

치매노인의 불안, 우울, 삶의 질에 대한 치매노인의 주관적 측정과 간병인의 측정간의 차이 연구

신경림¹ · 강윤희² · 정덕유³ · 김려화⁴ · 황선아⁴

이화여자대학교 건강과학대학 간호과학부 교수¹, 부교수², 전임강사³, 대학원생⁴

Comparison between Perception of Dementia Patients' and Caregivers' Assessment on Patients' Anxiety, Depression, and Quality of Life

Shin, Kyung-Rim¹ · Kang, Younhee² · Jung, Dukyoo³ · Jin, Li Hua⁴ · Whang, Suna⁴

¹Professor, ²Associate Professor, ³Full-time Lecturer, ⁴Master Student, College of Health Sciences, Division of Nursing Science, Ewha Womans University

Purpose: The objectives of this study were to examine the difference between scores assigned by dementia patients and their caregivers to the patients' anxiety, depression, and quality of life. **Methods:** After obtaining Institutional Review Board(IRB) approval, face-to-face interview with the patients and their caregivers respectively was conducted by trained graduate-level nursing students from December 2007 to February 2008. Patients' anxiety, depression, and quality of life were measured by patients and their caregivers. The data obtained were analyzed using the SPSS/WIN 14.0 program, which was used for frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and Pearson's correlation. **Results:** Significant relationships were reported between the depression rated by patients and that rated by their caregivers($r = .37, p = .019$). In addition, there was no difference between the quality of life rated by patients and that rated by their caregivers($t = -7.11, p = .479$). However, there was no significant relationship between the anxiety rated by patients and that rated by their caregivers($r = .21, p = .195$). **Conclusion:** There were no differences on level of depression and quality of life of dementia patients measured by dementia patients and caregivers. However, dementia patients' anxiety level has discrepancy between them.

Key Words : Dementia, Anxiety, Depression, Quality of life

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 인구의 평균수명은 2005년 78.6세이던 것이 2010년에 79.6세, 2020년이 되면 81.45세로 연장될 전망이다이고 노인인구 비율 또한 빠르게 상승되어 65세

이상 노인인구가 2000년 전 인구의 7.2%이던 것이, 2018년에 14.3%, 2026년에는 20.8%로 증가될 것으로 보인다(Korea National Statistical Office, 2007). 이러한 평균수명 증가와 노인인구비율 증가는 우리나라가 급속하게 노령화 사회에 진입하도록 하였고 2018년에 고령사회에, 2026년에는 노인인구가 20.8%로 증가하여 초고령사회에 진입할 것으로 전망되고 있다(Korea

Corresponding address: Shin, Kyung-Rim, Professor, Division of Nursing Science, Ewha Womans University, 11-1 Daehyun-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea. Tel: 82-2-3277-2886, E-mail: krshin@ewha.ac.kr

* The investigators of this work were supported by the Third Stage of Brain Korea Project.

접수일 2008년 7월 18일 심사외뢰일 2008년 7월 18일 심사완료일 2008년 10월 25일

National Statistical Office, 2007). 평균수명의 연장과 함께 각종 노인성 질환이 증가하고 있는 것이 현실이며, 그 중 치매는 다양한 뇌의 질환 및 뇌기능에 영향을 주는 노인성 만성질환으로 인지장애, 신체 및 사회적 기능장애를 초래한다. 우리나라의 치매 유병률은 조사방법과 대상, 치매의 기준에 따라 조금씩 차이를 보이고 있으나 Shin 등(2002)은 9.7%, Cho(2002)에 의하면 우리나라 치매의 전체 유병률은 6.26 - 11.3%로 보고되었다. 또한 2007년 9월 보건복지부가 세계치매의 날을 맞아 발표한 자료에 따르면 2007년 우리나라 65세 이상 치매노인은 39만 9천명으로 8.3%의 유병률을 나타내고 있었으며 2010년에 46만 1천명, 2020년은 69만 3천명으로 증가할 것으로 보고된 바 있다 (Ministry of Health and Welfare, 2007).

치매는 뇌의 만성 또는 진행성 질병에 의해 발생하는 증후군으로, 정상적인 지적능력을 가진 사람이 후천적으로 지적능력을 잃어버리는 신경계의 퇴행성 질환이다(Korean neurological association, 2007). 또한 치매는 뇌신경 손상으로 인한 기억력장애를 포함한 언어 기능, 판단력, 학습능력, 계산력, 시공간능력, 실행기능 등의 인지기능 저하를 가져올 뿐만 아니라 질병이 진행되면서 불안, 우울, 무감동, 행동장애, 수면장애, 인격의 변화, 망상, 환각 등의 다른 행동 심리증상 (Behavioral and psychological symptoms of dementia)을 동반한다(Shin, 2006). 결과적으로 자발적인 일상생활 관리상에 장애가 초래되고(Sauvaget, Yamada, Fujiwara, Sasaki, & Mimori, 2002), 주관적으로 인지하는 삶의 질이 저하될 뿐만 아니라(Kim & Shin, 2006) 이들을 돌보는 부양가족에게도 신체적, 정신적인 부담을 주게 되므로 이들을 위한 사회적 시설이나 대책마련이 시급한 실정이다(Shin, Chung, Rhee, Yoon, & Kim, 2005). 이밖에 치매노인의 심리적 증상은 배회행동이나 다른 신체적 이상행동에 비해 간과되어져 왔으나, 치매노인의 불안이나 우울은 노인의 삶의 질, 일상생활능력, 수면의 질을 저하시켜 결국 시설에 입원할 가능성을 높이므로 치매노인의 심리적인 영역도 간호에서 고려되어야 할 부분이다(Gibbons, Teri, Logsdon, & McCurry, 2006).

치매노인에서는 인지기능의 저하뿐만 아니라 다양한 정서적 증상들이 함께 나타나는데(Greenwald, 1995) 불안증상은 8 - 70%로 나타나고 병적 불안증상은 5 - 21% (Starkstein, Jorge, Petracca, & Robinson, 2007)로 나타나고 있어 불안은 치매노인에 있어 매우 일반적인 정서적 문제 중 하나로 인식된다. 또한 치매노인의 불안 증상은 삶의 질을 저하시키고 일상생활 수행능력을 손상시키며 수면장애와 연관되어지기 때문에 주의를 기울여야 한다(Starkstein et al., 2007). 이밖에 우울은 오래전부터 인식된 정서적 증상으로(Greenwald, 1995) 일반 정상노인에게 있어서도 노화에 따른 우울성향이 높게 보고되고 있으나, 치매노인에게 있어 우울성향은 더 심각하게 보고되어 진다(Choi, 2006). 치매노인에게서 나타나는 우울의 유병률은 연구마다 차이가 있으나, 알츠하이머 치매노인에서는 52%가 우울을 보고하였고 그중 26%는 경미한 우울증상, 26%는 주요 우울증상을 나타내었으며(Starkstein, Jorge, Mizrahi, & Robinson, 2005) 혈관성 치매노인에서는 57%가 우울을 보고하였고 그중 18%는 경미한 우울증상, 39%는 주요 우울증상을 나타내었다(Naarding et al., 2003).

최근 치매노인의 증가와 함께 이들의 사회심리적인 측면과 삶의 질에 대한 관심도 높아지고 있지만 이를 측정하기에는 어려움이 있다. 따라서 치매노인의 심리적인 부분과 삶의 질을 사정하기 위해 기존의 많은 연구에서는 기억력, 집중력, 언어기능, 판단력 등의 인지 기능 장애를 가지고 있는 치매노인으로부터 직접 정보를 얻는 것보다는 대부분 부양자가 제공하는 정보에 의존하거나(Shin, 2006), 연구자가 치매노인을 직접 관찰하여 삶의 질을 보고하는 형태로 평가하였다 (Finnamore & Lord, 2007). 이렇듯 치매노인으로부터 직접 자료를 얻는 것은 객관성 부족이라는 어려움이 있음에도, 치매노인의 직접적 보고의 중요성(Shin, 2006)이 대두되어지면서 직접 치매 환자를 통해 불안과 우울, 삶의 질을 측정하였다. 예를 들어 Gibbons 등 (2006)의 연구에서는 GDS(Geriatric Depression Scale)로 대상자에게 직접 우울 정도를 측정하였고, PAS (Participant Anxiety Scale)를 이용하여 불안 정도를 측정하였다. 또한 Shin(2006)은 QoL-AD(Korean Version

of Quality of Life-Alzheimer's Disease)를 이용해 치매 노인의 주관적 측정과 치매노인 간병인의 측정을 동시에 적용하여 치매노인에게도 직접 삶의 질을 측정하였다. 더 나아가 이러한 연구결과들은 치매노인이 의사소통이 전혀 불가능하지 않다면 치매노인 스스로 자신을 잘 평가하고 있다고 보고하고 있다(Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008). 하지만 이러한 본인 보고를 통한 치매노인의 정서적 측면을 측정한 연구는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다. 이에 본 연구는 치매요양병원에 입원한 노인의 불안, 우울, 삶의 질 정도에 대한 조사와 치매노인 보고와 간병인의 보고의 일치 여부를 조사하여 치매노인의 개인 보고의 유의성을 조사하기 위함이고, 더 나아가 이러한 치매노인의 정서적 중재를 위한 프로그램 개발에 기초 자료를 제공하기 위함이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 치매를 진단받고 치매요양병원에 입원한 노인의 불안, 우울, 삶의 질에서 치매노인과 간병인 간의 지각 차이를 조사하기 위한 것으로 이를 위한 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 치매요양병원에 입원한 치매노인 대상자와 이들을 돌보는 간병인의 일반적 특성을 파악한다.
- 치매요양병원에 입원한 치매노인 대상자가 보고한 불안, 우울, 삶의 질 정도와 이들을 돌보는 간병인이 지각하는 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 치매요양병원에 입원한 치매노인 대상자가 보고한 불안, 우울 정도와 이들을 돌보는 간병인이 지각하는 치매노인의 불안, 우울 정도와의 상관관계를 파악한다.
- 치매요양병원에 입원한 치매노인 대상자가 보고한 삶의 질 정도와 이들을 돌보는 간병인이 지각하는 치매노인의 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 치매요양병원에 입원한 치매노인 대상자가 보고하는 불안, 우울, 삶의 질 변수 간의 상관관계를 파악하고, 이들을 돌보는 간병인이 지각하는 치매

노인의 불안, 우울, 삶의 질 변수 간의 상관관계를 파악한다.

3. 용어정의

1) 치매

치매는 정상적으로 발달한 뇌기능을 갖고 일상생활을 유지하던 사람이 뇌기능장애로 인해 후천적으로 지능, 행동 및 성격이 점진적으로 황폐화되는 특정 증후군을 말한다(Korean neurological association, 2007). 본 연구에서는 신경정신과 전문의 진단을 통해 치매진단을 받고 치매 전문 요양병원에 입원한 노인을 의미한다.

2) 간병인

간병인은 사전적으로 “아픈 사람이나 다친 사람을 곁에서 돌보고 시중을 들” 또는 “ 병구완을 한다.”는 의미를 가지고 있다(Shin, Byeon, Kim, & Youn, 2007). 본 연구에서 간병인은 치매 전문 요양병원에서 치매노인의 일상생활(옷입기, 식사하기, 배설하기, 개인위생), 이동, 의사소통을 보조하는 사람을 의미한다.

3) 불안

불안은 긴장과 염려 그리고 자율신경계통의 활동으로 특징지어지는 유흥적인 정신상태나 조건을 의미한다(Spielberger, O'Neil, & Hansen, 1972). 본 연구에서는 Gibbons 등(2006)이 clinical anxiety scale(CAS)을 재구성한 participants anxiety scale(PAS)을 이용하여 대상자 스스로 측정한 불안 정도를 의미하며 점수가 높을수록 불안 정도가 높음을 의미한다. 또한 간병인이 지각하는 대상자의 불안 정도는 Shankar, Walker, Frost 와 Orrell(1999)이 개발한 rating anxiety in dementia (RAID) scale로 측정한 점수를 의미하며 점수가 높을수록 불안 정도가 높음을 의미한다.

4) 우울

우울은 정상적인 기분변화에서 병적인 상태에 이르는 슬픈 감정이 매우 심하고 일상생활에 대한 흥미와

관심이 없으며 활동수준이 떨어지고 비관적이며 자기 비판적인 사고가 팽배하여 자신이 처한 현재와 미래의 상황에 절망적이고 사소한 일에도 의사결정을 잘못하여 고립된 생활을 하는 것을 말한다(Pfeiffer & Davis, 1972). 본 연구에서는 Jung, Kwak, Joe와 Lee(1997)가 표준화한 Korean form of geriatric depression scale (KGDS)를 이용하여 치매노인 스스로 느끼는 우울감을 측정한 점수와, 간병인이 지각하는 치매노인의 우울감을 Alexopoulos, Abrams, Young과 Shamoian(1988)이 개발한 Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)를 이용하여 측정한 점수를 의미하며 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다.

5) 삶의 질

삶의 질은 삶의 전반적인 상황이나 경험들에 대한 개인의 주관적인 평가와 만족을 의미한다(Campbell, 1977). 본 연구에서의 치매노인의 삶의 질은 Logsdon, Gibbons, McCury와 Teri(2000)이 알츠하이머 노인의 삶의 질을 평가하기 위해 개발하고 Shin(2006)이 번안하여 표준화한 Korean version of quality of life-Alzheimer's disease(QoL-AD) 도구를 사용하여 치매노인과 간병인에게서 각각 측정된 점수를 말하며 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높음을 의미한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 구조화된 설문지를 통해 치매노인 스스로 느끼는 불안, 우울, 삶의 질의 정도와 간병인이 지각하는 대상자의 불안, 우울, 삶의 질 정도의 차이를 파악하기 위한 횡단적 조사연구이다.

2. 연구대상자

본 연구의 대상자는 본 연구의 수행에 동의한 서울의 S 치매노인요양기관에서 요양 중인 65세 이상의 치매노인으로, 기관 윤리 심사위원회(IRB) 승인 하에 보

호자로부터 연구참여 동의서를 받은 39명의 치매노인들과 치매노인을 돌보는 24명의 간병인들을 대상으로 하였다. 치매노인의 상태를 정확하게 평가하기 위하여 간병인 1인이 치매노인 1인을 돌보는 대상자를 선정하였다. 치매노인 중 의사소통이 전혀 불가능한 노인은 제외되었다.

3. 자료수집

자료수집기간은 2007년 11월 1일부터 2008년 2월 28일까지 4개월이며, 자료수집은 간호대학 대학원 석사·박사 과정의 학생이 치매노인, 간병인과 일대일 면담을 하여 완성되었다. 자료수집 시 설문지 응답은 자료수집자가 내용을 읽어주고 연구대상자의 응답 내용을 질문지에 기록하는 형식으로 진행되었다. 면접 시 자료수집자의 편견을 배제하고 일관성을 유지하기 위해 자료수집 전에 석사·박사 과정의 학생들에게 매일 3시간씩 2일 동안의 강의 및 실습교육을 실시하여 설문지를 중심으로 도구의 내용과 용도에 대해 강의를 받도록 하였고 연구대상자와 대화하는 절차나 질문하는 순서를 일관되게 하도록 하였다. 또한, 신경정신과 전문의의 시범을 통하여 임상환자의 면담법을 숙지하도록 하였으며, 그 후 두 명이 한조가 되어 치매노인을 대상으로 직접 측정하도록 하였고 검사 상의 문제점 및 의문점은 토론을 통하여 해결하였다. 자료수집과정에서 연구대상자가 중단하기를 원할 경우에는 이를 허용하였다.

4. 연구도구

본 연구의 주요 개념인 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질 측정을 위해 다음의 도구가 사용되었다.

1) 불안

본 연구에서는 치매노인 대상자의 불안 정도를 측정하기 위하여 participant anxiety scale(PAS)를 사용하였다. PAS는 입원노인의 불안 정도를 측정하는 25문항의 clinical anxiety scale(CAS)에서 파생된 것으로 치매노인을 위해 재구성된 도구이다(Gibbons et al., 2006).

총 12문항의 PAS는 대상자의 현재 감정에 대한 예/아니오 질문으로 구성되었고, 개발 당시 내적 일관성인 Cronbach's $\alpha = .80$ 이었다. 본 연구를 위해 이화여자대학교 BK21인 '초고령사회를 대비한 맞춤형 노인통합건강관리' 팀에서 본 연구를 위해 번역/역번역 한 한국판 PAS를 이용하였다. 한국판 PAS는 보고된 신뢰도와 타당도는 없었고, 본 연구를 위하여 치매 전문의사 1인과 치매병동 수간호사 2인, 노인 전공 간호학 교수 2인에 의해 내용타당도를 검증받았고, 본 연구에서 나타난 Cronbach's $\alpha = .89$ 였다.

또한, 대상자의 불안에 대한 간병인의 보고를 위해 rating anxiety in dementia(RAID) scale을 사용하였다. RAID scale은 Shankar 등(1999)이 개발한 것으로 불안과 관련된 18문항으로 구성되어 있으며 각각 0점(absent)에서 3점(severe)으로 측정된다. 총점 범위는 0 - 54점으로, 11점 이상에서 유의한 임상적 불안 정도를 나타낸다. 개발 당시 내적타당도인 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다. 한국판 RAID scale 역시 이화여자대학교 BK21인 이화여자대학교 BK21인 '초고령사회를 대비한 맞춤형 노인통합 건강관리' 팀에서 본 연구를 위해 번역/역번역 한 한국판 RAID를 이용하였다. 한국판 RAID 또한 보고된 신뢰도와 타당도는 없었고, 본 연구를 위하여 치매 전문의사 1인과 치매병동 수간호사 2인, 노인 전공 간호학 교수 2인에 의해 내용타당도를 검증받았고, 본 연구에서 나타난 Cronbach's $\alpha = .92$ 였다.

2) 우울

본 연구에서는 Jung 등(1997)이 표준화한 한국판 노인우울 검사 Korean Form of geriatric depression scale(KGDS)를 이용하여 치매노인의 우울 정도를 측정하였다. 이는 노인을 포함한 기존의 성인용 우울검사(BDI, MMPI-D, SDS, CES-D)에서 일련의 통계적 과정을 거쳐 한국 노인의 우울양상을 잘 반영하는 것으로 판단되는 문항 40개를 추출한 뒤 신뢰도와 타당도 검증하여 개발한 것으로 총 30문항으로 구성되었다. 각 문항 당 0점이나 1점의 배점을 가지고 합산한 점수가 14 - 18점은 경증, 19 - 21점은 중등도, 22점 이상은 심한 우울로 점수가 높을수록 우울정도가 높은 것을

의미한다. 개발 당시 내적타당도인 Cronbach's $\alpha = .87$ 이었고 본 연구에서는 .92로 나타났다.

또한 cornell scale for depression in dementia(CSDD)를 이용하여 간병인이 지각하는 대상자의 우울을 측정하였다. CSDD는 치매노인에게 사용하도록 고안된 우울증상 관련 19문항으로 구성된 도구로 Alexopoulos 등(1988)이 개발하고 Kim(2005)이 번역하였다. 한국판 CSDD의 신뢰도는 .84(Kim, Choi, & Park, 2007)로 보고되었다. 각각의 문항은 증상이 전혀 없음에서 심함으로 측정되며, 최대 점수는 38점으로 8점 이상인 경우에 우울을 나타낸다. 개발 당시 내적타당도인 Cronbach's $\alpha = .84$ 이었고 본 연구에서는 .86으로 나타났다.

3) 삶의 질

노인의 삶의 질은 Logsdon 등(2000)이 알츠하이머 노인의 삶의 질을 평가하기 위해 개발하고 Shin(2006)이 번안하여 표준화한 Korean version of quality of life-Alzheimer's disease(QoL-AD)를 사용하였다. QoL-AD는 동일한 설문지를 이용하여 치매노인의 삶의 질을 노인 본인의 보고와 부양자의 보고로 평가가 가능하며, 신체건강, 원기/기운, 기분, 생활환경, 기억력, 가족관계, 결혼생활, 친구관계, 전체적인 자기 자신, 일상적인 집안일을 처리하는 능력, 재미 삼아 무슨 일을 할 수 있는 능력, 금전상태, 전체적인 생활 등 13문항으로 구성되었다. 각 문항의 점수범위는 1점(나쁘다)에서 4점(매우 좋다)이며, 총점은 13 - 52점으로 점수가 낮을수록 삶의 질이 낮음을 의미한다. 개발당시 내적타당도인 Cronbach's $\alpha = .84$ 이었고 본 연구에서는 치매노인 주관적 보고에서는 .80, 간병인 보고에서는 .81로 나타났다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 version 프로그램으로 기술 및 추론 통계기법을 사용하여 분석하였다. 모수검증을 위한 정규분포 유무검증을 skewness를 이용하여 실시하였고, 정규분포 가정한 정상 범주 내의 skewness(± 1 SD 이내)로 나타나(Hair et al., 1998) 이

를 근거로 모수검증을 실시하였다.

- 치매노인과 간병인의 인구학적 특성 및 건강정보는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다.
- 치매노인이 보고한 불안, 우울, 삶의 질 정도와 이들을 돌보는 간병인이 지각하는 치매노인의 우울, 불안, 삶의 질의 정도는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다.
- 치매노인 본인과 간병인이 보고한 치매노인의 불안, 우울의 상관관계는 Pearson 상관계수를 구하였다.
- 치매노인 본인과 간병인이 보고한 치매노인의 삶의 질의 차이는 independent t-test로 분석하였다.
- 치매노인 본인이 보고한 불안, 우울, 삶의 질 변수 간의 상관관계와 간병인이 보고한 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질 변수 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 치매노인 대상자와 간병인의 일반적 특성

연구대상자 중 치매노인의 일반적 특성으로 성별, 나이, 교육수준, 결혼상태, 종교, 치매진단을 받은 기간, 치매종류 등 7개 문항의 조사결과는 Table 1과 같다. 전체 치매대상자 중 여성은 32명(82.1%)으로 대다수였고, 평균연령은 78.4세이었으며, 교육연도는 평균 5.3년으로 초등학교가 15명(39.5%)으로 가장 많았으며, 30명(76.9%)이 사별하였고, 종교는 기독교가 19명(48.7%)으로 가장 많았다. 대상자가 치매를 진단받은 기간은 평균 27.4개월이었고 알츠하이머 치매가 21명(53.8%)로 가장 많았으며, 혈관성 치매 15명(38.5%), 복합성 치매 2명(5.1%) 순이었다. 연구대상자 중 간병인의 일반적 특성으로 성별, 나이, 교육수준 등 3개 문항의 조사결과는 Table 2와 같다. 간병인 24명(100%) 모두 여성이었고, 평균연령은 52.6세였으며, 교육연도는 평균 11.1년이었고 고등학교가 12명(50%)으로 가장 많았고, 중학교 7명(29.2%), 대학교 3명(12.5%), 무학 2명(8.3%) 순이었다.

Table 1. Demographic characteristics of the participants (dementia patients) (N = 39)

Characteristics	Categories	Patient
		n (%) or M ± SD
Sex	Male	7 (17.9)
	Female	32 (82.1)
Age(yrs)		78.44 ± 6.12
Education(yrs)	Illiteracy	13 (34.2)
	Primary school	15 (39.5)
	Middle school	3 (7.9)
	High school	7 (18.4)
	Missing	1 (2.6)
Matrimony	Married	8 (20.5)
	Bereaved	30 (76.9)
	Divorced	1 (2.6)
Religion	Christianity	19 (48.7)
	Catholicism	4 (10.3)
	Buddhism	5 (12.8)
	None	11 (28.2)
Duration of dementia(months)		27.39 ± 28.62
Dementia type	Alzheimer	21 (53.8)
	Vascular	15 (38.5)
	Mixed	2 (5.1)
	Other	1 (2.6)

Table 2. Demographic characteristics of the participants (caregivers) (N = 24)

Characteristics	Categories	Caregiver
		n (%) or M ± SD
Sex	Female	24 (100.0)
Age(yrs)		52.63 ± 7.23
Education(yrs)		11.13 ± 2.68
	Primary school	2 (8.3)
	Middle school	7 (29.2)
	High school	12 (50.0)
	University	3 (12.5)

Table 3. Description of study variables

(N = 39)

Variables	Patient			Caregiver			
	n (%) or M ± SD	Possible range		n (%) or M ± SD	Possible range		
		Min	Max		Min	Max	
Anxiety	5.00 ± 2.44	0	12	11.13 ± 9.21	0	54	
Depression	15.79 ± 7.13	0	30	8.56 ± 7.27	0	38	
	No depression	13 (33.3)	0	14	20 (51.3)	0	8
	Depression	26 (66.7)	14	30	19 (48.7)	8	38
QoL	26.53 ± 4.52	13	52	27.29 ± 4.94	13	52	

2. 치매노인 대상자와 간병인이 지각하는 치매노인 대상자의 불안, 우울, 삶의 질

연구대상자인 치매노인 스스로가 지각하는 불안, 우울, 삶의 질과 간병인이 지각하는 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질의 결과는 Table 3과 같다. 치매대상자 본인이 지각하는 불안 점수는 평균 5점(가능범위: 0 - 12 점)이었고, 우울 점수는 평균 15.79점(가능범위: 0 - 30 점)으로 경한 우울증을 나타냈고, 삶의 질 점수는 26.53점(가능범위: 13 - 52점)이었다. 간병인이 지각하는 치매노인의 불안 점수는 평균 11.13점(가능범위: 0 - 54점)으로 11점 이상이면 불안 증상을 의미하는 도구의 기준에 따르면 대상자는 불안 증상이 있음을 나타냈고, 우울은 평균 8.56점(가능범위: 0 - 38점)으로 우울도구 기준점수인 8점 이상의 점수로 대상자가 우울증이 있음을 나타냈다. 삶의 질 점수는 27.29점(가능범위: 13 - 52점)으로 치매노인이 보고한 삶의 질 점수보다 약간 높은 점수를 보였다.

3. 치매노인 대상자의 불안, 우울에 대한 자가보고와 간병인 보고의 차이

연구대상자 중 치매노인 본인 및 간병인이 각각 지각하는 불안, 우울의 상관관계를 살펴보면 Table 4와 같다. 치매노인 본인이 지각한 불안과 간병인이 지각한 불안 간에는 상관관계($r = .212, p = .195$)가 없는 것으로 나타났지만 치매노인 본인이 지각한 우울과 간병

인이 지각한 우울 간에는 통계적으로 유의한 상관관계($r = .375, p = .019$)가 있는 것으로 나타났다.

Table 4. Correlation coefficient for the anxiety and depression measures (N = 39)

Variables	Patient	
	PAS	GDS
Caregiver RAID	.212 (.195)	-
CSDD	-	.373* (.019)

* $p < .05$

4. 치매노인 대상자의 삶의 질에 대한 자가보고와 간병인 보고의 차이

연구대상자 중 치매노인 본인 및 간병인이 지각한 삶의 질 간의 차이를 살펴보면 Table 5와 같다. 치매노인 본인이 지각한 삶의 질 점수는 26.5점이었고, 간병인이 지각한 삶의 질 점수는 27.3점으로 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t = -7.111, p = .479$).

Table 5. Comparison of QoL scores rated by patient and caregiver (N = 39)

Rater	QoL	t	p
	M ± SD		
Patient	26.53 ± 4.52	-7.111	.479
Caregiver	27.29 ± 4.94		

5. 치매노인 대상자와 간병인이 보고한 치매노인 대상자의 불안, 우울, 삶의 질 변수간의 관계

연구대상자 중 치매노인 본인과 간병인이 보고한 불안, 우울과 삶의 질 변수간의 상관관계를 살펴보면 Table 6과 같다. 치매노인이 지각한 우울과 삶의 질($r = -.696, p < .001$), 불안과 삶의 질($r = -.322, p = .046$) 간에는 통계적으로 유의한 음의 상관관계가 있었다. 또한 불안과 우울 간에도 유의한 상관관계($r = .535, p < .001$)가 있는 것으로 나타났다. 간병인이 지각하는 치매노인의 불안, 우울과 삶의 질의 상관관계에서도 불안과 삶의 질 간($r = -.530, p = .001$), 우울과 삶의 질 간($r = -.516, p < .001$)에는 강한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났고 불안과 우울 간에는 강한 정의 상관관계($r = .577, p < .001$)가 있는 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구는 치매요양병원에 입원한 노인의 불안, 우울, 삶의 질 평가에서 치매노인과 간병인 간의 차이를 조사하기 위함이다.

연구결과, 치매대상자 본인이 지각하는 불안점수는 평균 5점(가능범위: 0 - 12점)으로 동일한 도구를 사용하여 지역사회 치매노인을 측정한 Gibbons 등(2006)의 평균 2.2점보다 높은 정도를 나타냈다, 이를 통해 지역사회에 거주하는 치매노인보다 시설에 입소한 치매노인의 불안 정도가 더 높은 것을 예측할 수 있다. 또한 간병인이 지각하는 치매노인의 불안점수는 평균 11.13

점(가능범위: 0 - 54점)으로 치매노인이 정서적으로 불안한 상태를 보고하였다. 하지만 치매노인이 보고하는 불안 정도는 간병인이 보고하는 불안 정도와 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내지는 않았다. 이와 관련하여 치매노인의 불안은 우울과 초조(agitation) 등과 혼동될 수 있는 개념으로 치매노인 스스로 느끼는 불안감을 주변 보호자가 불안으로 느끼지 못하고, 치매 증상의 하나로 간과할 수 있는 문제가 보고된 바 있다(Seignourel et al., 2008). 따라서 간병인은 치매노인의 행동 심리증상에 대한 이해를 바탕으로 치매노인의 불안 정도를 인식할 수 있는 능력을 갖출 필요가 있다. 이외에, 치매노인의 불안에 대한 치매노인과 치매노인 간병인의 다른 평가는, 치매노인의 불안을 정확히 측정할 만한 도구의 문제로 인한 결과로 인식되기도 한다(Gibbons et al., 2006), 즉, 본 연구에 사용된 부양자에 대한 치매노인 불안도구인 RAID가 우울을 측정하는 도구와 많은 문항에서 중첩되고 있는 단점이 있는데 이러한 연구의 제한점을 근거로 치매노인에게 있어 불안에 대한 정확한 개념 분석을 통한 불안도구의 개발이 필요하다고 할 수 있다.

치매노인 스스로가 보고하는 우울점수는 평균 15.79점으로 경한 우울이 나타났고 또한 KGDS 상 14점 이상의 우울한 노인이 26명으로 약 58%의 노인이 우울증을 보고하였다. 또한 본 연구에서 간병인이 CSDD 도구를 통해 보고하는 대상자의 우울은 평균 8.56점으로 치매노인이 경한 우울증상이 있음을 나타냈다. 이러한 결과는 치매노인에게 있어서 우울은 중요한 정서적 문제 중 하나라는 것을 의미하며 본 연구의 결과는

Table 6. Correlations among Anxiety, Depression and QoL

(N = 39)

Variables	Patient		Caregiver	
	Anxiety	Depression	Anxiety	Depression
Depression	.535 [†] (.00)	-	.577 [†] (.00)	-
QoL	-.322 [*] (.046)	-.696 [†] (.00)	-.530 [†] (.001)	-.516 [†] (.001)

*p < .05, †p < .01, †p < .001

기존의 연구와 일치하고(Arlt et al., 2008; Starkstein et al., 2005; Naarding et al., 2003), 치매노인에게 있어서 우울의 증세가 필요함을 시사한다고 할 수 있다. 또한, 본 연구에서는 치매노인의 우울 정도는 자가보고와 간병인 보고 모두에서 우울증을 보고하고 있었다. 이는 간병인이 보고한 우울과 치매노인 스스로 보고한 우울은 강한 상관성이 있는 것으로(Arlt et al., 2008) 간병인은 치매노인의 우울을 적절하게 지각한다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 치매노인이 스스로 보고하는 삶의 질 점수와 간병인이 지각하는 치매노인의 삶의 질 점수에서 간병인이 보고한 점수가 치매노인이 보고한 삶의 질 점수보다 약간 높은 점수를 나타냈으나 그 점수 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 기존의 치매노인 스스로 보고한 삶의 질 점수가 배우자나 간병인이 보고한 노인의 삶의 질 점수보다 낮게 나타난다는 연구(Shin, 2006)나 간병인이 보고하는 점수가 치매노인 스스로 보고하는 점수보다 낮다는 연구결과(Arlt et al., 2008; Sands, Ferreira, Stewart, Brod, & Yaffe, 2004)와도 일치하지 않았다. 이러한 연구결과와의 차이는 대상자 특성, 문화적 배경, 사회적 낙인 등에 대한 고려를 통해 추후 연구를 필요로 한다. 또한 본 연구결과에서 측정된 치매노인의 삶의 질 점수는 Shin(2006)이 지역사회 치매노인을 대상으로 QoL-AD로 측정된 삶의 질의 점수인 22.13점(본인 보고), 24.63점(부양자 보고)에 비해 높은 점수로 나타났다. 이는 치매노인이 요양전문병원에 입소하며 받는 요법, 활동들이 긍정적인 영향을 준 것으로 예측된다. 하지만 지역사회 치매노인의 삶의 질과 시설에 있는 노인의 삶의 질의 차이는 추후 연구를 통해 좀 더 조사되어 결과를 일반화시킬 필요가 있다. 본 연구에서는 경도, 중증도 치매노인에서는 삶의 질에 대한 직접 측정이 가능하다는(Sands et al., 2004) 연구결과에 비추어 의사소통이 전혀 불가능한 치매노인만 연구대상에서 제외하였고, 의사소통이 가능한 치매노인을 대상으로 직접 측정을 하였기 때문에 치매노인의 대상자 선정에 관련해서 향후 치매수준에 따른 자가보고 신뢰성에 대한 연구가 진행되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 본 연구의 대상자가 치매 진단을 받고 치매노인요양기관에 요양 중인 치매노인이었기 때문에 연구결과를 지역사회에 거주하는 치매노인을 포함하여 우리나라 전체 치매노인에게 일반화시킬 수 없는 제한점이 있다. 또한, 의사소통이 가능한 치매노인 환자로 제한시켰으므로 의사소통이 불가능한 치매노인 환자를 대상으로 연구결과를 일반화시킬 수 없다. 또한, 본 연구에서는 혈관성 치매와 알츠하이머성 치매 대상자를 분류하지 않고 연구하였는데, 불안과 우울에 대한 혈관성 치매와 알츠하이머성 치매의 차이를 고려하여(Park et al., 2007) 좀 더 세부적으로 연구할 필요가 있다. 그러나 본 연구는 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질의 연구를 통해 치매노인의 심리적 취약성을 관리할 수 있는 중재 프로그램 개발의 근거가 되고, 치매노인 자가보고와 간병인 보고의 차이를 통해 간병인이 치매노인의 불안 정도를 정확히 파악할 수 있는 적절한 불안 측정도구 개발의 필요성을 나타내는데 의의가 있다고 본다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 횡단적 조사연구로 구조화된 설문지를 통해 치매노인 스스로 느끼는 불안, 우울, 삶의 질의 정도와 간병인이 지각하는 치매노인의 불안, 우울, 삶의 질 정도의 차이를 파악하기 위함이다. 본 연구의 대상자는 본 연구의 수행에 동의한 서울의 S치매노인요양기관에서 요양 중인 65세 이상의 치매노인으로, 기관윤리심사위원회(IRB) 승인 하에 본인 또는 보호자로부터 연구참여 동의를 받은 39명의 치매노인과 치매노인을 돌보는 24명의 간병인들을 대상으로 하였다. 치매노인 중 의사소통이 전혀 불가능한 노인은 제외되었다. 자료수집기간은 2007년 11월 1일부터 2008년 2월 28일까지 4개월로 자료수집은 간호대학 대학원 석사·박사 과정의 학생이 치매노인, 간병인과 일대일 면담을 하여 완성되었다. 자료수집 시 설문지 응답은 자료수집자가 내용을 읽어주고 연구대상자의 응답내용을 질문지에 기록하는 형식으로 진행되었다. 연구도구로는 불안을 위해 participant anxiety scale(PAS), rating anxiety in

dementia(RAID)를 사용하였고, 우울 측정을 위해 KGDS(Korean form of geriatric depression scale), CSDD(cornell scale for depression in dementia)를 사용하였다. 치매노인의 삶의 질 측정을 위해 QoL-AD를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0 프로그램으로 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, 독립변수 t-test, Pearson's correlation coefficient 등 분석방법을 이용하였다.

본 연구에서는 치매노인 본인이 지각하는 불안점수는 평균 5점(가능범위: 0 - 12점)이었고, 우울점수는 평균 15.79점(가능범위: 0 - 30점)으로 경한 우울증을 나타냈으며, 삶의 질 점수는 26.53점(가능범위: 13 - 52점)이었다. 간병인이 지각하는 치매노인의 불안점수는 평균 11.13점(가능범위: 0 - 54점)으로 불안증상을 나타냈고, 우울은 평균 8.56점(가능범위: 0 - 38점)으로 우울증을 나타냈으며, 삶의 질 점수는 27.29점(가능범위: 13 - 52점)으로 치매노인이 보고한 삶의 질 점수보다 약간 높은 점수를 나타냈다. 치매노인 본인 및 간병인이 지각한 우울 간, 삶의 질 간에는 차이가 없어 간병인이 적절히 지각하는 것으로 나타났지만 불안은 간병인에게 지각된 수준보다 치매노인이 더 심각하게 느끼는 것으로 나타났다. 본 연구의 치매노인과 간병인 보고의 차이를 통해 간병인이 치매노인의 불안 정도를 정확히 파악할 수 있는 적절한 불안 측정을 위한 도구 개발이 요구된다고 하겠다.

References

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*, 23, 271-284.
- Arlt, S., Hornung, J., Eichenlaub, M., Jahn, H., Bullinger, M., & Petersen, C. (2008). The patient with dementia, the caregiver and the doctor: Cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(6), 604-610.
- Campbell, C. J. (1977). Place of resection in the management of primary bone tumours. *Can J Surg*, 20(6), 518-521.
- Cho, M. J. (2002). The de facto mental illness in Korean elderly. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 41(5), 758-766.
- Choi, S. H. (2006). *Study on the relationships between senile dementia and depression in Busan area(Focused on the elderly people who frequent welfare facility and college for the elderly)*. Unpublished master's thesis, Catholic university of Pusan, Busan.
- Finnamore, T., & Lord, S. (2007). The use of Dementia Care Mapping in people with a learning disability and dementia. *J Intellect Disabil*, 11(2), 157-165.
- Gibbons, L. E., Teri, L., Logsdon, R. G., & McCurry, S. M. (2006). Assessment of Anxiety in Dementia: An Investigation into the Association of Different Methods of Measurement. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 19, 202-208.
- Greenwald, B. S. (1995). Depression in Alzheimer's disease and related dementias. In B. A. Lawlor (Eds.) *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Jung, I. K., Kwak, D. I., Joe, S. H., & Lee, H. S. (1997). A study of standardization of Korean form of geriatric depression scale(KGDS). *J Korean Geriatr Psychiatry*, 1(1), 61-72.
- Kim, K. S., Choi, E. S., & Park, S. A. (2007). A study on behavioral and psychological symptom of dementia(BPSD) among dementia elderly in an institutional setting. *J Korean Gerontol Soc*, 27(1), 137-152.
- Kim, K. W. (2005). *Dementia care assessment packet*. Seoul: The Korean Association for Dementia.
- Kim, S. W., & Shin, I. S. (2006). Patients' versus caregivers' reports of quality of life in alzheimer's disease. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry*, 12(2), 224-230.
- Korea national statistical office (2007, October). *2007 Statistics of the aged*. Retrieved June 10, 2008, from the Korea National Statistical Office Web site: <http://www.nso.go.kr>
- Korean neurological association (2007). *Neurology*. Seoul: Koonja.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2000). *Quality of life in Alzheimer's disease: Patients and caregiver reports*. New York: Spring Publishing Company.
- Ministry of Health and Welfare (2007, September). Strategies for dementia old adults. Retrieved June 10, 2008, from the Ministry for Health Welfare and Family Affairs Web site: <http://www.mw.go.kr>
- Naarding, P., de Koning, I., dan Kooten, F., Dippel, D. W., Janzing, J. G., van der Mast, R. C., & Koudstaal, P. J. (2003). Depression in vascular dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(4), 25-30.
- Park, J. H., Lee, S. B., Lee, T. J., Lee, D. Y., Jhoo, J. H., Youn, J. C., Choo, I. H., Choi, E. A., Jeong, J. W., Choe, J. Y., Woo, J. I., & Kim, K. W. (2007). Depression in vascular dementia is quantitatively and qualitatively different from depression in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 23(2), 67-73.
- Pfeiffer, E., & Davis, G. C. (1972). Determinants of sexual behavior in middle and old age. *J Am Geriatr Soc*, 20(4), 151-158.
- Sands, L. P., Ferreira, P., Stewart, A. L., Brod, M., & Yaffe, K. (2004). What explains differences between dementia pa-

- tients' and their caregivers' ratings of patients' quality of life? *Am J Geriatr Psychiatry*, 12(3), 272-280.
- Sauvaget, C., Yamada, M., Fujiwara, S., Sasaki, H., & Mimori, Y. (2002). Dementia as a predictor of functional disability: a four-year follow-up study. *Gerontology*, 48(4), 226-233.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clin Psychol Rev*, 28(7), 1071-1082. DOI 10.1016.
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia(RAID). *Aging Ment Health*, 3, 39-49.
- Shin, H. Y. (2006). A preliminary study on the Korean version of quality of life-alzheimer's disease(QoL-AD) scale in community-dwelling elderly with dementia. *J Prev Med Public Health*, 39(3), 243-248.
- Shin, H. Y., Chung, E. K., Rhee, J. A., Yoon, J. S., & Kim, J. M. (2005). Prevalence and related factors of dementia in an urban elderly population using a new screening method. *J Prev Med Public Health*, 38(3), 351-358.
- Shin, I. S., Kim, J. M., Yoon, J. S., Kim, S. J., Yang, S. J., Kim, W. J., Lee, S. H., Kang, S. A., Kwak, J. Y., & Lee, H. Y. (2002). Prevalence rate and risk factors of dementia compared between urban and rural communities of the metropolitan Kwangju area. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 41(6), 1165-1173.
- Shin, K. R., Byeon, Y. S., Kim, O. S., & Youn, O. J. (2007). *Primary information and skills for nursing assistant for old adults*. Seoul: Deulsam.
- Spielberger, C. D., O'Neil, H. F. Jr., & Hansen, D. N. (1972). Anxiety, drive theory, and computer-assisted learning. *Prog Exp Pers Res*, 6, 109-148.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G., & Robinson, R. G. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(1), 42-49.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. G. (2005). The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 162(11), 2086-209