.91	0.91	0.73	0.83	0.79

(전부 P<0.001)

만 1-2회, 3-4회, 0회, 5회이상의 순으로 부담감이 높게 나타났다. 다른 질병 유무 및 협조자 유무에서도 동

계적으로 유의하지 않았지만 다른 질병이 있는 경우, 협조자가 없는 경우 부담감이 높게 나타났다.

〈표 11〉 치매의 중증도에 따른 가족 부담감

구분	시간 M±SD	자기발전 M±SD	신체 M±SD	사회 M±SD	정서 M±SD	재정 M±SD	총평점 M±SD
경 중	1.54±0.97	1.24±0.83	1.12±0.53	1.00±0.41	1.20±0.76	1.16±0.62	1.36±0.47
중등중	3.08±0.95	2.64±1.00	2.64±1.18	1.77±0.97	2.36±1.05	2.09±0.92	2.48±0.75
중 중	3.33±0.82	3.42±1.16	3.08±1.00	2.00±0.85	3.08±1.16	2.42±0.90	3.00±0.71
	F=11.21***	F=23.52***	F=22.45***	F=8.27***	F=17.01***	F=12.28***	F=30.52***

(*** : p<0.001)

〈표 12〉 가족특성에 따른 치매노인 가족의 부담감

특성	구분	시간 M±SD	자기발전 M±SD	신체 M±SD	사회 M±SD	정서 M±SD	재정 M±SD	총평점 M±SD
환자와의 관계	남편	2.50±2.12	1.50±0.71	1.50±0.71	1.50±0.71	1.00±0.00	1.50±0.71	1.76±0.74
	아내	2.82±1.29	2.41±1.37	2.64±1.41	1.88±1.17	2.24±1.20	2.00±1.12	2.46±1.06
	며느리	2.36±1.50	2.07±1.33	1.93±1.20	1.43±0.65	2.00±1.24	1.86±1.02	2.07±0.92
	자녀	2.20±1.08	2.28±1.24	1.92±1.04	1.32±0.63	2.04±1.21	1.60±0.81	1.99±0.76
	손주	0.00± .	0.00± .	0.00± .	0.00± .	0.00± .	1.00± .	0.45± .
		F=0.92	F=1.61	F=1.70	F=1.21	F=1.76	F=0.54	F=1.39
환자와의 관계#	배우자	2.79±1.32	2.32±1.34	2.53±1.39	1.84±1.12	2.11±1.20	1.95±1.08	2.39±1.04
	자녀	2.22±1.26	2.15±1.28	1.88±1.10	1.34±0.66	1.98±1.21	1.68±0.88	1.99±0.83
		t=1.58	t=0.46	t=1.79	t=1.81	t=0.39	t=0.93	t=1.46
건강 상태	나쁘다	2.79±1.38	2.75±1.26	2.63±1.24	1.83±1.05	2.50±1.29	2.25±0.90	2.56±0.89
	보통	2.40±1.12	2.20±1.26	2.13±1.06	1.53±0.52	2.13±1.25	1.40±0.77	2.07±0.78
	좋다	1.90±1.21	1.55±1.01	1.40±1.05	1.05±0.60	1.35±0.88	1.45±0.94	1.61±0.81
		F=1.48	F=6.34**	F=5.44**	F=3.31*	F=6.76**	F=5.60**	F=6.05**
간호 기간	1~	2.67±1.53	2.67±1.53	1.67±1.15	1.00±0.00	2.00±1.73	2.33±1.53	2.22±1.15
	1~5	2.29±1.41	2.11±1.39	1.91±1.25	1.40±0.81	1.94±1.26	1.66±0.91	2.02±0.96
	5~10	2.62±1.12	2.00±1.08	2.38±1.26	1.62±0.96	1.92±1.19	1.85±0.99	2.14±0.90
	10+	2.38±1.19	2.75±1.16	2.50±1.20	1.88±0.99	2.50±0.93	1.88±0.99	2.42±0.81
		F=0.52	F=1.90	F=0.56	F=0.99	F=0.53	F=0.85	F=0.68
환자와의 친밀정도	1	4.00±0.00	3.50±0.71	3.50±0.71	3.00±1.41	3.50±0.71	2.50±0.71	3.45±0.49
	2	3.00±1.13	3.47±0.74	3.13±1.06	2.07±1.03	2.93±0.88	2.20±0.86	2.87±0.58
	3	2.09±1.20	1.83±1.07	1.65±1.03	1.22±0.52	1.78±1.13	1.57±0.79	1.83±0.72
	4	2.00±1.33	1.56±1.20	1.61±1.09	1.17±0.62	1.44±1.10	1.56±1.15	1.70±0.95
		F=3.17*	F=10.16***	F=5.88***	F=5.80***	F=5.46**	F=1.81	F=7.16***
환자 예후	1	2.76±1.37	2.71±1.27	2.52±1.21	1.81±0.98	2.52±1.33	2.24±0.83	2.53±0.90
	2	2.82±1.25	2.55±1.21	2.72±1.19	1.82±0.98	2.18±1.08	1.90±0.94	2.39±0.91
	3	2.0 ±1.14	1.70±1.17	1.52±1.01	1.15±0.53	1.59±1.01	1.37±0.88	1.71±0.76
	4	1.00± .	1.00± .	1.00± .	1.00± .	1.00± .	1.00± .	1.00± .
		F=2.00	F=2.74	F=4.31*	F=2.87*	F=2.21	F=3.66*	F=4.08*
성	남자	2.50±1.58	1.70±1.34	1.70±1.16	1.40±0.70	1.60±1.35	1.90±0.88	1.95±0.98
	여자	2.38±1.24	2.30±1.27	2.16±1.23	1.52±0.89	2.10±1.16	1.74±0.96	2.15±0.90
		t=0.23	t=-1.31	t=-1.13	t=-0.47	t=-1.09	t=0.52	t=-0.59

(*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

주 : 환자와의 친밀정도(1 : 매우 좋지 않음, 2 : 좋지 않음, 3 : 좋음, 4 : 매우 좋음)

환자예후(1 : 더 나빠질 것임, 2 : 반복할 것임, 3 : 지금 이대로 일 것임, 4 : 완쾌될 것임)

환자와의 관계#(배우자 : 남편과 아내, 자녀 : 며느리, 자녀, 손주)

5) 가족의 특성에 따른 가족 부담감

치매노인과의 관계에서 부양자가 아내이거나 며느리 일 경우 부담감이 높은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 이를 다시 배우자와 자녀로 나누어 보면 자녀보다 배우자가 더 높은 부담감을 나타내고 있다. 이러한 결과는 배우자가 혼자서 치매노인의 부양을 전담해야 하는 경우가 많기에 도와주거나 지지해 줄 가족이 없기 때문이라 할 수 있을 것이다. 성에 따라서는 통계적으로 유의하지는 않았으나 여자가 전반적으로 영역별로는 자기발전, 신체적, 사회적, 정서적 부담에서 높게 나타났다. 건강상태가 나쁠수록 부담감이 높았으며 통계적으로 유의하였고(F=6.05, p<0.01), 환자의 친밀 정도가 나쁠수록 부담감이 높았다(F=7.16, p<0.001). 간호기간과 부담감과는 통계적으로 유의하

지 않았다(표 12).

6) 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따른 가족 부담감

돌봄시간(F=19.64, p<0.001)이 길수록 대체적으로 높았고, 돌봄 행위 빈도(F=5.31, p<0.01)는 신체적 부담 영역에서 통계적으로 유의하게 나타났고, 일상생활 기능 정도(F=5.43, p<0.01)는 시간 부담 영역에서, 신체 기능 정도(F=6.14, p<0.01)가 장애가 심할수록 부담감이 높았고 일상생활 수단 활용능력(F=0.52, p>0.05)은 통계적으로 유의하지는 않았다(표 13).

가족 부담감 정도가 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따라 달라지는지 확인하기 위해 상관분석한 결과는 상관관계를 나타냈다(표 14).

<표 13> 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따른 가족 부담감

특성	구분	가족 부담감						
		시간 M±SD	자기발전 M±SD	신체 M±SD	사회 M±SD	정서 M±SD	재정 M±SD	총평점 M±SD
돌봄 시간	하루종일	3.67±0.72	3.13±1.13	3.13±0.92	2.13±1.06	2.67±1.29	2.53±0.92	2.98±0.74
	반나절	2.40±0.89	3.00±1.00	1.80±0.84	1.80±0.84	2.40±1.14	1.40±0.55	2.30±0.58
	8시간	2.92±1.04	2.69±1.18	2.85±1.28	1.62±0.77	2.62±1.12	2.15±0.90	2.52±0.74
	3-4시간	1.44±0.93	1.30±0.82	1.19±0.56	1.04±0.44	1.30±0.78	1.22±0.64	1.40±0.49
		F=18.08***	F=11.61***	F=17.31***	F=6.68***	F=6.64***	F=9.30***	F=19.64***
돌봄행위 (회/일)	0-5	1.74±1.11	1.50±1.02	1.26±0.75	1.03±0.39	1.53±1.05	1.38±0.74	1.57±0.65
	빈도 6-10	2.75±1.28	2.88±1.13	3.00±0.93	1.75±0.71	2.25±1.16	2.25±1.04	2.52±0.79
	11-15	3.20±0.84	2.40±0.89	2.80±0.84	2.20±0.45	2.20±0.84	1.60±0.55	2.40±0.32
	16-20	3.00±1.00	3.33±1.15	2.33±0.58	1.67±0.58	2.67±1.15	2.00±1.73	2.68±0.68
	21이상	3.80±0.42	3.60±0.70	3.70±0.48	2.50±1.18	3.20±1.03	2.70±0.67	3.33±0.47
	F=1.15	F=1.28	F=5.31**	F=1.67	F=0.85	F=1.76	F=2.31	
일상생활 기능정도	0점	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.80±0.45	0.83±0.47
	1-8점	1.17±0.58	1.42±1.00	1.25±0.45	1.00±0.00	1.25±0.62	1.33±0.65	1.39±0.41
	9-16점	2.57±0.98	1.95±1.07	1.76±1.00	1.29±0.46	1.95±1.12	1.52±0.68	1.98±0.60
	17-30점	3.32±0.99	3.23±0.92	3.18±0.91	2.18±0.96	2.82±1.05	2.45±0.96	2.94±0.67
	F=5.43**	F=1.29	F=1.15	F=0.90	F=1.26	F=1.25	F=2.43	
신체기능 정도	0점	1.29±0.70	1.10±0.77	1.00±0.45	0.95±0.38	1.10±0.70	1.10±0.54	1.25±0.44
	1-5점	2.56±1.15	2.17±1.10	1.94±1.00	1.28±0.46	2.10±1.11	1.78±0.73	2.09±0.57
	6-9점	3.20±1.30	3.40±0.89	3.00±1.00	2.00±0.71	2.60±1.14	2.60±1.14	2.88±0.61
	10-16점	3.50±0.73	3.31±0.79	3.38±0.72	2.31±1.01	3.00±0.97	2.38±0.96	3.05±0.60
		F=4.31**	F=4.65**	F=5.67**	F=1.49	F=2.67*	F=1.42	F=6.14**
일상생활 수단활용 능력	0점	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.60±0.55	0.80±0.45	0.83±0.47
	1-4점	1.29±0.76	1.71±1.25	1.29±0.49	1.00±0.00	1.43±0.79	1.43±0.79	1.53±0.50
	5-8점	1.33±0.82	1.17±0.41	1.33±0.52	1.00±0.00	1.00±0.00	1.17±0.41	1.29±0.26
	9-14점	2.95±1.06	2.62±1.19	2.50±1.19	1.76±0.88	2.43±1.15	2.02±0.95	2.48±0.80
	F=0.26	F=0.78	F=0.05	F=0.09	F=0.77	F=0.35	F=0.52	

(*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

7) 가족 부담감에 영향을 주는 변수의 다단계 다중회귀분석

앞서 살펴본 각 변수가 가족 부담감 정도에 영향을 미치는 정도를 보기 위해 다단계 다중회귀분석을 이용하여 분석한 결과, 가족 부담감과 관련된 주요변수는 일상생활 기능정도, 치매 정도, 환자와의 친밀 정도, 환자와의 관계가 가족 부담감에 영향을 미치며, 가족부담감 변이의 79%가 설명되었다<표 15>.

<표 14> 돌봄시간, 일상생활 기능 정도와 가족 부담감의 상관행렬표

상관관계	가족 부담감	돌봄시간	일상생활 기능정도	신체적 기능정도
돌봄시간	0.69			
일상생활기능정도	0.77	0.66		
신체적기능정도	0.80	0.67	0.84	
일상생활수단활용능력	0.60	0.54	0.87	0.55

(전부 P<0.001)

<표 15> 치매노인의 경우 가족 부담감에 영향을 주는 변수의 다단계 다중회귀분석

변수	Partial R2	Model R2	F	Prob>F
일상생활기능정도	0.7021	0.7021	134.3290	0.0001
치매정도	0.0393	0.7414	8.5044	0.0051
환자와 친밀정도	0.0325	0.7739	7.9169	0.0068
환자와 관계	0.0230	0.7969	6.1104	0.0166

2. 대상자의 우선순위 설정 기준에 근거한 관리 대상자수

앞서 제시한 가족부담감, 일상생활 수행 수준, 돌봄시간, 치매 정도에 따라 총 60명의 환자에 대해 우선 대상자를 선정한 결과는 <표 16>와 같다. 이에 따르면 일상생활 수행 수준(중등도 이상)을 평가한 항목에서 대상자수가 가장 많아 전체 60명 대상자의 71.7%에 이르렀으며, 가족 부담감(58점 이상)에 따른 대상자수가 가장 적어 51.7%를 보였다. 일상생활 수행 수준을 제외하

<표 16> 우선 순위 설정 기준에 근거한 치매노인의 중등도별 대상자수 (단위 : 명,%)

	경중(25)	중등도(23)	중중(12)	계(60)
부담감 수준(58점 이상)	1(4.0)	18(78.3)	12(100.0)	31(51.7)
일상생활수행수준(중등도 이상)	8(32.0)	23(100.0)	12(100.0)	43(71.7)
돌봄시간(8시간 이상)	2(8.0)	19(82.6)	12(100.0)	33(55.0)
치매 정도(중등도 이상)	- (0.0)	23(100.0)	12(100.0)	35(58.3)

면 나머지 3가지 설정 기준에 따른 대상자는 평균 50~60%선이었다.

우선 순위 설정 기준의 수에 따라 대상자를 재분류한 결과, 경중의 치매노인은 우선 순위 설정기준에 들지 않거나(60.0%) 대체로 기준 1, 2개에 해당되었다. 중등도의 경우 기준 4가지를 모두 만족시키는 경우는 전체 중등도 치매노인의 70.0%(16/23)에 이르렀고, 중중의 경우는 모두 우선 순위 설정 기준 4가지를 모두 만족시

켰다<표 17>.

3. 관리사업 내용별 대상자 선정 기준 및 대상자수 추정

본 연구지역의 유병률 조사결과에 따른 치매노인수를 추정하면 다음과 같다<표 18>.

<표 17> 우선 순위 설정기준에 근거한 대상자 분류 (단위 : 명,%)

	경중(25)	중등도(23)	중중(12)	계(60)
기준 1개 해당자	8	-	-	8
기준 2개 해당자	2	3		5
기준 3개 해당자	-	4		4
기준 4개 해당자	-	16	12	28
계	10(43.4)	23(92.0)	12(100.0)	45(75.0)

<표 18> 치매노인수 추정 (단위 : 명,%)

	경중	중등중	중중	계
연천군 인구(명)*				56,000
노인인구비(%)*				7
치매유병률(%)**				9.4
치매의 중등도(%)**	64.7	23.6	11.7	100.0
중중도별 유병률(%)**	6.1	2.2	1.1	9.4
추정 치매노인수(명)	238.4	87.0	43.1	368.5

* 연천군 통계 연보(1994) 참조

** 유근영(1994)

1) 방문보건사업 대상자수의 추정
 앞에서 제시한 우선순위 설정기준에 근거한 치매노인은 모두 치매노인 관리에 대한 방문보건사업의 대상자가 될 것이다. 이를 연구지역 군단위의 치매노인수로 추

정하면 전체 치매노인 367명 중에서 최소 121명(가족 부담감에 의한 결과, 32.8%)에서 227명(4가지 기준 중에서 어느 하나라도 있는 경우, 61.5%)이 된다<표 19>.

<표 19> 방문보건사업 대상자수 추정 (단위 : 명, %)

	경증	중등증	중증	계
부담감 수준(58점 이상)***	9.5	68.1	43.1	120.7(32.8)
일상생활 수행 수준(중등도 이상)***	76.3	87.0	43.1	206.4(56.0)
돌봄시간(8시간 이상)***	19.1	71.9	43.1	134.1(36.4)
치매 정도(중등도 이상)***	0.0	87.0	43.1	130.1(35.3)
4가지 기준 중 어느 하나라도 있는 경우***	103.5	80.0	43.1	226.6(61.5)

*** <표 16>, <표 17>의 비율을 유병률에 따른 추정 치매노인수를 곱하여 얻은 자료

2) 이동목욕사업(목욕서비스) 대상자수의 추정
 신체적 기능정도(PADL)에서 목욕 항목, 면접조사 내용 중 가족이 치매노인을 돌보면서 '가장 힘든 내용'과 '도움을 바라는 내용'의 위생서비스(목욕, 세탁)를

근거로 대상자를 추정하였다. 이에 따르면 적어도 41명에서 140명 정도까지 이동목욕사업 대상자가 연구지역 군에 있을 것으로 추정된다<표 20>.

<표 20> 치매노인 중 이동목욕사업 대상자수의 추정 (단위 : 명, %)

	경증	중등증	중증	계
신체적 기능정도(목욕 항목)*	28.6	75.7	35.9	140.2(38.0)
돌봄에 있어 힘든 내용(위생서비스)**	0.0	18.9	21.6	40.5(11.0)
도움을 바라는 내용(위생서비스)**	9.5	18.9	18.0	46.4(12.6)

* 신체적 기능정도에 대해 평가한 내용임.

** 각각에 대해 3가지씩 응답을 하도록 개방형 질문을 하여 얻은 결과임. 무응답자 다수

3) Day-Care Center 이용 대상자수의 추정
 지역사회 내에서의 치매노인과 치매 가족을 원조하기 위해 운영하게 되는 Day-Care Center는 일정한 기능적 수준을 보유하고 있는 환자라야 이용이 가능하게 된다.
 보행(걷기), 방광기능(배뇨관리), 장기능(배변관리)이 독립적으로 가능하면서 '차타고 외출하기'가 적어도 '부분적으로 의존해야 가능한 경우'이상인 경우에 한하여 Day-Care Center 이용 대상자로 삼았다. 이런 기준

에 의하면 연구지역 군에 약 126명이 추정된다<표 21>.

4) 자조집단(교육, 지지집단) 프로그램 대상자수의 추정

치매노인에 대한 의학적 이해, 대처방법 및 효과적인 관제형성 등에 대한 교육과 정보제공과 집단성원들이 경험하는 부양부담을 공유하고 상호지지하는데 목적을 둔다. 치매정도와 부양부담 수준이 유사한 성원으로 구성하도록 한다. 치매정도에 따라 3개의 집단으로 구성하

<표 21> 치매 노인 중 Day-Care Center 이용 대상자수의 추정 (단위 : 명, %)

	경증	중등증	중증	계
보행(걷기)				
장기능(배변관리)				
독립적 가능	48%*	13.0%*	0.0*	
독립적 가능				
대상자의 추정	114.4	11.3	0.0	125.7명

면, 각 집단의 구성원은 약 10명, 87명, 43명으로 추정된다(표 22).

전화상담 및 정보서비스의 대상자로는 치매노인이 있는 가정 모두가 대상이 될 것이다.

〈표 22〉 자조집단 프로그램 대상자수 추정

(단위 : 명, %)

	경증	중등증	중증	계
부담감 수준(58점 이상)***	9.5	68.1	43.1	120.7(32.8)
치매정도(중등도 이상)***	0.0	87.0	43.1	130.1(35.3)

5) 가정봉사원 파견서비스 대상자수의 추정

치매노인의 일상생활 원조와 같은 구체적인 서비스를 제공하여 주부양자의 부담감을 경감시키는 서비스로 면접조사한 내용 중 '가장 힘든 내용'과 '도움을 바라는 내용' 중심으로 대상자를 추정하였을때 연구대상 지역에 약 33명에서 126명 정도로 추정된다(표 23).

〈표 23〉 가정봉사원 파견서비스 대상자수의 추정

(단위 : 명, %)

	경증	중등증	중증	계
돌봄에 있어 힘든 내용*	28.6	45.4	51.7	125.7(34.1)
도움을 바라는 내용**	0.0	11.3	21.6	32.9(8.9)

* 돌봄에 있어 힘든 내용 : '계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것, 식사준비, 배설, 세척, 운반, 이송'이라고 응답한 것을 합한 경우

** 도움을 바라는 내용 : '운반, 이송, 간호보조 서비스, 식사준비'라고 응답한 것을 합한 경우

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구에서는 치매노인의 사회인구학적 특성, 질환이환 상태, 일상생활 수행 수준, 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 가족이 치매노인을 돌볼때 겪는 가족 부담감을 분석한 결과와 이에 근거한 우선관리 대상자를 정하여 사업추진에 단계적 접근을 할 수 있도록 하는 기술적 연구이다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 가족 부담감 점수는 평균 61.24점(표준편차 26.66)으로 보통 이상 수준이었다.

둘째, 치매노인 돌봄행위를 살펴보면 목욕 61.7%, 손발톱 깎기 55.0%, 머리정돈 53.3%, 머리감기 58.3%, 옷

입고 벗기 33.3%, 대소변 보조 33.3%, 용변후 처리 35.0%, 잔심부름 63.3%, 필요한 것을 가까운 곳에 마련해 줌 71.1% 등을 주로 실시하고 있었다.

치매노인을 돌보며 하루 평균적으로 함께 지내는 시간으로는 3-4시간 정도가 45.0%, 약 8시간 정도가 21.7%, 거의 하루 종일 함께 지내는 것이 25.0%, 만나질 정도가 8.3%로 나타나고 있었다. 치매노인 돌봄행위 시간이 8시간 이상되는 우선관리 대상은 33명(55%)이 된다.

돌봄에 있어 가장 힘든 행위로 이상행위와 더 나빠지는 환자 상태(26.3%), 계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것(24.6%), 목욕과 세탁의 위생서비스(19.3%), 대소변 처리와 관장과 같은 배설, 세척 행위(14.0%) 등이었다.

세째, 신체적 기능 정도(PADL)에 있어서는 전체적으로는 배변관리, 옷입기, 목욕이 크게 문제가 있는 항목이었는데, 중등도와 중증 치매노인의 경우 목욕, 배변관리, 옷입기에 장애가 컸으며, 중증의 경우 몸담장하기도 장애가 컸다. 일상생활 수단 활용능력(IADL)에 있어서는 악먹기가 비교적 장애가 덜한 반면 거의 모든 기능에 장애도가 컸으며, 특히 중증 치매의 경우 거의 모든 항목에서 장애가 확인하였다.

네째, 치매노인의 일반적, 질병 특성, 일상생활 수행 능력 수준에 따른 가족 부담감 정도는 치매정도(F=30.52, p<0.001), 일상생활 기능 정도(F=5.43, p<0.01)는 시간 부담 영역에서, 신체 기능 정도(F=6.14, p<0.01)는 장애가 심할수록 부담감이 높게 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

다섯째, 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 가족 부담감 정도는 돌봄시간(F=19.64, p<0.001)이 길수록 대체적으로 높았고, 돌봄 행위 빈도(F=5.31, p<0.01)는 신체적 부담 영역에서, 건강상태(F=6.05, p<0.01), 환자 예후에 대한 시각(F=4.08, p<0.05), 환자와 친밀정도(F=7.16, p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

여섯째, 다단계 다중회귀분석 결과, 가족 부담감과 관련된 주요 변수는 일상생활 기능정도로 70% 설명이 가능하였고, 다음으로 가족 부담감에 영향 미치는 변수는 치매정도, 환자와 친밀정도, 환자와의 관계로 이를 모두 첨가하면 가족 부담감 변이의 79%를 설명해주었다.

일곱째, 관리 대상자의 우선순위 설정기준으로 부담감 수준(58점 이상자), 일상생활 수행 수준(중등도 이상), 돌봄시간(하루 8시간 이상), 치매정도(중등도 이상)를 사용하였으며, 치매 환자의 중증도별 우선순위

설정기준에 한개라도 해당되는 자는 경증 10명(43.4%), 중등증 23명(92.0%), 중증 12명(100.0%)이었다.

여덟째, 관리사업 내용별 기준에 근거하여 본 연구지역 치매 유병률에 따른 추정 대상자수를 파악하면, 연구지역 전체 치매노인 368.5명 중에서 방문보건사업 대상자는 최소 121명(32.8%)에서 227명(61.5%), 이동목욕사업 대상자는 41명(11.0%)에서 140명(38.0%), Day-Care Center 이용 대상자는 126명, 자조집단 프로그램 대상자수는 140명, 가정봉사원 파견서비스는 33명에서 126명으로 추정되었다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 우리나라의 사회문화적 배경과 가족 특성에 맞고 지역사회 현장에서 사용될 수 있도록 간소화된 문항이면서 함축적인 내용을 포함할 수 있는 가족 부담감 도구 개발이 필요하다.

둘째, 치매가족의 부담감을 경감하기 위한 다양한 프로그램 및 서비스 개발 및 실시가 되어야 할 것이다. 노인보건의료시설과 노인복지시설과 함께 본 연구에서 제시한 방문보건사업(가정간호), 이동목욕사업, Day-Care Center, 자조집단 프로그램, 가정봉사원 파견서비스 등을 활용할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 권중돈(1994). 한국 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김영숙(1994). 노인복지시설 장기 요양서비스 유형설정 및 프로그램 개발에 관한 연구, 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김윤정(1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처 자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박명희(1991). 가족 간호제공자의 부담감 인지 정도와 영향변수 분석, 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), p.949-958.
- 박연환(1994). 1개 군지역의 가정간호 요구조사, 연천 지역사회 연구발표회, pp.53-73
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 농촌지역 방문보건사업 체계 개발.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994). 연천 지역사회 연구 발표회 자료집.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994). 치매환자 관리사업 개발.
- 우종인(1994). 노인성 치매의 정의, 분류 및 임상양상, 대한의학협회지, 37(7).
- 유은정(1994). 노인성 치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 윤도준(1994). 노인성치매의 의학적 치료, 대한의학협회지, 37(7).
- 이가옥 외(1990). 노인부양에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
- 이성희(1994). 치매노인의 이해와 간호, 현문사.
- 이인정(1989). 병약한 노인을 돌보는 가족보호자의 부담에 관한 연구, 한국사회복지학, 14.
- 이정희(1994). 노인성치매의 역할-유병률 및 위험요인-, 대한의학협회지, 37(7), pp.778-784.
- 이홍식(1992). 김진학, 치매의 진단과 치료, 대한의학협회지, 35(9), pp.1126-1133
- 장인순(1995). 일부 농촌지역 노인 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 한국노년(1994). 노인병. 노화학연합회, 21세기 노인을 위한 복지. 건강. 의료 심포지엄 자료집.
- 한국보건사회연구원(1994). 노인보건의료 관리모델 개발을 위한 워크샵 자료집.
- 한설희(1992). 치매의 진단과 치료, 신경계 질환의 진단과 치료-제1회 신경과 연수교육-.
- 홍여신 외(1994). 노인성 치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구, 대한간호학회지, 24(3).
- Bull, M.J.(1990). Factors influencing family caregiver burden and health, West-J-Nurs-Res. 12(6), 758-70.
- Carolyn, J.R., Joanne, S. & Victor, W.M.(1993). Depressive symptoms in family caregivers of long-stay patients, The Gerontologist, 33(2).
- Chenoweth, B. & Spencer, B.(1986). Dementia: The experience of family caregivers. The Gerontologist, 26(3).
- Deimling, G.T. & Bass, D.M.(1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. Journal of

- Gerontology, 41(6).
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M. J. & Eastham, (1986). Caregivers for dementia patients ; A comparison of husbands and wives. The Gerontologist, 26(3), 248-252.
- Fitting et al.(1986). Caregivers for dementia patients. Gerontologist, p.248-252.
- Howard Gruetzner, M. Ed.(1988). Alzheimer's-a Caregiver's Guide and Sourcebook-, John Wiley & Sons, Inc.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL(1982). A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry 140(1).
- Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooymann NR. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family relation, 34, 19-26.
- Motenko, A. K.(1989). The frustrations, gratifications and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29(2), 166-172.
- Novak M. & Guest C.(1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory, The Gerontologist, 29(6).
- Pater, P.V., Heather, M.Y. & Joan, R.(1991). Burden : A review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia, The Gerontologist, 31(1).
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M.(1990). Caregiving and the stress process ; An overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 30(5), 583-594.
- Peter, P.V., Joan, R., Heather, M.Y., Joseph, B. & Roland, D.M.(1991). The Screen For Caregiver Burden, The Gerontologist, 31(1).
- Philip, D.S. & Lural, J.M.(1991). An Assessment and Care Planning Strategy for Nursing Home Residents with Dementia, The Gerontologist, 31(1).
- Shanas, E.(1960). Family responsibility and the health of older people. Journal of Gerontology, 15, 408-411.
- Steven, H.Z., Karen, E.R. & Julie, B.P.(1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist, 20 (6).
- Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M.(1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study. The Gerontologist, 26(3), 260-266.

– Abstract –

Key words : family caregiver's burden,
senile dementia

A Study of the Family Caregiver's Burden for the Senile Dementia in a Rural Area

*Jang, In Sun**

The purpose of this study was to analysis level on family caregiver's burden for the elderly with senile dementia in a rural area and to choose priority care group, thereby facilitating the development of interventions to reduce the caregiver's burden.

For this purpose, data were collected by questionnaire from June 10 to October 8, 1994. The instruments for data collection were Caregiver Burden Inventory by Novak(1989) and Zarit et al(1982), severity of dementia by Hughes Scales(1982), ADL by Lawton(1971), patients' family caregiving activity by pre-survey and reference review(Lee, 1993 ; Jang, 1990 ; Yoo, 1982). The subjects were 60 family caregiver of senile dementia in a rural area. The data was analysed by the use of t-test, ANOVA, correlation and multiple regression.

The results were as follows ;

1. Total burden was evaluated over average, the mean of family burden was 61.24.
2. Significant variables which were correlated to the family caregiver's burden were the severity of dementia($F=30.52$, $p<0.001$), ADL($F=5.43$, $p<0.01$), PADL($F=6.14$, $p<0.01$), caregiver's health status($F=6.05$, $p<0.01$), a view of patient's prognosis($F=4.08$, $p<0.05$), the number of hours per day spent on caregiving($F=19.64$, $p<0.001$), level of intimacy of caregiver and patients($F=7.16$, $p<0.001$), the frequency of caregiving activity($F=5.31$, $p<0.01$).
3. ADL was the most important predictor to family caregiver burden($R^2=0.6611$). In addition to this, the severity of dementia, level of intimacy of caregiver and patient, relationship with the patient accounted for 79% of family caregiver burden.
4. The criteria of priority care group were as follows : the mean of family caregiver burden was above 58, above of moderate ADL, the number of hours per day spent on caregiving above of 8 hours, above of moderate dementia. By the the severity of dementia, number of priority care group, mild dementia was 10(43.4%), moderate dementia 23 (92.0%), sever dementia 12(100.0%).

* School of Public Health Seoul National University