

## 서울시 일개 구 재가 치매노인 특성 연구 - 일반노인과의 비교를 중심으로 -

오진주\* · 김희걸\*\* · 권영숙\*\*\*

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성

정부와 사회가 갖는 치매에 대한 노력과 관심에도 불구하고 아직 사회의 인식이나 대비가 크게 나아지고 있지 않다. 이는 무엇보다 실제 치매환자의 유병을 조사가 정확히 수행되고 있지 않으며, 지역사회에서 대다수의 환자가 방치되고, 그 결과 적절한 간호가 제공되지 않기(보건사회연구원, 1991) 때문이다. 전문진료 기회를 갖지 못한 치매환자는 증세의 빠른 악화 및 장기화가 초래되며, 이는 가족의 부담 가중이라는 악순환을 초래하게 된다.

치매환자는 여러 특성을 지니고 있다. 연령 증가, 가족력, 두부손상이 일관성있는 치매 위험요인이며, 그 외 사회교육 상태도 가능요인으로 포함되어 있다(Adamussi, 1986). 나이는 치매의 가장 주된 발병요인이다(Barber, 1990).

치매가족의 부양기간이 길어질수록 노인의 행동과 관련된 생활양식의 변화로 부양의 크기는 점점 더 증가한다(Silloman, & sternberg, 1988). 주간호자는 다른 가족성원들의 요구에 대처할 시간이 부족하게 되고, 가족이 공동으로 활동할 수 있는 기회가 줄어들게 된다. 이로 인해 가족유대가 파괴되거나 정서적·육체적으로 피로해지고 좌절을 경험한다. 경제적 어려움을 겪기도

하고, 직업을 포기해야 하기도 한다(Chenoweth & Spencer, 1986; Stephens, Kinney & Ogrocki, 1991; Litvin, 1992). 또한 치매환자 가족은 신체적으로 취약하며 우울, 불안 빈도가 높고(Dura, Kiecolt-Glaser & Srukenberg, 1991; Vitaliano, Russo, Young, Teri & Maiuro, 1991; Russo, Vitaliano, Brewer, Katon & Becker, 1995), 사회적 활동도 제약을 받는다. 치매가족의 부담감은 여러 관련요인의 영향을 받는 것으로 알려져 있다. 즉, 일상생활 수행능력(Barber, Fisher & Pasley, 1990; Haley & Pardo, 1989; Person etc., 1988; Morycz, 1985), 문제행동 수(Schulz & Williamson, 1991), 치매노인의 신체질환, 병의 지속기간, 증상의 정도 등의 질환요인이 치매가족의 부담감을 초래한다. 또한 주간호자와 환자와의 관계 및 성별 역시 부담감에 영향을 주는 요인이며, 노인과 부양자의 병전 관계(Schulz, & Williamson, 1991)도 역시 영향요인이다. 그러나 가장 중요한 요인은 역시 사회적 지지로서, 사회적 지지와 부양자 만족도 등은 우울과 부(-)적 상관을 보였다(Schulz, & Williamson, 1991; Zarit, Reeve & Bach-peterson, 1990).

지역사회의 복지서비스 역시 중요한 가족지지 자원이다(Bery, Zarit & Rabatin, 1991; Lawton, Brody & Sarperstein, 1989). 우리 나라의 경우 이러한 사회 복지 서비스가 매우 부족한 상태이므로 이러한 요구 역시 매우 높은 것으로 생각된다.

\* 단국대학교 간호학과  
\*\* 경원전문대학 간호과  
\*\*\* 안산제1대학 간호학과

우리 나라의 경우 일반적으로는 노인을 가족에서 보호하려는 경향이 강하며, 그로 인한 가족의 부담은 매우 크기 때문에 가족에 대한 지지서비스가 요구된다. 결국 환자의 관리방향에 영향을 미치는 중요한 요인으로는 환자의 상태, 가족의 부담감 및 간호능력, 지역사회의 수용도나 사회자원이 적절성 등이 되기 때문에 가족지지서비스는 다면적으로 개발되어야 할 것이다.

그러나 우리 나라는 아직 사회적으로는 치매환자 수 및 현황에 대한 파악이 부족하고, 이용 가능한 전문시설이 부족한 현실에서 치매가족은 적절한 보건의료서비스를 활용하지 못하고 환자 보고에 대한 모든 부담을 떠안고 있는 실정이다. 따라서 환자 중재방법, 가족을 위한 지지와 치매환자를 돌보는 간호방법에 대한 규명 등이 절실히 요구된다. 그러나 치매관리를 위한 각종 방법개발을 촉진하기 위해서는 무엇보다도 치매환자에 대한 정확한 실상파악이 선행되어야 한다는 점이 강조되어야 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 치매환자 유병율을 파악하고 치매환자와 일반노인 질환자의 특성을 비교함으로써 치매환자의 현 상황에 대한 이해를 도모함으로써 치매관리 방법을 개발하기 위한 기초자료 제공을 목적으로 수행되었다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 치매환자의 수를 파악하고, 정상노인군과 일반적 특성을 비교한다.
- 2) 치매환자의 가족특성 및 환자관리 상태를 파악한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 노인성 치매환자

#### (1) 이론적 정의

DSM-III(APA, 1987)에 의해서 진단받은 만 60세 이상 노인

#### (2) 조작적 정의

MMSE-K 시행 결과 20점 이하인 만 65세이상

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구의 설계는 질문지를 이용한 횡단적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

서울시내 일개 구(28개 동으로 구성됨)에 거주하는 등록된 65세 이상 노인 가운데 조사가 가능한 15,216명에서 응답이 불성실한 경우와 방문을 허락하지 않은 대상자를 제외한 총 15,104명 노인을 분석대상으로 하였다.

조사대상자의 일반적 특성으로는 연령별로는 65-69세 노인이(32.4%)로 가장 다수를 차지하였으며, 사별한 노인이 50.3%, 무학인 경우가 23.9%, 중등도 생활수준은 58.8%로 각각 가장 많았고, 가구형태는 기혼자녀와 동거(52.3%)하는 비율이 높았다.

### 3. 연구도구

#### 1) 치 매

MMSE-K는 권용철과 박종한(1989)이 한국 노인들에게 사용할 수 있도록 개발한 인지기능검사 도구이다. 총 12문항으로 되어 있으며, 20점 이하를 치매로 판정한다. 본 연구에서의 신뢰도는 0.64였다.

#### 2) 신체적 특성

치매노인의 신체적 특성으로는 만성질환 유무 및 질병수, 침상와병일, 일상생활 기능 정도(ADL, IADL), 의료비용지출 등을 비교하였다.

#### (1) 질병 유무 조사

유병을 면접조사는 임상검사를 하지 않는 상황에서의 가장 보편적인 활용방법이다. 본 연구에서는 한국보건사회연구원(1998)에서 사용한 노인유병율 조사표를 이용하였다.

#### (2) 이환일수

지난 한달간 질병을 앓았던 일수를 조사하였다.

#### (3) 일상생활 동작

일상생활 동작(Activities of Daily Livings: ADL)은 Barthel Index를 사용하였다(Mahoney and Barthel, 1965). 완전독립수행, 부분적 보조, 완전보조 필요 등 3점 단위로 각 기능별 평가를 하였다. 본 연구에서의 도구의 신뢰도는 0.97였다.

(4) 수단적 일상생활 동작

수단적 일상생활 동작(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)은 PGC IADL(Philadelphia Geriatric Center)인 7개 항목을 사용하였다. 종합적인 평가기준은 없으며, 완전독립수행, 부분적 보조, 완전보조 필요 등 3점 단위로 기능을 평가하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 0.95 였다.

(5) 치매노인의 질병 특성

여기서는 치매증상 유무, 증상유형, 진단여부 등을 포함시켰다.

3) 가구의 특성

가구의 특성으로는 경제수준, 가구형태, 수발자유무, 수발자 유형, 교대인력유무, 수발내용, 경제활동 유무 및 지장정도, 희망 부양형태 등이 포함되었다.

4. 자료수집 절차 및 방법

1999.1-1999.12월까지 보건소에 배치된 조사요원 30명을 활용하여 자료를 수집하였으며, 조사요원들은 가정에서 직접면접법에 의하여 자료를 수집하였다. 자료의 질을 확보하기 위해 조사요원에 대한 교육이 1회 약2시간 실시되었으며, 계속적으로 자문을 시행하였다.

5. 자료 처리 및 분석방법

수집된 원자료를 SPSS/PC 통계프로그램을 이용하여 다음을 검증·분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성을 실수와 백분율로 구하였다.

둘째, Cronbach's Alpha로 신뢰도를 측정하였다.

셋째,  $\chi^2$ -test, One-way ANOVA, ANOVA 등으로 치매노인과 일반노인의 특성 차이를 검증하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 일개 구를 대상으로 노인을 대규모로 조사했다는 장점은 있지만, 방문을 허락한 대상자에 한해서만 조사가 이루어졌다는 제한점이 있다. 또한 단순한 인지평가도구 만을 이용하여 치매로 정의하였으며, 실제 진단을 통한 치매확인 작업이 이루어지지 않았다는 것도 제한점이다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 치매노인 유병률 및 정상노인과의 일반적 특성 비교

치매노인과 정상노인의 일반적 특성을 차이 검증한 결과가 <표 1>과 같다. 치매노인은 총 15,104명중 792명으로 조사대상 지역사회 치매유병률은 약 5.2%로 나타났다.

치매노인의 성별로는 남자 142명(17.9%), 여자 650

<표 1> 치매노인의 일반적 특성 및 정상노인군과의 비교

		치 매		정 상		$\chi^2$
		빈도	%	빈도	%	
성 별	남	142	17.9	5,112	35.7	104.40**
	여	650	82.1	9,200	64.3	
연 령	65-69	73	9.2	4,829	33.8	692.94**
	70-74	127	16.0	4,104	28.8	
	75-79	182	23.0	2,992	21.0	
	80이상	409	51.7	2,348	16.5	
결혼상태	유배우	185	23.5	7,223	50.7	225.67**
	사별	601	76.3	6,955	48.8	
	별거, 이혼	2	0.3	68	0.5	
	미혼	0	0.0	9	0.1	
교육정도	무학	544	68.9	4,551	31.9	476.47**
	초졸	155	19.6	4,193	29.4	
	중졸	32	4.1	1,730	12.1	
	고졸이상	58	7.4	3,779	26.5	
총 계		792	100.0	14,312	100.0	

\*\* : p < .01

<표 2> 만성질환 질병유무정도 및 와병일

	치매		정상		전체		$\chi^2$
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
질병없음	211	26.6	5,391	37.7	5,602	37.1	88.56**
1-2개	442	55.8	7,492	52.3	7,934	52.5	
3-4개	112	14.1	1,291	9.0	1,403	9.3	
5개 이상	27	3.4	138	1.0	165	1.1	
평균질병수	평균	SD	평균	SD	평균	SD	F
	1.44	1.33	1.04	1.10	1.06	1.12	77.67**
침상와병일	평균	SD	평균	SD	평균	SD	t
	2.46	2.41	1.31	1.10	1.36	1.23	26.02**
전체	712	100.0	14,312	100.0	15,104	100.0	

\*\* :  $p < .01$

명(82.1%)로 여자가 많았다. 또한 고연령에서 치매노인 비율이 증가하여 치매노인의 평균연령은 81세, 정상노인군은 76세로 나타났으며 결혼상태에서는 치매환자군은 사별이(76.3%) 가장 많았다. 이러한 성별, 평균연령, 결혼 상태, 교육 정도 모두 정상군과 유의한 차이를 보였다( $p < .01$ ). 즉, 남자 보다는 여자가, 나이가 많을수록, 학력이 낮을수록, 그리고 사별한 경우가 치매노인의 빈도가 높았다.

2. 치매노인의 신체적 건강

질병 갯수, 침상와병일, ADL, IADL 수준 등의 신체적 건강상태를 보면(표 2), 치매노인에서 질병이 없는율은 26.6%로, 정상노인에 비해 질병보유율이 높으며, 평균 1.44개의 질병을 보유하고 있었다. 또한 침상와병일은 평균 2.46일로 치매노인의 질병보유율과 침상와병일은 정상군보다 유의하게 높다( $p < .01$ ).

ADL과 IADL의 제한유무를 정상노인과 비교한 결과(표 3)에서 치매노인의 ADL 제한 비율은 22.3%(평균 .35점), 정상노인에서는 1.3%(평균 .02점)로 양집단에 유의한 차이가 있다( $p < .01$ ).

<표 3> 치매노인과 정상노인의 ADL, IADL 비교

		치매		정상		전체		$\chi^2$
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	
ADL제한	무	615	77.1	14,119	98.7	14,734	97.6	1384.94**
	유	177	22.3	193	1.3	370	2.4	
		(평균=.35, S.D=.61)		(평균=.02, S.D=.19)				
IADL제한	무	435	54.9	13,386	93.5	13,821	100.0	1438.95**
	유	357	45.1	926	6.5	1,283	100.0	
		(평균=.80, S.D=.78)		(평균=.08, S.D=.28)				

\*\* :  $p < .01$

IADL에서도 치매노인은 45.1%(평균 .80점)의 노인이 제한이 있고, 이는 ADL보다 훨씬 그 기능저하 정도가 심한 것이다. 반면 정상노인은 6.5%(평균 .08점)만이 제한이 있어 양 집단 간 유의한 차이를 보았다( $p < .01$ ).

항목별 치매노인군의 기능제한 정도(표 4)에서 치매노인이 완전의존을 나타내는 항목은 목욕(18.8%), 계단오르기(18.2%), 보행(15.5%) 순이었다. IADL항목별로는 대부분의 기능에서 20%에서 40%의 노인이 기능저하를 보이고 있어 특히 ADL에 비해 기능저하율이 높음을 알 수 있다. 치매노인에서 특히 기능저하를 보이는 항목은 교통수단이용(39.9%), 집안일하기(34.9%), 물건구매(29.2%) 순으로 기능저하를 보였다.

인지 정도와 ADL, IADL간의 상관성을 보면(표 5), 세 변수간의 역상관관계를 나타내고 있다( $p < .01$ ). 즉 인지기능이 저하될수록 일상생활능력은 저하됨을 보이고 있다.

치매노인의 높은 질병유병율은 곧 의료비용의 부담을 초래하는 요인이 될 수 있다. 지난 한달 간의 의료비용을 의료비용을 전혀 사용하지 않는 경우는 치매군은 41.2%, 정상군은 41.8%로 유사하게 나타났다(표 5).

〈표 4〉 치매노인의 ADL과 IADL의 항목별 분포

		혼자서 가능		도움필요		완전의존		전체	
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
		ADL	대변가리기	652	82.5	51	6.5	87	11.0
	소변가리기	656	82.8	52	6.6	84	10.6	792	100.0
	몸단장하기	648	81.8	62	7.8	82	10.4	792	100.0
	화장실	645	81.4	57	7.2	90	11.4	792	100.0
	식사	683	86.2	49	6.2	60	7.6	792	100.0
	실내 이동	642	81.1	66	8.3	84	10.6	792	100.0
	보행	557	70.3	112	14.1	123	15.5	792	100.0
	옷입기	620	78.3	86	10.9	86	10.9	792	100.0
	계단오르기	509	64.3	139	17.6	144	18.2	792	100.0
	목욕하기	482	60.9	161	20.3	149	18.8	792	100.0
IADL	전화 사용	429	54.3	174	22.0	187	23.7	790	100.0
	물건 구매	428	54.2	131	16.6	231	29.2	790	100.0
	음식 준비	365	46.3	151	19.1	273	34.6	789	100.0
	집안일	370	46.9	144	18.3	275	34.9	789	100.0
	교통수단	303	38.4	171	21.7	315	39.9	792	100.0
	투약관리	463	58.6	141	17.8	186	23.5	790	100.0
	현금관리	434	55.0	143	18.1	212	26.9	789	100.0

〈표 5〉 인지기능 점수와 일상생활 동작과의 상관관계

	MMSE-K	ADL	IADL
MMSE-K	1.00		
ADL	-.475**	1.00	
IADL	-.495**	0.81**	1.00

\*\* : p<.01

특히 치매노인에서는 의료비용 지출에서 유의한 차이를 보여(p<.05) 치매노인의 의료비용 지출이 많음을 알 수 있다. 그러나 가족이 느끼는 지출비용의 부담정도는

두 집단간 차이가 없었다.

### 3. 치매노인의 가족특성

두 집단간의 가족특성, 즉 가구의 월평균소득, 가구 형태, 수발자 유무 및 수발자 유형을 보면〈표 7〉, 경제수준에서는 유의한 차이를 보여 정상노인에 비해 치매노인의 가구소득 수준이 낮은 분포를 보였다(p=.01). 가구형태의 분포에서도 유의한 차이가 있어(p<.01) 치매노인에서는 기혼자녀와 동거하는 비율이 72.1%로서 정상노인군 50.9%에 비해 현저히 높았다. 반면 독거하는 경

〈표 6〉 의료비용 지출 및 지출비용의 부담정도

		치매		정상		전체		χ <sup>2</sup>
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	
의료비용	없음	326	41.2	5,980	41.8	6,308	41.8	13.01*
	1만원 미만	18	2.3	341	2.4	359	2.4	
	5만원 미만	257	32.5	5,041	35.2	2,598	35.1	
	10만원 미만	101	12.8	1,759	12.3	1,856	12.3	
	20만원 미만	54	6.8	719	5.0	773	5.1	
	20만원 이상	28	3.5	311	2.2	339	2.2	
	전체	791	100.0	14,301	100.0	15,092	100.0	
지출비용 부담정도	부담된다	65	25.2	100	19.3	165	21.2	5.42
	안된다	135	52.3	315	60.7	450	57.9	
	전혀 부담 안됨	58	22.5	104	20.0	162	20.8	
	전체	258	100.0	519	100.0	777	100.0	

\* : p < .05

우는 5.8%로서 정상노인군의 10.3%에 비해 현저히 적고 노인부부만 사는 경우도 10.2%로 정상군의 27.5%에 비해 적은 것으로 나타났다.

수발자의 경우 치매군에서 특정 수발인력이 없는 경우는 5.1% 정도로 나타났으며, 수발자가 있는 경우의 수발자는 동거자녀나 며느리가 70.5%로 가장 높게 나타났다. 그 외 배우자 15.3%, 비동거자녀 및 며느리 6.4%의 순서이다. 치매군의 수발자와 일반노인과 비교시 유의한 차이는 없었으나, 치매노인이 수발자가 없는 비율이 더 높았으며, 수발인력의 유형에 있어서는 양군이 모두 동거자녀나 동거며느리가 가장 많았고, 그 다음이 배우자 순이었다. 그러나 그 비율은 현저한 차이를 보여서 일반군에서 배우자가 수발자인 경우가 치매노인에서 보다 높은 비율로 나타났다.

4. 치매 수발 관련 특성

현재 수발을 받아야 하는 치매노인과 일반노인 중 수발이 필요한 노인군을 비교한 결과<표 8>에서 현재 수발이 필요한 치매노인의 수는 전체 치매노인의 약 46.5%인 366명였다. 수발 내용은 외출 시 부축 및 동행(88.5%), 세탁(80.9%), 잔심부름(74.6%), 청소 및 잠자리정돈(71.0%), 질병과 관련된 간호(64.5%) 등이 많은 비율

을 점하는 것으로 나타났다. 일반노인군에서도 외출시 부축 및 동행(64.2%), 잔심부름(50.3%), 세탁(58.0%), 청소·잠자리 정돈(41.7%) 순서로 질병간호만 제외하면 치매노인의 간호요구 내용과 동일한 양상을 띄고 있다. 그러나 치매노인에 대한 수발요구도는 일반질환군에 비해 전 항목에 걸쳐 높았다.

현재 수발자를 도와줄 인력의 유무에 대한 정보<표 9>에서 치매노인군의 수발 등의 도움을 받고 있는 경우가 48.9%로 정상노인군의 31.4%에 비해 매우 높다.

<표 8> 치매노인과 일반질환군의 수발내용 비교

수발내용	치매군		정상노인군	
	빈도	%	빈도	%
질병간호	236	64.5	245	35.8
식사시중	198	54.1	222	32.5
세탁	296	80.9	397	58.0
의논·말상대	203	55.5	185	27.0
청소·잠자리정돈	260	71.0	285	41.7
잔심부름	273	74.6	344	50.3
외출시부축·동행	324	88.5	439	64.2
대소변수발	151	41.1	92	13.5
기타	159	43.5	263	38.5
전체	366	100.0	684	100.0

한편 도움을 받기를 원하거나, 필요하지만 사정이 안

<표 7> 가구특성 비교

		치매		정상		전체		$\chi^2$
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	
평균 월소득	50만원미만	208	26.6	2,888	20.4	3,096	20.7	27.01**
	-100만원미만	204	26.1	3,415	24.1	3,619	24.2	
	-200만원미만	245	31.4	4,915	34.7	5,160	34.5	
	-250만원미만	83	10.6	1,850	13.1	1,933	12.9	
	250만원이상	41	5.2	1,098	7.8	1,139	7.6	
가구 형태	독거	46	5.8	1,476	10.3	1,522	10.1	234.08**
	노인부부	81	10.2	3,927	27.5	4,008	26.6	
	기혼자녀 동거	571	72.1	7,281	50.9	7,852	52.1	
	미혼자녀 동거	41	5.2	1,281	9.0	1,322	8.8	
	기타	53	6.7	326	2.3	379	2.5	
수발자 유무	유	748	94.9	13,728	96.1	14,476	96.0	2.48
	무	40	5.1	564	3.9	604	4.0	
수발자 유형	전체	788	100.0	14,292	100.0	15,080	100.0	256.48**
	배우자	111	15.2	4,762	36.0	4,873	34.9	
	동거자녀 및 동거며느리	518	70.9	6,519	49.3	7,037	50.4	
	친척	11	1.5	89	.7	100	.7	
	비동거자녀 및 비동거며느리	46	6.3	1,627	12.3	1,673	12.0	
	고용인	7	1.0	67	.5	74	.5	
	기타	38	5.2	162	1.2	200	1.4	

\*\* : p < .01

되는 경우는 모두 92명(25.1%)에 달하여 정상군보다 높은 비율을 보였고, 유의한 차이가 있었다(p<0.1).

〈표 9〉 수발자를 도와줄 인력 유무

	치매군		정상노인군		$\chi^2$
	빈도	%	빈도	%	
현재도움받고있음	179	48.9	214	31.4	
도움받기원함	19	5.2	27	4.0	
필요하나사정이안됨	73	19.9	128	18.8	43.5**
필요없음	95	26.0	302	45.8	
전 체	366	100.0	681	100.0	

\*\* : p < .01

한편 치매노인 수발자의 경제활동 형태 및 경제활동의 지장 정도를 일반노인군과 차이 검증한 결과(표 10), 수발자의 경제활동 비율이나 경제활동 유형은 양 집단 차이가 없다. 또한 경제활동 지장정도에서도 유의한 차이는 보이지 않았다.

가족이 치매노인을 모시는 태도에서는 잘모시는 편(71.7%)이 가장 많았으나 필요한 만큼만 겨우 해준다(152명, 26.3%), 방임한다(12명, 2.1)도 높게 나타났다(표 11).

치매노인 중 치매증상을 나타내는 노인의 비율과 증상 유형을 보면(표 12), 총 374명(49.0%)에서 치매증상이 나타나고 있으며, 증상에서 가장 빈번한 증상은 기억력장애(424명, 17.5%) 우울(219명, 9.1%), 방향감각 상실(214명, 8.8%), 실금·실변(194명, 8.0%), 성격 변화(194명, 8.0%), 언어장애(188명, 7.8%) 순서로 다양한 증상들을 보였다.

〈표 10〉 수발자의 경제활동 형태 및 지장받는 정도 비교

		치매군		정상노인군		전체		$\chi^2$
		빈도	%	빈도	%	빈도	%	
경제활동	하고있음	133	37.4	206	31.8	339	33.8	3.12
	안함	223	62.6	441	68.2	664	66.2	
	전 체	356	100.0	647	100.0	1003	100.0	
경제활동 유형	전일제	60	46.5	101	49.5	161	48.3	2.52
	시간제	13	10.1	23	11.3	36	10.8	
	비정기적	56	43.4	80	39.2	136	40.8	
	전 체	129	100.0	204	100.0	333	100.0	
경제활동 지장정도	지장없음	40	30.8	83	40.8	123	36.9	5.18
	지장받음	54	41.5	70	34.5	124	37.2	
	크게지장	28	21.5	44	21.7	72	21.6	
	경제활동중단	8	6.2	6	3.0	14	4.2	
	전 체	129	100.0	203	100.0	332	100.0	

〈표 11〉 수발 노인을 모시는 수발 태도

	빈도	%
전력을 다해 힘껏 모시는 편이다	95	16.4
잘 모시는 편이다	320	55.3
필요한 만큼만 겨우 해주고 있다	152	26.3
방임한다	12	2.1
전 체	579	100.0

〈표 12〉 치매증상을 보이는 비율 및 증상의 유형

	빈도	%	
증상 유무	유	374	49.0
	무	389	51.0
총 계	763	100.0	
증상 유형	성격변화	194	8.0
	기억력 장애	424	17.5
	언어 장애	188	7.8
	공격적 행동	90	3.7
	불결행위	115	4.8
	배회	101	4.2
	방향감각 상실	214	8.8
	수집력	53	2.2
	과식, 거식	122	5.0
	소리저름 이상한 말을함	175	7.2
	환청, 환각, 환시	108	4.5
	우울	219	9.1
	실금, 실변	194	8.0
	불을 관리하지 못함	134	5.5
기타	88	3.6	
총 계	2,416	100.0	

치매진단율에서는 총 111명(14.4%)만이 치매진단

을 받은 경험이 있었고 615명(80.0%)은 경험이 없었다. 진단을 받은 111명은 치매증상을 나타낸다고 가족이 응답한 노인 374명에 대해서도 29.6%에 불과한 비율였다(표 13).

가족의 원하는 부양형태로는(표 14) 가정방문 간호서비스나 가정봉사원의 도움만 있다면 계속해서 집에서 모시고 싶다(46.2%)가 가장 높은 응답율을 보였다. 그 다음이 여행이나 가정형편 등으로 모실 수 없는 경우에만 단기간 시설에 입원시킨다(126명, 18.6%), 요양원이나 병원 등 시설에 입원시킨다(123명, 18.1%), 낮시간에만 낮병동에 보낸다(41명, 6.0%) 순으로 나타났다.

〈표 13〉 치매진단율

	빈도	%
받음	111	14.4
안받음	615	80.0
무응답	43	5.6
총계	769	100.0

〈표 14〉 치매가족의 원하는 부양형태

	수	%
가정방문간호서비스나 가정봉사원의 도움만 있다면 계속해서 집에서 모시고 싶다.	313	46.2
낮시간에만 낮병동에 보낸다.	41	6.0
여행이나 가정형편 등으로 모실 수 없는 경우에만 단기간 시설에 입원시킨다.	126	18.6
요양원이나 병원 등 시설에 입원시킨다.	123	18.1
기타	75	11.1
총계	678	100.0

## V. 논 의

본 연구는 치매환자의 특성과 현 상황에 대한 이해를 도모하기 위한 목적으로 수행된 실태조사 연구이다. 연구 결과 치매노인군은 정상노인군과 비교시 여자가 많고, 고령이며, 무학율이 높다는 것, 결혼상태에서 사별율이 높은 것으로 나타났다. 연령, 교육수준은 치매의 가능한 위험요인들로 거론되는 대표적인 요인들이다(Adaducci, Fratiglioni, and Rocca, 1986). 이러한 치매노인의 높은 연령수준으로 인해 사별율 또한 높아진 것으로 보이며, 기존 소규모 표본을 대상으로 한 연구에서도 결혼상태는 유의한 차이를 보인다(홍여신, 이선자, 박현애,

조남옥, 오진주, 1994).

치매노인은 신체적으로 취약하다. 질병은 치매를 야기하기도 하며, 치매로 인해 환자의 기능은 저하되기 때문이다. 또한 치매환자가 자신의 질병을 정확하게 표현하는 것도 어렵기 때문에 질병을 조기에 발견, 치료하는 것이 어렵다. 그러나 이러한 질병정도는 의료비 부담과는 무관하다. 광명시 조사(광명시보건소, 1998)에서와 이와 유사한 결과를 보이고 있는데, 이는 치매환자에 대한 의료적 개입이 적기 때문인 것으로 생각된다.

치매환자의 인지기능 저하는 기능저하를 초래한다(신영수 외, 1994; 오진주, 1995). 본 연구에서도 치매군의 인지기능과 ADL, IADL의 상관관계가 높게 나타났으며, 특히 IADL의 저하가 심하였다. 이러한 치매노인의 기능저하는 곧 간호요구도를 높이는 요인이 된다(오진주, 1995). 특히 의존도가 높은 항목은 목욕(18.8%), 옷입기(18.2%), 보행(15.5%) 순이었으며 이는 다른 조사와 일치한다(신영수 외, 1994; 이가옥 외, 1991).

가족특성에서도 치매노인은 취약성이 드러난다. 본 연구에서는 치매노인의 가족특성으로서 가구의 월평균소득, 가구형태, 수발자 유무 및 수발자 유형을 비교하였다.

정상노인에 비해 치매노인의 가구소득이 낮은 분포를 보이며( $p < .01$ ), 가구형태의 분포에서도 유의한 차이가 있다. 홍여신 등(1994)의 연구에서도 유의하지는 않았지만 치매가족의 경제적인 상태가 열악하였다.

가구형태에서는 기혼자녀와 동거하는율이 높았고 독거율은 매우 적었다. 이는 치매노인의 자립능력이 저하됨으로써 생긴 결과로 보이며 다른 연구에서도 유사한 결과를 보인다(오진주, 1995; 홍여신 외, 1994). 수발이 필요한 경우의 수발인력은 두 집단 모두 동거자녀나 동거며느리가 가장 많았고, 그 다음이 배우자 순이었다. 특히 사별율이 높은 치매노인군에서는 배우자보다는 동거자녀 및 며느리의 율이 높게 나타난다. 이러한 결과는 우리 나라에서는 아직은 노인문제에 대한 부담이 가족에게 지워지며 그 중에서도 특히 여자라는 점을 잘 보여준다. 여자부양자는 가사, 자녀양육 등의 역할을 동시에 수행하는 경향이 높으므로 역할중복현상을 경험하게 되고 따라서 그에 따른 부양부담이 남자부양자에 비해 더 높다(Schultz & Williamson, 1991; Stone, Cafferata & Sangl, 1987). 외국의 경우 가족내 간호자는 배우자이거나(Pruchno et al., 1989; Zarit et al., 1986), 성장한 자녀(Gilhooly, 1984)인 경우에 비해 한국은 주로 며느리가 가장 많은 것으로 나타나고 있다(오진주,



1995).

본 연구에서 치매노인의 기능저하가 현저하고, 간호요구도도 모든 항목에서 높은 데 비해 수발자의 경제활동율이나 활동상의 지장을 등은 일반질환군과 비교시 유의한 차이가 없다. 이는 간호자들이 환자를 수발하는데 있어 최소한의 간호만을 제공하고 있기 때문일 수도 있다. 실제로 노인의 수발태도에 대한 자가평가에서 필요한 것만 겨우 제공하거나 방치하는 비율이 높게 나타나는 것은 이러한 추론을 지지한다. 현재 주수발자를 도와주는 보조인력의 경우 치매노인 가족에서 더 많은 도움을 받으면서 수발을 하고 있었다. 이는 치매환자를 돌보는 것이 그만큼 어려운 일이기 때문일 수 있다. 그러나 도움을 필요로 하면서도 받지 못하는 가족이 많다는 점을 고려해야 할 것이다.

치매노인에 필요한 수발내용은 외출 시 부축 및 동행, 세탁, 잔심부름 청소 및 잡자리 정돈 등의 순서로 나타났다. 이러한 수발내용은 일반노인군에서도 동일하게 요구도가 높은 항목으로서 치매환자에게 필요한 공식적 서비스는 인지 장애 없는 일반노인에게 요구되는 서비스와 유사하다(Office of Technology Assessment, 1990). 치매가족이 가장 중요한 것으로 밝힌 공식적 도움은 직접서비스 제공, 일시적 휴식을 위한 유료봉사원 제공, 야간 보호나 낮 보호 등의 제공인 것으로 알려지고 있다. 따라서 치매노인을 위한 서비스체계는 일반노인보호체계와 일치시키는 것이 효과적인 것이다.

치매가족은 일반노인군보다 다른 가족이나 인력의 도움을 받아 환자를 돌보고 있는 비율이 높다. 그러나 도움을 받기를 원하거나, 필요하지만 사정이 안되는 경우 역시 25.1%에 달한다는 것은 그만큼 치매노인의 수발이 어렵다는 것을 보여준다.

본 지역의 치매노인 중 약 49.0%는 치매증상을 나타내고 있다. 치매증상이 있는 경우 가족의 간호요구도는 높아진다(Chenoweth & Spencer, 1986; Schultz & Williamson, 1991). 따라서 문제행동을 보이는 치매가족에 대한 규명과 적극적 중재방안 개발이 필요하다. 치매노인 중 진단을 받은 노인의 비율은 14.4%에 불과하다. 이는 치매증상을 나타내는 노인의 29.6%에 불과하다. 이런 비율은 기존 연구의 결과와 일치한다(오진주, 1995).

우리 나라는 가정에서 노인을 보호하려는 경향이 강하며, 시설에 수용하는 것은 기존의 문화규범과 일치하지 않아서 부양자들은 갈등을 경험한다(Stephebs, Kinney

& Ogrocki, 1991; Choi, 1993). 본 조사에서도 치매가족은 적절한 도움만 주어진다면 계속해서 집에서 모시고 싶다가 가장 많았다. 이런 결과는 아직 가족부양 의식이 뚜렷한 것을 보여준다.

치매가족의 부담감에 영향을 미치는 요인은 치매 자체의 특성이나 가족과 환자와의 관계, 사회적 지지 외에 지역사회 요인이 영향을 미친다. 지역사회의 지지서비스는 가족에게 실제적인 도움, 정서적 지지, 정보적 지지, 그리고 재정적 도움 등을 제공해 줄 수 있다(유은정, 1995). 이러한 서비스를 통해 가족의 요구는 충족되고 환자간호에 대한 적응능력은 향상되며, 문제해결능력이 강화됨으로서 안정감을 높힐 수 있다(Robinson, 1989).

따라서 가족의 노인부양 의식이 계속 유지될 수 있도록 이들이 필요로 할 수 있는 구체적 서비스 요구도를 파악하고 가족의 요구도에 기초한 서비스를 개발, 제공함으로써 가족을 지지할 수 있는 실제적인 지지체계를 만들어나갈 것이 요구된다(Leske, 1986; 김은경, 1989).

## V. 결론 및 제언

본 연구는 지역의 치매정도를 파악하고, 치매환자와 일반노인 질환자의 특성을 비교함으로써 치매환자의 현 상황에 대한 이해를 도모하기 위한 목적으로 수행된 횡단적 조사연구이다. 연구대상은 서울시내 일개 구에 거주하는 65세이상 노인중 방문조사가 가능한 총 15104명으로 MMSE-K 조사를 실시한 점수의 결과 20점 이하인 경우를 치매로 정의하였다. 조사기간은 1999.1-1999.12월까지이며, 보건소에 배치된 조사요원 30명을 활용하여 자료를 수집하였으며 조사요원들은 가정에서 직접면접법에 의하여 자료를 수집하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째로 치매노인 유병률 및 정상노인과의 일반적 특성에서 치매노인은 총 15104 명중 792명(5.2%) 이었으며, 여자노인이 대다수였으며(82.1%,  $p < .01$ ). 평균연령은 81세로서 정상노인군의 76세와 유의한 차이를 나타냈다( $p < .01$ ). 두 집단의 결혼상태에서는 유의한 차이가 있었다( $p < .01$ ). 치매환자에서는 사별이 가장 많고(76.3%) 정상노인은 유배우자 비율이 높았다(50.7%). 교육정도도 유의한 차이가 있었으며( $p < .01$ ) 치매노인에서는 무학의 빈도가 높았다(68.9%).

둘째로 치매노인의 신체적 건강에서 치매노인의 질병 보유율(73.4%), 평균 보유질병수(1.44개), 평균침상와

병일은 정상노인군과 유의한 차이가 있다 ( $p < .01$ ). 또한 ADL(22.3%, 평균 .35점)과 IADL 제한 (45.1%, 평균 .80점) 역시 치매군이 유의하게 높다. 그러나 의료비용 지출 및 지출비용의 부담정도는 양 집단간 차이가 없었다.

셋째로 치매노인의 가족 특성에서 치매가구의 경제수준은 정상노인에 비해 낮았으며( $p < .01$ ) 기혼자녀와 동거율(72.1%)이 높고 노인부부 및 독거율은 낮아 정상노인군과 유의한 차이가 있었다( $p < .01$ ). 두 집단간의 수발자 유무 및 수발자 유형은 유의한 차이가 없었다. 치매노인군의 수발자가 없는 비율은 5.1%, 수발인력의 유형은 동거자녀나 동거며느리, 배우자 순이었다.

넷째로 치매수발 관련특성에서 치매노인의 수발요구도는 일반노인군에 비해 높았다. 수발 내용은 외출 시 부축 및 동행(88.5%), 세탁(80.9%), 잔심부름(74.6%), 청소 및 잠자리정돈(71.0%)이었고 이는 정상노인에 요구되는 간호내용과 동일한 양상이었다.

치매노인 수발자는 다른 인력의 도움을 받는 비율이 정상노인군 보다 높았다( $p < .01$ ). 그러나 역시 도움을 필요로 하는 경우도 높다(25.1%). 치매노인 수발자의 경제활동 형태 및 경제활동의 지장 정도는 양 집단 차이가 없다.

치매노인에 대한 수발태도에서 잘모시는 편(71.7%)이 높았으나 필요한 만큼만 겨우 해준다(26.3%), 방임한다(2.1%)도 많이 나타났다.

치매증상 출현율은 49.0%으로, 기억력장애(424명, 17.5%), 우울(219명, 9.1%), 방향감각 상실 (214명, 8.8%), 실금, 실변(194명, 8.0%), 언어장애(188명, 8%), 소리지름(175명, 7.2%) 순서로 빈번하였다. 치매노인의 진단경험율은 14.4%로 낮았다. 치매가족의 원하는 부양형태는 가정방문 간호서비스나 가정봉사원의 도움만 있다면 계속해서 집에서 모시고 싶다(46.%)와 필요시에만 단기간 시설에 입원(18.6%)이 높았고, 시설에 입원시킨다(18.1%)는 비교적 낮았다.

이러한 연구결과를 토대로 다음과 같은 점을 제안한다.

첫째로 치매노인은 대부분 신체적으로 취약하고, 치매 증상 역시 발현율이 높다. 한편 치매노인은 가족에 의해 수발되는율이 높으므로 이들 가족에 대한 지지서비스가 요구된다. 가족에 대한 서비스는 가족의 요구도에 기초하여 개발되어야 하므로 가족 간호요구에 대한 구체적

연구가 필요하다.

둘째로 치매환자의 문제 출현율은 높으나 낮은 진단율, 낮은 의료비 지출 정도는 이들에 대한 의료적인 관리가 부족한 것을 드러내므로 체계적인 관리 대책 수립이 필요하다.

## Reference

- 권용철, 박종한 (1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구 (제2편 : 구분점 및 진단적 타당도). *신경정신의학*, 28(3), 508-513.
- 김은경 (1989). *중환자실 임원 환자 가족의 요구에 대한 연구*. 서울대 간호대학 석사학위 논문
- 신영수 (1994). *치매환자관리사업 개발*. 서울대학교 지역의료체계 시범사업단.
- 오진주 (1995). *치매노인 보건관리에 관한 연구*. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.
- 오진주, 김희걸, 권영숙 (2000). *송파구노인건강실태조사*. 송파구보건소연구보고서
- 유은정 (1995). *노인성 치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구*. 서울대 간호대학 석사학위논문.
- 이가옥외 (1991). *가정봉사원제도의 정착화방안*. 한국보건사회연구원.
- 한국보건사회연구원 (1998). *전국노인생활실태 및 복지 요구조사*.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1994). 노인성치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구. *간호학회지*, 43(3), 448-459.
- 광명시보건소 (1998). *광명시노인건강사업 보고서*.
- Amadussi, L. A., & Schoenberg, B. S. (1986). Origin of the distinction between Alzheimer's disease and senile dementia: how history can clarify nosology. *Neurology*, 36, 1497-1499.
- Barber, C. E., Fisher, B. L., Pasley, K. (1990). Family care of alzheimer's disease patient : Predictors of subjective and objective burden. *Family Perspective*, 24(30), 283-309.
- Bery, G. L., Zarit, S. H., & Rabatin, V. X. (1991). Caregiver activity on respite and nonrespite days: a comparison of two service

- approaches. *The Gerontologist*, 31(6), 830-835.
- Chenoweth, B., & Spencer, B. (1986) Dementia : The experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26(3), 267-272.
- Choi, H. (1993). Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea. *The Gerontologist*, 33(1), 8-15.
- Dura, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K., & Stukenberg, K. W. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychology and Aging*, 6(3), 467-473.
- Gilhooly, M. L. (1984). The impact of caregiving on care-givers : Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementia relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 35-44.
- Heley, W. E., & Pardo, K. M. (1989) Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4(4), 389-392.
- Leske, J. S. (1989). Needs of Relatives of critically ill patients : A Follow-up. *Heart-Lung*, 15, 189-193.
- Litvin, S. J. (1992). Status transitions and Future outlook as determines of conflict: the caregivers and care receiver' s perspective. *The Gerontologist*, 32(1), 68-76.
- Morycz, R. K. (1985). Caregiving strain and desire to institutionalize family members with alzheimer' s disease. *Research on Aging*, 7(3), 329-361.
- Office of Technology Assessment (1990). Confused minds, burdened families: Finding help for person with Alzheimer' s and other dementias. US Government Printing Office.
- Peason, J., Verma, S., Nellet, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perception as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28(1), 79-83.
- Prucono, R. A., & Resch, N. L. (1989). Husbands and wives as caregivers : Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist*, 29, 159-165.
- Robinson, K. M. (1989). Predictors of depression among caregivers. *Nursing Research*, 38(6), 359-363.
- Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W., & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer' s disease and matched controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197-204.
- Schulz, R., & Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer' s caregivers. *Journal of Abnormal Psychology*, 6(4), 569-578.
- Silliman, R. A., & Sternberg, J. (1988). Family caregiving : impact of patient functioning and underlying causes of dependency. *The Gerontologist*, 28(3), 377-382.
- Stephens, M. A. R., Kidney, J. M., & Oroocki, P. K. (1991). Stressors and well-being among caregivers to older adult with dementia : the in-home versus nursing home experience. *The Gerontologist*, 31(2), 217-223.
- Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: a national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer' s disease. *Psychology and Aging*, 6(3), 392-402.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

- Abstract -

## A Study on the Characteristics of the Demented Elderly staying at home

*Oh, Jin Ju\* · Kim, Hee Girl\*\**

*Kwon, Young Suk\*\*\**

The purpose of this study is to compare the characteristics of the demented elderly and normal elderly over 65 staying at home in Seoul. Here, the demented elderly are defined as the aged who score under 20 on the MMSE-K testing. The subjects were 15,104 elders in home. The method is a cross-sectional study home visiting survey with questionnaires. Data analyses were conducted by using frequency, percentage, t-test and ANOVA procedures.

Results are as follows:

First, general characteristics such as sex, age, marriage, education, physical health, and family characteristics such as economic level and single living showed a significant variance between demented elderly and normal elderly.

Second, the demented elderly showed a significantly high point of AD and IADL.

Third, in contrast with normal agents, the dementia showed a high need for assistance from the care giver but followed the same pattern.

In conclusion, the above findings suggested that a social support system should be developed for the demented elderly and care givers in the home.

Key words : Demented elderly, Care giver, Family demand

---

\* Dankuk University. Dept. of Nursing

\*\* Kyungwon College. Dept. of Nursing

\*\*\* Ansan 1 College. Dept of Nursing