

## 지역사회 치매가족의 간호요구도

오진주\*

### I. 서론

#### 1. 연구의 필요성 및 목적

치매노인에 대한 장기간 간호는 가족구성원간의 갈등은 물론 가족의 각종 정신 신체적, 신경증적 장애를 야기하게 된다. 따라서 치매환자를 간호하는 가족의 부담을 감소시키는 것은 매우 중요하다. 이런 점에서 최근 연구는 가족의 적응과정을 중시하면서 가족부담감에 유의한 영향을 미치는 요인을 규명하고 있는데 환자의 질병특성 외의 많은 다른 요소들이 주간호자의 반응에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다(Given & Given, 1991).

가족의 적응은 외부의 도움에 의해 촉진되며 지지그룹, 치매환자에 대한 간호방법의 교육, 개인적인 정신치료 등이 강조되고 있다. 그러나 가족에 대한 서비스는 가족의 실제 요구에 기초하여 제공하여야 하나 실제로는 흔히 가족의 요구가 무시되고 때문에 가족에게 실제적인 도움이 되지 못하는 경우가 빈번하다.

치매가족의 요구는 다양하며 크게 4개로 구별 가능하다(Yoo, 1995). 정보요구는 전문지식과 경험이 없는 가족이 치매증상에 대해 적절한 대처를 하도록 해준다. 또한 치료, 재활 및 서비스는 질병경과를 늦추거나, 합병증 예방 및 질병악화를 도모하여 가족부담감 경감 효과가 있다(Barber, Fisher & Pasley, 1990; Morycz, 1985; Nellet, Person & Verma 1988). 그 외에 복지요구 및 정서적 지지는(Maiuro, Russon, Teri,

Vitaliano & Young, 1991; Becker, Brewer, Katon Russo & Vitaliano, 1995) 가족의 감소를 위해 중요하다.

치매가족들은 돌봄상황에서 발생하는 어려움을 극복하기 위해 여러 가지 외적 도움이 필요하며 보건의료전문인들은 적절한 중재전략을 통해 가족의 적응과 치매환자의 안녕에 긍정적 영향을 미칠 수 있는 잠재력을 지니고 있다(Collins, Given & Givern, 1994).

치매는 그 질병특성 상 가족의 책임이 상대적으로 큰 비중을 차지하므로 가족에 대한 실제적인 도움을 제공할 수 있도록 가족의 간호요구도를 파악하여 이를 기반으로 서비스를 개발해 나가는 것은 매우 중요한 과제이다.

#### 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 치매노인 가족의 간호요구를 파악하여 가족요구도에 기초한 간호중재의 방향을 모색하기 위한 기초자료를 제공하고자 함에 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 치매가족의 간호요구도의 크기를 파악한다.
- 2) 가족특성 및 치매노인의 특성에 따른 치매가족의 간호요구도를 파악한다
- 3) 가족의 간호요구도에 영향을 미치는 변수를 파악한다.

#### 3. 용어의 정의

\* 단국대학교 간호학과  
본 연구는 단국대학교 교내 연구비 지원으로 수행되었음

- 1) 치매환자
  - (1) 이론적 정의 : DSM-III에 의해서 진단받은 만 60세이상 노인
  - (2) 조작적 정의 : 지역사회 거주 만 65세이상 노인 중 MMSE-K 20점 이하인 노인을 의미한다.
- 2) 가족의 간호요구
  - (1) 이론적 정의: 치매가족이 겪는 문제로 인해 가족이 일상생활에서 필요로 하는 도움의 정도를 의미한다.
  - (2) 조작적 정의 : Yoo(1995)가 개발한 '가족간호요구도 도구'로 측정된 점수를 의미한다. 본 도구는 문헌고찰을 통해 치매가족의 간호요구를 정보, 치료, 복지 및 정서적 지지 요구로 구분하였으며 총 40문항, 5점 척도로 구성되어있다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구대상

서울시내 일개 구에 거주하는 것으로 등록된 65세이상 노인 중 방문조사가 가능한 15216명의 노인을 대상으로 하여 MMSE-K 조사를 실시하였으며 이 중 20점 이하의 노인 792명의 가족을 연구대상으로 하였다.

### 2. 연구도구

#### 1) 치매

치매여부는 MMSE-K를 사용하였다. 이는 치매진단 도구중 신뢰도와 타당도 검증이 되어있으며, Mini-Mental State Examination(MMSE)(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)을 Kwon 과 Park(1989)이 한국 노인들에게 사용할 수 있도록 개발한 한국판 MMSE이다. 본 연구에서의 신뢰도는 .64였다.

#### 2) 치매노인 가족의 간호요구도

Yoo(1995)가 개발한 도구로서 40문항, 5점 척도의 구조적 질문지이며 점수가 낮을수록 간호요구가 높은 것을 의미한다. 문헌고찰과 전문가의 의견을 통해 도구 타당도를 확보하였으며 치매가족 36명에 적용한 결과 신뢰도는 .93으로 나타났다. 본 연구에서의 신뢰도는 Chronbach's alpha = .98이었다.

#### 3) 환자의 신체적 건강

##### (1) 질병유무 조사

면접조사는 지역사회 노인의 유병상태를 파악하기 위한 가장 보편적인 활용방법이다. 본 연구에서는 한국보건사회연구원(1998)에서 사용한 노인 유병율 조사표를 이용하여 만성질환 유무를 조사하였다.

##### (2) 이환일수

지난 한달간 질병을 앓았던 일수를 조사하였다.

##### (3) 일상생활동작 (ADL)

ADL은 Barthel Index를 사용하였다(Barthel & Mahoney, 1965). 본 연구에서는 3점 단위로 평가를 하였으며 점수가 높을수록 의존적임을 나타낸다. 본 연구대상자에서의 신뢰도는  $a = .97$  이었다.

##### (4) 수단적 일상생활동작(IADL)

PGC IADL(Philadelphia Geriatric Center)로서 7개 항목, 3점 단위이다. 사용된 항목은 전화사용능력, 물건구매, 음식준비, 집안일하기, 세탁, 공공교통수단 이용, 투약관리, 현금관리 능력이다(Kane & Kane, 1981). 본 연구에서의 신뢰도는  $a = .95$  였다.

### 3. 자료수집 절차 및 방법

1999.1-1999.12월까지 보건소에 배치된 조사요원 30명을 활용하여 자료를 수집하였으며 조사요원들은 가정에서 직접면접법에 의하여 자료를 수집하였다.

### 4. 자료 처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS/PC 프로그램을 이용하여,

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 구하였다.
- 2) 연구에 사용된 도구의 신뢰도는 Cronbach's Alpha 로 분석하였다.
- 3) 치매노인 및 가족의 특성별 가족간호요구도의 차이는 t-test, ANOVA, X<sup>2</sup> 로 분석하였다.
- 4) 가족 간호요구도 결정요인은 다단계회귀분석을 사용하여 분석하였다.

### 5. 연구의 제한점

가정방문을 통해 자료를 수집한 관계로 실제 간호를 담당하는 주간호자를 만나지 못하는 경우가 많았다. 따라서 주간호자의 간호요구도가 아니라 가족 내 응답자를 대상으로

로 간호요구도를 조사하였다. 이에 따라 주간호자 특성에 대한 정보가 충분히 수집되지 못한 제한점이 있다.

### III. 연구 결과

#### 1. 연구대상자의 일반적 특성

가구의 일반적 특성은 <Table 2>와 같다. 가구소득은 보통이 가장 많고(46.8%), 노인과의 관계는 비교적 좋은 편이 많았다(60.6%). 노인 간호제공자는 대부분 있었으며(94.9%), 노인을 잘 모신다는 응답이 많았다(71.7%). 주수발자가 경제활동을 하는 경우는 37.4%

이었고 이중 66.5%가 치매노인으로 인해 경제활동에 장애를 받는 것으로 나타났다.

<Table 3>은 치매노인의 일반적 특성이다. 치매노인의 평균연령은 81세였으며 여자가 82.1%로 많았다. 결혼상태는 사별이 76.3%로 대부분을 접하였다. ADL 장애를 가진 치매노인은 22.3%로 평균 3.55개의 기능에서 장애를 나타내고 있었다. IADL장애율은 ADL장애율보다 높아 45.1%의 노인이 장애를 보이고 있었으며 평균 5.57개의 높은 행동장애를 보이고 있다. 치매노인의 유병율은 73.4%이며, 지난 한달간 평균 이환일수는 11일이었다. 치매증상을 보이는 노인은 45.3%이며, 증상 출현시기는 2년이상 된 경우가 51.3%로 다수를 점했다.

<Table 1> Characteristics and Reliability of Used Instruments

	measure	model	score range	mean	reliability
nursing needs of family	Yoo(1996) scale	40	40-200 score 5 score Likert scale	the lower score, the higher needs.	.98
ADL	Barthel index	10	0 ~ 20 score 3 score Likert scale	the higher score, the lower function.	.97
IADL	PGC index	7	0 ~ 14 score 3 score Likert scale	the higher score, the lower function.	.96
recognition function	MMSE-K	12	0 ~ 30 score	the higher score, the higher recognition.	.64
depression	S-GDS	14	0 ~ 14 score 2 score Likert scale	the higher score, the higher depression.	.85

<Table 2> General Characteristics of Family

characteristics of family		frequency	rate(%)	total	
				frequency	rate(%)
economic status	rich	84	10.6	790	100.0
	normal	370	46.8		
	narrow	336	42.5		
relationship with elder	very good	155	19.6	791	100.0
	generally good	324	41.0		
	normal	242	30.6		
	generally poor	34	4.3		
	very poor	4	.5		
nursing shifter	exist	748	94.9	788	100.0
	nothing	40	5.1		
nursing attitude of family	best	95	16.4	579	100.0
	good	320	55.3		
	normal	152	26.3		
	alone	12	2.1		
economic activity of main caregivers	exist	134	37.4	358	100.0
	nothing	224	62.6		
economic effects by elder support	not be effected	53	33.5	158	100.0
	be effecetd	60	38.0		
	be effected plenty	31	19.6		
	break economic activity	14	8.9		

〈Table 3〉 General Characteristics of Patients

characteristics of patients		fequency	rate(%)	total	
				Fequency	rate(%)
age	65-69	73	9.2	791	100.0
	70-74	127	16.1		
	75-79	182	23.0		
	over 80	409	51.7		
sex	man	142	17.9	792	100.0
	woman	650	82.1		
marriage	be match	185	23.5	788	100.0
	be bereaved	601	76.3		
	seperation or divorce	2	.3		
ADL defect	nothing	615	77.7	792	100.0
	1-3	75	9.5		
	4-5	19	2.4		
	over 6	83	10.5		
IADL defect	nothing	435	54.9	792	100.0
	1-3	114	14.4		
	4-5	83	10.5		
	over 6	160	20.2		
disease	nothing	211	26.6	792	100.0
	exist	581	73.4		
length of sick days	nothing	310	39.4	786	100.0
	1-25 days	123	15.6		
	over 26 days	353	44.9		
MMSE-K score	under 5 score	106	13.4	792	100.0
	6-10 score	82	10.4		
	11-15 score	147	18.6		
	16-20 score	457	57.7		
dementia symptoms	exist	279	45.3	616	100.0
	nothing	337	54.7		
occurrence time of dementia symptoms	under 6 months	35	9.4	372	100.0
	6-12 months	80	21.5		
	1-2 years	66	17.7		
	before 2 years	191	51.3		

## 2. 치매가족의 간호요구도

〈Table 4〉는 치매가족의 간호요구도를 영역별로 제시한 것이다. 전체적으로 각 영역별 간호요구도는 3점 이상으로서 평균보다 높지 않은 것으로 나타났다.

영역별로는 정보적 간호요구가 가장 요구도가 높았으며(평균 3.29점), 그 다음이 치료적 간호요구(평균 3.31점), 복지관련 요구(평균 3.32점), 정서적지지 요구(평균 3.34점) 순으로 나타났다.

## 3. 대상자 특성에 따른 영역별 간호요구도

〈Table 5〉는 대상자 및 가족의 특성별로 총간호요구

도의 차이를 검증한 것이다. 환자의 특성 중 총간호요구도에 유의한 영향을 미치는 요인은 환자의 성별, ADL, IADL, 이환일수, 질병유무, MMSE-K 점수, 치매증상 유무이며, 가족의 특성 중에서는 경제상태, 가족의 수발태도였다.

일반적 특성 중 남성환자인 경우( $p=.04$ ) 간호요구도가 증가된다. 또한 신체적 특성으로 ADL과 IADL이 저하된 경우( $p=.00$ ), 이환일수가 길고( $p=.01$ ), 질병이 있는( $p=.93$ ) 환자인 경우 간호요구도가 높아진다. 환자의 MMSE-K 가 낮고( $p=.00$ ), 치매증상이 있을 때( $p=.00$ ) 역시 가족의 간호요구도가 높아진다.

가족의 특성에서는 경제상태가 좋고( $p=.03$ ), 수발태도가 좋은( $p=.00$ ) 가족이 간호요구도가 더 높게 나타난다.

<Table 4> Nursing Needs of Dementia Elder Family by Range

questionnaire contents		Mean	S.D	M.SD
inforrmation	accuracy of medication	3.38	.89	
nursing needs	management way coping with reaction of medicines	3.37	.89	
	nursing way to assist capacity	3.31	.93	
	cause of dementia symptoms	3.29	.94	
	way coping with behavior causing problems	3.28	.95	3.29.83
	precise understanding to characteristics of dementia	3.27	.93	
	way assisting daily life	3.27	.96	
	heredity of dementia	3.26	.98	
	prognosis of dementia	3.24	.96	
	nursing way to accident to be easily occurred	3.21	1.01	
therapeutic	evaluation to nursing way used to assist dementia elder	3.47	.77	
nursing needs	explanation to term of dementia nursing more easily	3.42	.85	
	equal assisting way of each family	3.39	.90	
	speech remedy	3.38	.88	
	management insomnia	3.38	.90	
	visiting remedy of medical person	3.27	.98	
	communication by effective conversation way	3.26	.97	3.31.78
	physical remedy	3.25	.98	
	meal management to maintain nutrition	3.24	.94	
	continenace management	3.24	1.03	
	mentality remedy	3.24	1.00	
	protection againt constipation	3.20	1.05	
	proper recreation	3.19	1.02	
welfare service	participation in meeting of dementia family	3.57	.72	
nursing needs	hospitalization in special dementia hospital	3.44	.88	
	counsel service by telephone	3.40	.91	
	lending of assistance tool	3.39	.90	
	change of home structure fo convenient life	3.36	.90	3.32.28
	equal assisting way of each family on day	3.34	.96	
	clean appearance	3.27	.92	
	bath assistance	3.20	1.05	
	economic assistance	3.00	1.19	
emotional	support by order of sons and daughters	3.47	.86	
support	visiting of the religious and participation in religious worship	3.47	.85	
nursing needs	participation in social activity and taste for family	3.44	.84	
	needs to be recognized to devoted behavior	3.41	.86	3.34.77
	expression to uncertain life of the future	3.29	.96	
	forget to actual situation for a time	3.24	.99	
	understanding to fatigue occuring to caregivers	3.22	1.01	
	concerns and kindness of medical persons	3.20	1.04	

<Table 6>은 환자 및 가족의 특성에 따른 영역별 간호요구도의 차이를 나타낸 것이다.

환자의 특성 중 남성환자가 간호요구도가 높게 나타나는 양상을 보였으며 영역별로는 정보적간호요구(p=.01), 치료적 간호요구(p=.00), 복지요구도(p=.04)가 높다. 그러나 정서적지지 요구도는 유의한 차이를 보이지 않았다. 그 외의 일반적 특성인 환자의 연령 및 결혼상태는

각 영역별 간호요구도에 유의한 차이를 초래하지 않았다.

환자의 생활기능 평가척도인 ADL, IADL은 가족의 총간호요구도를 유의하게 높이는 요인이었다.

ADL저하는 치료와 관련된 간호요구(p=.01), 복지관련요구(p=.02), 정서적지지 요구(p=.01)에서의 요구도를 증가시키는 요인이었다. 그러나 정보적 간호요구도에서는 유의한 차이를 유발하지 않았다.

(Table 5) Variables affecting on Family's Nursing Service Needs

contents		N	Mean	S.D	F	Sig
age	65-69	64	165.41	80.93	.78	.511
	70-74	111	161.33	75.85		
	75-79	163	174.33	79.61		
	over 80	372	165.01	75.39		
sex	man	131	154.45	73.65	-2.01	.045
	woman	580	169.35	77.37		
marriage	be match	160	160.73	75.78	1.12	.33
	be bereaved	546	168.76	77.27		
	seperation or divorce	2	115.50	62.9		
ADL defect	nothing	545	173.81	80.25	7.17	.000
	1-3	72	145.58	54.50		
	4-5	17	131.41	35.76		
IADL defect	over 6	77	143.04	66.53	15.05	.000
	nothing	374	182.50	85.27		
	1-3	107	162.67	63.18		
disease	4-5	78	156.47	66.22	4.68	.010
	over 6	152	135.45	55.80		
	nothing	268	170.01	81.47		
length of sick days	exist	114	183.03	85.88	2.14	.033
	nothing	324	158.53	68.62		
	1-25 days	184	177.02	80.74		
MMSE-K score	over 26 days	527	162.96	75.20	25.88	.000
	under 5 score	100	135.55	55.20		
	6-10 score	81	136.70	56.61		
dementia symptoms	11-15 score	140	145.54	53.83	-8.98	.000
	16-20 score	390	188.33	85.12		
	exist	279	124.63	45.23		
occurrence time of dementia symptoms	nothing	333	161.70	55.59	.81	.49
	under 6 months	35	135.23	43.00		
	6-12 months	79	137.25	50.56		
economic situation	1-2 years	65	126.72	46.98	3.68	.03
	before 2 years	191	129.38	46.20		
	rich	62	149.44	69.95		
relationship with elder	normal	329	162.35	73.21	1.90	.11
	narrow	320	174.30	81.04		
	very good	135	168.55	82.57		
nursing shifter	generally good	289	166.60	75.12	-1.29	.20
	normal	223	159.43	70.89		
	generally poor	28	137.32	45.82		
nursing attitude of family	exist	672	165.43	75.59	6.90	.000
	nothing	35	182.49	93.78		
	best	95	119.78	29.78		
economic activity of main support	good	319	136.99	34.04	.58	.56
	normal	152	139.76	40.64		
	alone	11	140.55	69.07		
economic effects by elder	exist	123	144.24	65.09	1.84	.07
	nothing	209	140.39	53.73		
support	not be effected	51	154.86	57.49	1.84	.07
	be effected	56	134.59	56.48		

<Tables 6> Nursing Needs by Characteristics of Subjects

range subject	information needs T or F(p-value)	therapeutic needs T or F(p-value)	welfare needs T or F(p-value)	emotional needs T or F(p-value)
age	.11(.95)	.66(.68)	.52(.67)	.66(.58)
sex	12.53(.01)*	-2.80(.01)**	-2.12(.04)*	-1.60(.11)
marriage	2.04(.13)	1.63(.20)	.41(.67)	.57(.57)
ADL defect	1.38(.25)	3.74(.01)*	3.23(.02)*	3.84(.01)**
IADL defect	4.47(.00)**	7.94(.00)**	7.17(.00)**	10.08(.00)**
disease	5.47(.00)**	7.63(.00)**	8.18(.00)**	7.56(.00)**
length of sick days	1.04(.35)	.13(.88)	.78(.46)	1.54(.22)
MMSE-K score	1.11(.27)	1.60(.11)	1.64(.10)	1.49(.14)
dementia symptoms	-12.29(.00)**	-11.35(.00)**	-9.66(.00)**	-11.29(.00)**
occurrence time of dementia symptoms	.99(.40)	.96(.41)	.98(.40)	1.17(.32)
economic situation	3.61(.03)*	2.90(.06)*	.56(.57)	2.10(.12)
relationship with elder	1.33(.26)	.66(.62)	.78(.53)	.62(.65)
nursing shifter	.66(.51)	.49(.63)	2.13(.03)*	.15(.88)
nursing attitude of family	-1.03(.30)	-.64(.53)	-.80(.42)	-.15(.87)
economic activity of main caregivers	2.39(.02)*	1.55(.12)	1.85(.07)	2.01(.05)*
economic effects by elder support	7.33(.00)**	8.16(.00)**	5.57(.00)**	6.75(.00)**

<Table 7> Predicting Factors on Nursing Needs of Dementia Family

	R <sup>2</sup>	Cum R <sup>2</sup>	B(β)	F	P
dementia symptoms	.104	.104	21.49(.28)	38.37	.000
caregivers attitude	.019	.123	5.27(.12)	23.11	.000
economic activity	.015	.138	1.69(.15)	17.58	.000
length of sick days	.012	.150	4.78(.13)	14.51	.000
age	.01	.160	3.59(.10)	12.54	.000

IADL저하는 정보적 간호요구(p=.00), 치료관련 간호요구(p=.00), 복지관련요구(p=.00), 정서적 지지요구(p=.00) 등 모든 영역의 간호요구도를 증가시키는 요인이었다.

한편 신체적 건강상태로서 총간호요구도에 유의한 차이를 초래한 요인인 이환일수(p=.01), 질병이 있음(p=.03)은 구체적 영역에서는 유의한 차이를 초래하는 요인이 아니었다.

정신건강지표인 MMSE-K 점수 상 인지기능이 낮은 환자는 총간호요구도가 높았으며(p=.00) 각 영역별로 정보적 간호요구(p=.00), 치료관련 간호요구(p=.00), 복지관련요구(p=.00), 정서적 지지요구(p=.00) 유의하게 높았다.

치매증상이 있는 경우도 역시 총간호요구도(p=.00)가 높음은 물론 각 영역별로 유의하게 높은 간호요구도를 보였다(p=.00).

가족의 특성 중 경제상태는 총간호요구의 차이를 초래하는데(p=.03) 경제수준이 높은 가족에서 정보적 간호요구도(p=.03)와 치료적 간호요구도(p=.06)가 높다. 한편 가족의 수발태도로는 적극적으로 모시는 가족에서 간호요구도가 더 높게 나타나고 있다. 가족의 수발태도는 정보적 간호요구(p=.00), 치료관련 간호요구(p=.00), 복지관련요구(p=.00), 정서적 지지요구(p=.00) 등 모든 영역의 간호요구도를 증가시키는 요인이었다.

### 3. 가족간호요구도 결정요인

<Table 7>은 가족의 간호요구도를 결정하는 요인을 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석을 한 결과로 가족의 간호요구도를 결정하는 가장 주요한 요인은 치매증상으로서 10.4%의 설명력을 보여주었고, 다음으로는 가족의 수발태도가 1.9%, 가족이 경제활동 유무가 1.5%, 이환

일수가 1.2% 순으로 설명력을 보여주었다.

#### IV. 논 의

본 연구는 치매가족의 간호요구도와 그 영향요인을 규명하여 가족을 위한 서비스 개발을 위한 기초자료를 제공하는 것을 목표로 수행되었다. 본 연구에서 치매가족의 간호요구도는 전체적으로 보통이하의 점수를 나타내어 가족의 간호요구도가 낮게 나타났다. 이는 Yoo(1995)의 연구에서 간호요구도가 보통 이상의 높은 요구도를 나타내고 있는 것과는 매우 다른 결과이다. 기존의 연구결과와는 달리 가족의 간호요구도 조사에서 평균 이하의 낮은 요구도를 나타낸 것은 의아스런 결과이다. 그러나 본 연구대상인 치매노인의 특성이나 상황이 실제로는 일반노인에 비해 열악한 점에 비추어 볼 때 (Kim, Kwon & Oh, 2001) 이런 결과가 곧 가족의 실제 간호요구도가 낮음을 의미하는 것은 아닌 것 같다. 오히려 치매에 대한 사회적 관심에 비해 실제적인 사업은 적었거나 혹은 기존 치매사업이 가족의 요구도를 충분히 충족시켜주지 못했음을 반영하는 결과일 수도 있다.

치매가족의 간호요구 영역별 우선순위는 정보적 간호요구, 치료적 간호요구, 복지관련요구, 정서적지지 관련요구 순으로 나타났다. 정보적 간호요구가 가장 높은 것은 Yoo(1995)에서와 일치하나 이후 다른 영역의 순위는 다르다. Yoo(1995)에서는 정서지지 간호요구, 치료적 간호요구, 복지간호요구 순서로 나타났다. 그러나 영역간의 간호요구도 점수의 차이는 매우 적기 때문에 영역간 점수 비교는 의미가 없는 것으로 보인다.

정보적 간호요구에는 치매증상의 원인 파악, 치매특징과 예후에 대한 정보 및 돌봄 과정에 필요한 지식과 정보에 대한 요구가 포함되며 이는 가족들의 요구도가 매우 높은 영역이다(Hatfield, 1979; Simonton, 1987). 비전문가인 가족이 환자를 돌보는 과정에는 어느 정도 훈련이 필요하며, 훈련이 없는 경우의 돌봄과정은 효율성이 낮고 돌보는 가족원들 역시 불안감을 느끼게 된다(Yang, 1992). 특히 치매노인 간호는 가족에게는 더욱 어려운 과제로서 (Simonton, 1987) 가족은 한차례의 정보모임을 통해서도 상당한 이익을 얻는다. 가족 교육과정은 치매의 증상, 원인, 기대경과를 포함해서 지역 내에서 가용한 자원 정보도 포함된다. 또한 문제행동과 일상생활 관리방법, 사고방지 관리방법 등도 포함될 수 있다.

치매환자 재활 및 치료적 서비스는 환자의 질병경과를

늦추며, 특히 치매환자는 만성질환에 취약하면서도 그 발견이 늦는 경우가 빈번하므로 주기적 의학적 감시에 대한 요구도는 매우 높다. Woerner와 Casper(1987)는 치매가족이 가지는 치료적 요구는 의학적 평가를 받는 것, 상담, 규칙적 감독을 받는 것, 치매노인의 물리치료, 정신치료, 언어치료, 적절한 운동을 받는 것 등이라고 설명하면서 적절한 치료를 통해서 치매의 문제행동이 악화되는 것을 예방할 수 있다고 주장하였다. 특히 치료적 서비스 요구도 항목 중 '노인에게 적당한 운동을 시키고 싶다' '변비를 예방하고 싶다' 가 요구도가 높게 나타난 것은 뇌혈관 장애가 큰 비중을 차지하는 때문인 것으로 추측된다(Yoo, 1995).

치매 주간호자는 정서적 긴장과 시간적 제약을 받게되며 지역사회자원이나 사회적 서비스에 대한 요구도가 높다. 이들의 서비스요구는 법적서비스, 가정부/사생활 상담, 집 구조의 수리 등으로 다양하다(Caserta, Connelly, Land, & Poulton, 1987).

복지관련요구에서는 '경제적 도움을 받기 원한다', '목욕을 시켜주기 원한다'의 요구가 우선적으로 높았다. 그러나 병원입원이나 치매가족 모임 참여요구 등은 매우 낮게 나타났다. 특히 치매전문 병원입원에 대한 요구도가 낮은 것은 Kwon(1993)의 조사나 Yoo(1995)의 조사와 대조적이다. 이는 아마도 대상자의 차이를 반영한 것으로 보인다. 즉 Yoo(1995)는 병원에 입원 혹은 통원치료 중인 중증도 환자를 대상으로 한 반면 본 연구는 지역사회 거주자를 대상으로 한 것으로 경증환자가 다수 있기 때문일 것이다. 이는 환자의 인지기능 검사상 경증(MMSE-K 점수 16-20점)이 대부분이며(57.7%) 치매 증상이 없는 경우가 다수인 것(54.7%)에서 잘 드러난다.

치매가족은 또한 정서적 지지를 필요로 한다. 치매 주간호자는 비교집단의 부양자에 비해 우울, 불안등의 정신과적 문제가 더 많기 때문이다(Maiuro, Russon, Teri, Vitaliano & Young, 1991; Becker, Brewer, Katon, Russo & Vitaliano, 1995). 본 연구에서도 '의료요원의 관심과 친절', '치매노인 간호가 피곤하다는 것을 알아주기 바람' 등이 높은 우선순위를 나타내었다. 이는 유(1995)의 연구와도 일치하며 기존연구(Cleland, Pratt, Schmall & Wright 1985)에서 치매가족의 정서적 지지가 매우 중요한 간호요구임을 강조한 것과도 일치한다. 정서적 지지를 위한 주요 전략으로서 가족모임이 효과적인 것으로 알려져 있다. 가족모임은 상호간의 정보교환을 통해 치매관련 지식의 증가



(George & Gwyther, 1988; Brown, Haley & Levine 1987)는 물론 가족이 감정을 표현할 분위기와 기회를 마련함으로써 가족부담감과 우울 경감 효과가 (Kahan, Kemp & Levine, 1985) 있다. 그러나 본 조사에서와 같이 실제로 치매가족의 모임에 참여하고 싶다는 요구는 매우 낮다. 이는 우리나라는 사회적 지지를 주로 가족 내에서 얻는 문화적 배경이 강하고, 또한 가족모임이 활성화되어있지 못한 것도 일부 원인으로 생각된다.

치매가족의 간호요구도에 영향을 미치는 요인으로 환자가 남자인 경우 간호요구도가 높았다. 이는 주로 주간호자가 여성이기 때문인 것으로 보여진다(Oh, 1995).

이환일수가 많을수록, 질병있는 경우, 인지기능이 저하될수록, 치매증상이 있는 경우 간호요구도가 높다. 또한 ADL, IADL 기능 저하가 심할 경우 간호요구도가 높게 나타났다. 치매환자의 인지기능 저하가 일상적 생활기능의 저하를 초래(Shin, 1994; Oh, 1995)한다는 것은 기존연구에서 잘 알려진 사실이다(Barber, Fisher & Pasley, 1990; Morycz, 1985). 이러한 치매노인의 기능저하는 곧 간호요구도를 높이는 요인이 된다(Shin, 1994; Oh, 1995). 치매증상이 있는 경우 가족의 간호요구도가 높다는 것은 Chenoweth와 Spencer(1986)가 제시한 치매노인 가족이 경험하기 가장 들보기 어려운 것이 노인의 문제증상이라고 한 것과 일치한다. Schultz 등의 연구에서도 문제행동 수(Schulz & Williamson, 1991)가 부담감의 유의한 영향요인이었다. 치매증상의 출현시기에 대해 Yoo(1995)에서는 증상발현이 오래될수록 가족의 간호요구도가 높게 나타나고 있다. 선행연구 역시 치매 말기가 될수록 가족의 일상생활 패턴이 깨지고 가족 내 갈등이 발생하여, 신체, 정신적 소진을 경험함을 제시하고 있다(Gillhooley, 1984; George & Gwyther, 1988). 본 연구에서도 역시 2년 이상된 경우에서 가장 가족간호요구도가 높게는 나타났으나 통계적 유의성은 없었다.

가족의 특성으로는 경제상태가 좋은 경우에서 오히려 간호요구도가 높다. 또한 수발태도가 좋을수록 더 간호요구도가 높다. 그러나 경제활동 유무나 경제활동에 지장을 받는 여부는 간호요구도에 대한 유의한 영향요인이 아니었다. 이런 결과 역시 경증의 노인이 다수이거나 혹은 중증환자인 경우 대부분 가족이 이미 경제활동을 포기한 때문일 수도 있다. 또한 유의한 차이를 보이는 것은 아니었지만 간호교대자가 있는 경우에 오히려 더 간

호요구도가 높게 나타났다. 이는 기존 연구(Yoo, 1995; Potashnik & Pruchno, 1989) 와 다른 결과이다. 본 연구에서는 증상이 심한 경우 간호교대자가 필요하기 때문에 생긴 결과가 아닌가 유추가 가능하나 추후 연구가 필요한 것으로 생각된다.

가족의 간호요구도에 대한 각 변수들의 영향정도에서 가장 큰 영향변수는 환자의 치매증상이었다. 또한 가족의 수발태도, 경제활동 여부, 이환일수가 그 다음 중요한 설명변수였다. 이런 결과는 치매증상 관리가 특히 가족의 주요 당면 문제라는 것을 잘 보여주며, 또한 동일한 상황 하에서라도 가족의 수발태도 즉, 가족대처와 적응양상이 가족부담감에 유의한 영향요인임을 잘 보여준다(Given & Given, 1991). 따라서 앞으로 치매환자의 가족에 대해 문제행동 등 구체적 문제에 대한 간호전략을 개발하도록 하는 도움을 제공해야 할 것이며(Ehrlich & White, 1991), 더 나아가 가족의 태도, 즉 간호에 대한 적극성, 주간호자가 경험하는 정서적 반응, 공식적 자원을 사용하려는 준비 정도 등을 고려하여 제공되어야 할 것이다.

가족의 간호요구도가 치매증상이나 가족의 태도, 환자의 질병 이환일수 등에 의해 영향을 받는다는 사실은 적절한 중재전략을 통해 보건의료전문가들은 가족의 적응과 치매환자의 안녕에 긍정적 영향을 미칠 수 있음을 보여주는 것이라고 하겠다.

## V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 치매노인 가족의 간호요구도를 파악하여 가족요구도에 기초한 간호중재의 방향을 모색하는 기초자료를 제공하고자 함에 있다. 연구대상은 서울시내 일개 구에 거주하는 65세 이상 노인 중 방문조사가 가능한 15216명의 노인을 대상으로 실시한 MMSE-K 조사 결과 20점 이하인 노인 792명의 가족이다. 조사기간은 1999.1-1999.12월까지이며, 조사요원 30명을 활용하여 가정에서의 직접 면접법에 의하여 자료를 수집하였다. 간호요구도는 Yoo(1995)의 도구를 이용하였으며, 본 연구에서 도구 신뢰도는 Chronbach's alpha = .98이었다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

### 1) 치매가족의 간호요구

전체적으로 각 영역별 간호요구도는 3점 이상으로서 평균보다 높지 않은 것으로 나타났다.

2) 영역별로는 정보적 간호요구가 가장 요구도가 높았으며(평균 3.29점), 그 다음이 치료적 간호요구(평균 3.31점), 복지관련요구(평균 3.32점), 정서적지지 관련요구(평균 3.34점) 순으로 나타났다.

3) 가족의 총간호요구도에 영향을 미치는 요인으로서 환자의 특성은 남성( $p=.04$ )인 경우, 또한 신체적 특성으로 ADL( $p=.00$ )과 IADL이 저하된 경우( $p=.00$ ), 이환일수가 길고( $p=.01$ ), 질병이 있는( $p=.03$ ) 경우, MMSE-K 점수 상 인지기능이 저하되고( $p=.00$ ), 치매 증상이 있을 때( $p=.00$ ) 가족의 간호요구도가 높아진다. 가족의 특성에서는 경제상태가 높고( $p=.03$ ), 수발태도가 좋은( $p=.00$ ) 가족이 간호요구도가 더 높게 나타났다.

4) 가족의 간호요구도 결정요인으로는 치매증상 10.4%, 가족의 수발태도 1.9%, 가족의 경제활동 유무 1.5%, 이환일수 1.2% 순으로 설명력을 나타내었다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언이 가능하다.

- 1) 가족간호요구도는 치매증상이나 가족의 태도, 환자의 질병이환일수 등에 의해 영향을 받으므로 가족에 대한 지지와 환자증상 및 치료를 통해 치매가족과 환자의 안녕에 긍정적 영향을 미치도록 해야할 것이다.
- 2) 이를 위해 치매환자 가족의 간호요구도에 영향을 미치는 문제행동 관리방법, 운동방법 등 구체적 문제에 대한 간호전략을 교육하도록 한다.
- 3) 가족이 적극적 수발태도가 간호요구도에 대한 주요 영향요인이므로 수발태도에 영향을 미치는 관련 요인에 대한 추후연구가 필요하다.

## References

- Barber, Fisher & Pasley (1990). Family care of alzheimer's disease patients: Predictors of subjective and objective burden. *Family Perspective*, 24(30), 283-309.
- Barthel & Mahoney (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index". *Maryland State Medical Journal* 14, 61-65.
- Becker, Brewer, Katon, Russo & Vitalian (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197-204.
- Berry, Brown, Haley, Hughes & Levine (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc*, 35, 405-411.
- Brown, Haley & Levine (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group interventions for dementia care. *Gerontologist*, 27(3), 376-382.
- Caserta, Connelly, Land & Poulton (1987). Older adult caregivers of developmentally disabled household members: Service needs and fulfillment. *Journal of Gerontological Social Work*, 10, 35-50.
- Chenoweth & Spencer (1986). Dementia: the experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26(3), 267-272.
- Cleland, Pratt, Schmall & Wright (1985). Burden & coping strategies of caregivers to alzheimer's patients. *Family Relation*, 34, 27-33.
- Collins, Given & Givern (1994). Interventions with family caregivers of persons with alzheimer's diseases. *Nsg Clinics of North America*, 29(1), 195-206.
- Collins, Given & Given (1988). Sources of among families caring for relative with alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 23(1), 69-81.
- Ehrlich & White (1991). A consumer approach to Alzheimer's respite programs. *Gerontologist*, 31(5), 686-691.
- Folstein, Folstein & McHugh (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- George & Gwyther (1988). Support groups for caregivers of memory impaired elderly: Easing caregiver burden. In Bond, L., Wagner, B. (1988). *Families in Transition: Primary*

- Prevention programs that Work, 309-332
- Gilhooly (1984). The impact of care-giving 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.
- Given & Given (1991). Family caregiving for the elderly. In Fitzpatrick, J. J., Taunton, R. L. Jacox, A. K : *Annual Review of Nursing Research*, 9, 77-102.
- Hatfield (1979).The family as partner in the treatment of mental illness, *Hospital and community psychiatry*, 30(5), 338-340.
- Kahan, Kemp & Levine (1985). Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness: A controlled study. *J am Geriatr Soc* 33(10):664-670
- Kane, R. A., Kane, R. L. (1981). *Assessing the Elderly-A practical guide to measurement*, Lexington Books, Massachusetts, Toronto.
- Kim, Kwon & Oh (2001). A study on the characteristics of the demented elderly staying at home. *J of Korean Community Health Nsg*, 12(1), 214-225.
- Korea Institute for Health and Social Affairs (1998). *Research on Welfare Wants and Life Condition of Elder*.
- Kwon, Y. C., Park, J. H. (1989), A Study on Standardization of Mini-Mental State Examination(MMSE-K) for Elder, *Nerves-Psychiatry*, 28(3), 508-513.
- Maiuro, Russo, Teri, Vitaliano & Young. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with alzheimer's disease. *Psychology and Aging* 6(3):392-402
- Morycz (1985). Caregiving strain and desire to institutionalize family members with alzheimer's disease. *Research on Aging*, 7(3), 329-361.
- Nellet, Pearson & Verm (1988).Elderly psychiatric patient status and caregiver perception as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28(1),79-83.
- Oh, J. J. (1995). *A Study on Health Care Management for Dementia Elder*, Ph. D. Dissertation, Seoul National University.
- Potashnik & Pruchno (1989). Care giving spouses: Physical and mental health in perspective. *J Am Geriatr Soc*, 37, 697-750.
- Robinson (1989). Predictors of depression among caregivers. *Nursing Reserch*, 38(6), 359-363
- Schulz & Williamson (1991). A 2-year longitudinal study of depression among alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6(4), 569-578.
- Shin, Y. S. (1994). *Development of Management Project for Dementia Patients*, Seoul National University, Example Project Group of Local Medical Care System.
- Simonton (1987). Assessing care giver information need: A brief questionnaire. *Journal of Gerontological Social Work*, 10(2), 177-180.
- Yang, Y. H. (1992). *Theoretical Structure Model to Role Stress and Health of Families Nursing Chronic Inpatients*, Ph. D. Dissertation, Seoul National University.
- Yoo, Y. J. (1995). *A Study on Nursing Needs of Dementia Patients Families*, Master Theses, Seoul National University.

- Abstract -

## Nursing Service Needs of Caregivers for Demented Elderly in the Community

Oh, Jin Joo\*

**Purpose:** to investigate nursing service needs of dementia caregivers in the community, and

---

\* Dankook University. Dept. of Nursing

also to provide basic data that is helpful in developing nursing intervention for them.

**Method:** MMSE-K exam was administered on 15,216 men more than 65years old who live in Gu, Seoul city, and the subject of this study were caregivers of 792 demented elderly who were below 20 points in the MMSE-K exam.

**Result:** Total score of nursing service needs of family appeared lower than average. By specific area, information nursing needs was the highest( $M=3.29$ ), and therapeutic nursing needs ( $M=3.31$ ), welfare service nursing needs( $M=3.32$ ), emotional support nursing needs ( $M=3.34$ ) followed in order.

The factors which increased the total score of nursing service needs of dementia caregivers as general and physical characteristics were man ( $p=.04$ ), lower ADL ( $p=.00$ ) and IADL( $p=.00$ ), longer length of sick days( $p=.01$ ), having diseases( $p=.03$ ), decline of cognition( $p=.00$ ), existence of dementia symptom( $p=.00$ ). And, high economic status( $p=.03$ ), good caring

attitude( $p=.00$ ) were family characteristics which increased the nursing service needs of caregivers.

As predicting variables dementia symptom (10.4%), caring attitude(1.9%), existence of economic activity(1.5%), and length of sick days(1.2%) exhibited explanation power in order.

**Conclusion:** In future, active intervention methods that correspond to family nursing service needs have to be developed, and it is also needed to develop nursing intervention strategy on specific problem with dementia problematic behavior, exercise etc.. Also, it is needed to do research on the caring attitude of dementia family because active caring attitude of family was significant influencing factor on nursing service needs of family.

Key words : Dementia, Caregivers,  
Nursing Service needs