

치매노인부양자의 자아분화와 적응변인 간의 관계에 대한 연구*

A Study on the Relationships between Self-Differentiation and Adaptability Factors for Senior Dementia Patients' Care Givers

서울사회복지대학원대학교 사회복지학과
전임강사 형 성 훈

Department of Social Welfare, Seoul Welfare Graduate University
Full-time Lecturer : Seong Hun Hyeong

◀ 목 차 ▶

- | | |
|------------|------------|
| I. 서론 | IV. 연구결과 |
| II. 이론적 배경 | V. 결론 및 논의 |
| III. 연구방법 | 참고문헌 |

<Abstract>

The focus of this study was on the self-differentiation level of families with an elderly member suffering from dementia. Based on 340 questionnaires collected in Seoul and Gyeonggi, the study intended to explain the adaptation issues of those families. The variables of interest, which might be related to the self-differentiation, were chronic anxiety(i.e. stress), the family function, psychosomatic symptoms and the family's adaptation to care-giving. As a result of analyzing the effects of the variables potentially related to the self-differentiation level of care-giving families, the findings from this study were as follow. With decreasing self-differentiation level of the family caring for an elderly member suffering from dementia, the levels of stress and psychosomatic symptoms were significantly increased, but the family function and the adaptation to care-giving tended to decrease. Conversely, with increasing self-differentiation, the levels of stress and psychosomatic symptoms were significantly decreased, while the family function and adaptation to care-giving were promoted.

주제어(Key Words) : 자아분화(self-differentiation), 가족체계(family system), 융합(fusion), 핵가족(nuclear family), 가족투사과정(family projection process)

Corresponding Author : Seong Hun Hyeong, Department of Social Welfare, Seoul Welfare Graduate University, 134-2, Yeongdengpo-4ga, Yeongdengpo-gu, Seoul, 150-034, Korea Tel: +82-2635 Fax: +82-2-835-5554 E-mail: hsh2551@naver.com

* 본 논문은 박사학위논문의 일부임.

I. 서론

우리는 그 동안 치매를 노망, 망령 등으로 치부하며 심각한 가족·사회문제로 인식하지 못했다. 급증하는 치매노인 부양자들의 어려운 부양문제는 이제 사회적 대책의 필요성이 더욱 커지고 있다. 김미숙 외(2002)와 이광찬(2009)은 65세 이상 노인 중 상당수가 노망기를 보이고 점증하는 질환대책에 대해 급성전염병은 줄어들었으나 만성질환자는 늘어났다고 하면서 이러한 질병에 대응하기 위하여 무엇이든지 하지 않으면 안 된다고 한다. 보건복지부도 2008년 9월 19일 제1회 치매극복의 날 행사를 하고 치매의 날을 정하였으며 치매와의 전쟁을 선포하였다.

고령화(aging)사회를 넘어 고령(aged)사회가 도래하고 있는 이 시점에 이미 치매는 안, 뇌졸중, 심장병과 함께 세계 4대 질병으로 인식되고 있고 가족들의 부양부담은 가장 큰 것으로 보고된다(주경복, 2009). 치매를 '노망'의 스티그마로 치부하는 잘못된 사회적 인식과 일상생활에 치명적 어려움이 없으면 치료를 미루는 경향으로 인해 상당수의 치매환자가 방치되기도 하며 부양문제가 더욱 악화될 소지가 있다. 치매노인부양자들이 치매 증세에 대처하는데 근본적인 어려움은 치매노인부양자의 심리사회적 어려움을 주는 치매증세이다. 치매질환은 보통 사람이 보기에는 불가사의(不可思議)한 행동만을 저지르는 것처럼 보인다. 치매는 발병 후 만성적으로 진행하여 악화되는 비가역성(非可逆性) 질환으로 부양가족에게 심각한 고통을 주기 때문에 전 가족을 황폐화시키는 질환 또는 세기의 질환이라고도 말한다. 적절한 치료방법이 개발되어 있지 않고, 치매노인부양자의 심리사회적 서비스나 대책이 많이 결여된 상황에서 "병식(病識)이 없는 노인은 황홀국이며 가족은 지옥"이라는 말이 있을 정도로 치매노인 가족들은 치매환자 부양에 따른 많은 고통을 겪고 있다.

의사소통이 곤란한 치매성노인에 대해 일방적으로 행동을 구속하거나 신체적·정신적 학대(이혜영, 2009)가 일어난다고 한다. 재택보호의 현주소는 상당히 많은 문제를 안고 있어서 최악의 경우에는 치매노인 학대나 가정 붕괴도 일어나는 실정이다. 치매증세에 대한 적응을 못하고 역기능적인 감정적, 정서적 행동이 빈번 하게 되어 가족 간에 갈등이 심각해 질 수 있다. 치매가 상당히 진행하여 문제행동 등이 커지면 감정반응을 보이면서 가족끼리의 협력도 어렵게 된다. 이러한 부적응을 보이는 부양가족은 치매증상을 보이는 노인에게 폭언을 하는 등 악순환이 되풀이되기도 한다(장상근, 2003).

의존성 노인질환 중에서도 특히 장기보호를 받아야 하는 치매는 정신·신체적 기능장애를 동반한 경우가 많아서 가족에 대한 의존성이 높다고 할 수 있다. 일반 신체적 장애를

가진 와상(臥床) 노인보다도 치매증상은 정신적 돌발장애를 동반하기 쉽기 때문에 더욱 적응에 어려움을 겪는다. 돌발성 치매증상에는 누군가 곁에서 보호와 감시를 하여야 한다. 다른 질환의 장애와 달리 치매질환자는 마치 공이 어디로 튈지 모르듯, 예측할 수 없는 행동들로 인해 가족들의 불안이 가중된다. 주야를 가릴 것 없이 집을 나가기도 하며 방황하거나 실종 되는 혼란을 겪기도 한다. 부양가족들은 기존의 역할에서 새로운 역할이 요구되는 부담을 어떻게 수행해 나갈지에 대해 혼란을 겪으면서 불안에 적절히 대처하거나 적응하지 못하는 어려운 국면이 될 수 있다.

이영호(2008)는 치매노인부양자의 지속되는 스트레스는 불안, 아동학대, 배우자학대, 우울증, 열등의식, 공격성 분부의 폭발적 표현, 적대감, 참음성 없음, 말더듬, 자살기도, 우울증 등과 같은 정서 행동 문제의 위험이 따른다고 한다. 중증 또는 돌발성치매노인은 스스로 일상생활을 해결해 나가기 어렵기 때문에 심리적, 신체적, 경제적, 부담과 사회활동 제약 등 치매노인부양자가 겪는 고통은 더욱 크다. 따라서 치매노인부양자들이 부양과정에서 겪게 되는 치매노인부양자들에 대한 심리사회적 개입을 위한 임상적 연구 자료가 미비할 뿐만 아니라 임상적 개입 서비스에 대한 대응방식 또한 미비하다고 본다. 요양보호 표준교재와 교육내용은 치매노인부양자에 대한 제도적 서비스는 장기요양보험 가입에 의한 물리적(신체적) 수발과 주간보호시설의 보호서비스정도에 치중되어 있다. 부양가족 스스로의 적응력을 돕는 심리사회적 역량강화(empowerment) 차원의 상담적 관계기술 등은 거의 교육되지 않는 실태이다(신경림 외, 2009).

치매노인부양자들이 가장 어렵고 해소하지 못하는 문제는 물리적수발의 단순 원조보다도 치매노인부양자들에게 특별한 불안을 주는 심리사회적 원조가 부양가족들의 적응과 대처에 더 큰 근본적 효과가 있음을 자각할 필요가 있다. 치매질환에 대처하고 적응을 돕는 심리사회적 서비스와 물리적 수발서비스가 병행되지 않으면 부양가족 스스로 적응하고 대처해 나갈 수 있는 부양가족의 역량강화를 향상시키는 본질적인 효과는 기대하기 어렵기 때문이다.

따라서 물리적 서비스와 병행하여 심리적 적응을 돕는 전문적 원조의 필요성이 강조되는 측면이다. 치매노인부양자들이 겪게 되는 근본적인 심리사회적 내적 문제는 상당한 전문성이 요구되는 임상적 개입 연구와 프로그램들이 필요하다. 고수현(2009)은 근세 이후의 사회복지사는 그 실천에 있어서 과학적 기술과 전문성을 견지할 것이 요구되고, 종래의 단순 원조활동에서 클라이언트(client)의 정신적 욕구 및 심리적 문제까지도 해결해 주는 임상사회사업이 중요시 되었다고 한다. 임은희(2005)도 사회복지실천가들은 정신적 차원의 문제를 가진 클라이언트(client)들도 사회사업실천 대상이

므로 이 분야의 새로운 접근방법 또한 개발해야 할 책임이 있고, 정신적 문제를 가진 사람들에게도 삶의 질을 높이는 데 공헌할 수 있다고 한다.

현재 가족치료의 주요 이론인 자아분화에 관한 연구는 일반질환 부양가족들을 대상으로 한 정도이고 인구사회학적 특성이나 부모와 아동의 의사소통, 가족관계, 부부의 스트레스요인 등이 대부분이다. 어느 질환의 부양보다도 부양자의 심리적 불안과 적응의 어려움이 크다고 할 수 있는, 치매노인부양가족들의 자아분화에 대한 연구는 이루어지지 못하고 있다. 치매노인부양가족들의 심리적 과정의 역동인자에 대한 원조의 연구가 미약한 실상에서 치매노인부양자에 대한 역량강화를 원조하는 심리사회적 서비스를 강화하기 위해서는 정신적 어려운 환경에 있는 부양가족들에 대한 연구들이 활발해야 할 것이다.

따라서 치매노인부양자들의 심리사회적 부양부담이 되고 있는 가족들의 내적기제를 중시하는 본 연구는 부양환경의 부적응요인에 대한 개인의 중요한 기제의 하나로 자아분화와 관련이 있는 것으로 가정하며 치매노인부양자가 겪는 적응변인들과의 상관성에 관심이 있다. 이러한 역기능을 보이는 개인이나 가족을 원조하기 위하여 자아분화가 치료의 목표(Nichols & Schwartz, 2008)라고 한다. 이에 비추어 문제나 증상을 호소하는 부양가족(client)의 부적응증상에 대한 자아분화 측면의 추정변인들은 가족관계에서 자주적입장과 독립성의 결여, 병리적인 불안애착, 공생관계, 의존적이고 반사적인 반응, 융합, 투사, 정서적 삼각관계, 가족투사와 히스테리성 방어기제 등 융합·미분화와 상관성이 있을 것으로 본다.

치매노인의 특질에 대한 부양과정에서 긴장을 유발하는 문제, 즉 가족 내에서 일어나는 여러 가지 생활사건에 대하여 스스로 책임지기 보다는 다른 사람을 탓하고 어려운 일이 생기면 그 일을 해결하기보다 회피하기 때문에 가족의 긴장수준이 매우 높은 상태에서 자아의 융합은 심해질 수 있다고 본다. 정신내적 수준과 상호 대인적 수준을 지닌 자아분화는 가족의 정서적 긴장에서 피할 수 없이 나타나는 영향으로서 자아가 융합되어 있는 가족들은 갈등이 더욱 심화되는 요인이 됨을 중시한다. 부양가족들의 심리적 대처자원이 될 수 있는 자아분화는 부양가족들의 고통이 가중될 수도, 경감될 수도 있다고 보기 때문이다.

결론적으로 급증하고 있는 치매노인에 대한 심리사회적 문제에 따른 부양가족들의 어려움은 치매노인부양자들의 자아분화와 관련이 있을 것으로 가정하며 부양과정에서 중시

되는 변인들에 대한 적응에 영향을 미치는 요소로 본다. 따라서 본 연구는 치매노인부양자들의 “자아분화와 만성불안, 자아분화와 가족기능, 자아분화와 정신·신체적 증상, 자아분화와 가족적응” 등과 상관성을 갖는 변인들의 적응에 어려움을 겪게 되는 요인들에 대하여 이를 감소 또는 향상시킬 수 있는 가족치료적 정보를 알아보고자 한다.

이는 치매노인부양자들의 부양변인들에 대한 어려움이, 내적역동성과의 관련성을 명료화하는 유용한 정보가 될 수 있다고 보며 개별사회사업·집단사회사업(case work·group work) 등의 프로그램과 개입모델 개발에 유용한 기초 정보가 될 것이다.

II. 이론적 배경

1. 자아분화

본 연구에서는 치매노인부양자의 적응과 상관성이 있을 것으로 보는 머레이보웬(Murray Bowen)의 자아분화이론의 이론적배경을 주요변인으로 고찰한다. 가족치료 연구의 선구자라고 할 수 있는 보웬의 이론적 개념은 가족체계의 기능 즉 가족구성원의 정서와 관련된 가족관계의 방식·적응 등의 설명에서 역기능가족 대해 가족의 자아분화(Self-Differentiation 自我分化)를 중시하였다(Bowen, 1966). 개인의 자아분화는 가족체계의 기능과 관련이 있다고 본다. 가족의 생활과업, 생활사건 등 가족환경변화에 대한 적응력과 관련이 있는 주요한 기제로 본다. 즉 기존의 역할과 다른 역할이 요구되는 치매노인부양부담에 대한 가족환경변화에 대한 대처 및 적응능력에 대하여 가족의 자아분화가 주요한 요인이라고 할 수 있다.

자아분화는 불안(스트레스)¹⁾에 직면하더라도 유연성과 적절성을 유지하면서 현명하고 능동적으로 행동하는 기제로서 정신 내적인 기제인 동시에 대인관계적 기제이다(Kerr & Bowen, 1988). 즉 정신내적인 기제란 개인의 사고와 느낌을 분리시킬 수 있는 능력이고, 대인관계적 기제란 자신과 타인을 분리시켜 사고하고 행동할 수 있는 능력이다. 보웬은 가족들의 정서적 관계가 일반인의 생각보다 자주성이 결여되어 있다고 본다. 정서적 분리를 하는 정도에 개인차가 있는데 그 요인은 그의 부모가 원가족으로부터의 분화를 달성한 정도와 그 자신이 부모·형제, 기타 가까운 친척과 가지는 관계의 두 요인에 의해 결정된다고 본다.

가족을 기능하는 체계로 보는 보웬은 불안한 환경의 가족

1) 자아분화의 불안에 대한 선행연구들은 지속성의 스트레스의 용어와 척도를 혼용하고 있다. 따라서 본 연구에서 자아분화와 불안(스트레스)으로 혼용한다.

구성원들은 자신의 분리된 자아에 의해 사고하고 행동하기 보다는 가까운 관계의 사람에게 더욱 의존적이고 감정반응적인 것으로 본다. 이러한 가족체계이론은 자아분화, 정서적 삼각관계, 핵가족정서과정, 가족투사과정, 누대의 전수과정, 출생순위라는 상호연동적인 여섯 가지의 개념(Bowen, 1966)에 더하여 1970년대에 정서적단절과 사회적 과정이라는 두 가지 개념을 추가하였다. 가족들이 지나온 세대들을 걸쳐서 가족과의 관계체계를 어떠한 개별성과 연합성의 상호작용을 계속하고 있는가를 설명한다(Bowen, 1976).

자아분화의 치료적 개념을 살펴보면, 인간은 모든 기능을 자아분화와 융합이라는 연속선상(김정택, 심혜숙, 1992)에서 보고 있는데 이 자아분화 과정에서는 인간행동과 관련된 3가지 하위체계로 정서체계, 감정체계, 지적체계를 설명하고 있다. 정서체계란, 무의식적인 것에 대한 개념이고, 감정체계란, 느끼고 의식할 수 있는 것에 대한 개념이다. 그리고 지적체계는 정서나 감정을 주관해서 행동하도록 선택권을 부여하는 체계이다. Bowen은 지적체계의 개발을 자아분화 개발의 열쇠로 들고 있다. 지적체계는 정서·감정체계의 반응을 중재하는 역할을 한다(Martin, 1994a).

자아분화의 기제로서 인간은 개성화와 동질화라는 대립적인 세력이 공존하는데 개성화란 타인의 인정과 소속감을 통해 안정을 누리려는 본능에 근원을 둔 것으로써 이 두 세력은 부단히 변화한다. 동질화는 타인과 융합되어 대상에 대한 감정반응을 강화시키고 독립적 사고와 감정의 반응능력을 약화시킨다(제석봉, 1989; Martin, 1994b). 그러나 자아분화는 단순한 독립성, 개별성과는 다르다. 자아분화의 개념에는 보다 큰 집단과의 연결성을 유지하면서 자신을 통합적인 존재로 유지시킬 수 있는 능력을 의미하며 지적통합으로의 연결성이 포함되어 있다.

최인재(2004)는 자아분화수준을 기초수준(Basic level)과 기능수준(Function level)으로 구분하였는데 기초수준의 분화란 관계과정(Relationship process)에 의존하지 않는 개인의 기능으로 세대간 전수과정을 통한 산물을 말하는 것으로서 기초수준의 분화는 잘 변화되지 않는 특성을 보인다. 반면 기능수준의 분화는 관계과정에 의존하는 수준으로 환경에 따라 많이 달라지는 것으로 본다.

Bowen은 자아분화 수준을 0-100까지의 수직인 연속선으로 보고 어떤 개인이든 이 연속선상의 어느 한 지점에 위치하고 있다고 하였다. 자아분화 수준이 아주 낮은 사람(0-25), 대체로 낮은 사람(25-50), 보통사람(50-75), 특별한 사람(75이상)으로 나누었다. 자아분화 수준이 아주 낮은 사람은 자아융합의 정도가 심하며 주위사람들의 감정이나 반응에 민감하고 의존적이며 긴장 등의 상황에 잘 적응하지 못한다. 자아분화가 대체로 낮은 사람은 융합의 정도가 심하지는

않으나 자아에 대한 정체감이 분명하지 못해서 자기신념과 의견은 있으나 긴장과 스트레스 상황에서는 감정조절의 통제력을 잃기 쉽고 기능수준이 저하되는 변화를 보인다.

자아분화가 보통인 사람은 자신의 신념과 의견을 분명히 가지고 있고 자주적 독립적이며 목표 지향적이고 대상과의 관계체계를 중요시한다. 자아분화 수준이 높은 사람은 특정한 개인이나 가족사건의 환경에 압도되지 않고 적절한 현실감과 유연하면서도 예민한 감각을 지니고 있다. 정서적으로 안정되어 있으며 타인과 친근한 관계를 맺으면서도 확고한 자아정체감을 유지해 나가고 목표지향적인 사고를 하며 환경에 대해 긍정적인 적응력이 있다.

자아분화의 치료적 기본개념의 국내문헌들(고성혜, 성미애, 2008; 김영화, 이진숙, 이옥희, 2007; 박태영, 2001; 성경현, 여지영, 우국희, 최승희, 2007; Kerr & Bowen, 2006; Nichols & Schwartz, 2008)은 자아분화를 초점으로 하는 가족 치료는 일차적으로 미분화된 가족융합으로부터 독립적이고 객관적인 개체의 분화를 유도한다고 한다. 가족구성원의 정서적 융합에 대하여 개성화 또는 분리화를 촉진시키는데 치료적 초점을 두고 감정·정서와 관련을 갖는 역기능적 감정반응의 체계에 개입하여 분화를 유도함을 치료의 목표로 한다.

2. 자아분화와 만성불안

본 연구에서는 치매노인부양자의 적응과 상관이 있을 것으로 보는 자아분화와 만성불안을 연구변인으로 한 이론적 배경을 고찰한다. 선행연구들은 만성불안 측정을 스트레스척도로 사용하고 있음으로 만성불안·스트레스로 혼용한다. 가족의 기능수준에 대해 개인의 자아분화와 밀접한 관련성을 설명하는 자아분화수준은 가족의 만성불안수준과 상호 밀접한 영향을 미치게 된다고 본다. 만성불안수준은 같은 가족이라도 서로 다르고 시점에 따라 다르다. 만성불안의 평균수준은 개인과 가족의 기본분화수준과 평행하다(Kerr & Bowen, 2006). 자아분화수준이 낮을수록 지속되는 스트레스에 대한 적응력이 낮다. 스트레스에 대한 불안반응의 강도가 어느 선을 초과하면 회복력이 현저히 떨어져서 회복하기 어려운 만성불안이 되어 자신의 내적기능이나 정서적으로 연계된 사람과의 관계기능을 손상시킨다(Kerr & Bowen, 1993).

스트레스를 주는 갈등환경에서 갈등은 갈등 그 자체가 아니라 갈등해결에 대한 대처방법을 중요하게 보고 있다(Chodoff, 1994). 치매노인에 대한 부양형태별 부양스트레스 연구에서 부양스트레스에 가장 큰 영향을 미치는 변인에 대한 연구결과는 중증 치매환자의 가정부양자이다(임미영, 김운정, 2006; 전귀연, 주현희, 2001). 가족의 높은 자아분화수준은 지속되는 치매증세와 유사한 스트레스 상황에서도 이성적 효율적으로 대

처할 수 있다고 본다. 원만하고 행복 지향적인 생활을 꾸어 가는 능력의 자원이며 다양한 위기나 스트레스 상황을 극복할 수 있으며 사회적 기능과 정신적 안녕을 위해 필수적이라고 한다(최은희, 2002; Bowen, 1974).

한숙자(2007)의 연구에서는 스트레스는 좌절, 갈등, 압박감, 일상생활의 과도한 변화 등으로 다양하게 나타난다고 하며 타고난 성격, 타고난 기질, 자기비하, 자존감이나 부정적 자아개념, 피해의식과 같은 부정적 사고, 비현실적 기대, 과장되고 경직된 사고, 불안반응성 성격과 같은 개인적 특성 등이 주요한 스트레스원인이 된다고 한다. 불안반응성 성격은 스트레스에 지나치게 민감하며, 스트레스요인을 가장 최악의 상태에서 항상 극단적으로 지각하는 사람이다. 이런 사람은 스트레스에 취약해서 스트레스의 공격으로부터 상처받기 쉽다고 한다.

따라서 자아분화 수준이 낮은 사람은 일반적으로 만성불안(스트레스)의 수준이 높다고 본다. 자아분화가 낮은 사람에게는 정서적 반응이 높게 나타나게 되는데, 가족관계나 사회적 대인관계에서 정서적 요인에 의해 영향을 받아 자동적으로 행동하게 된다. 정서 체계(감정 체계)와 지적체계를 구분할 수 있는 능력이 낮음으로 외부 자극에 대하여 감정적 반응으로 대처할 가능성이 높다. 대처기제는 자아분화의 정도에 의한 반응 인자라고 말할 수 있다. 강도 높은 스트레스는 진아(solid self)가 발달되지 못하고 가아(pseudo)가 발달된다. 부양가족들은 바람직하고 일관된 신념에 따른 행동을 하지 못한다. 이질적인 가족관계를 맺으며 가족 내에서 서로 공격과 비난을 회피하는데 급급하다(안영자, 2008). 이러한 불안 환경을 극복하는 성공적인 가족적응은 스트레스를 다루는 가족의 내적역동의 강점과 관련된다고 본다(서문경애, 2000).

3. 자아분화와 가족체계기능

본 연구에서는 치매노인부양자의 가족체계기능과 상관성이 있을 것으로 보는 자아분화와 가족체계기능을 연구변인으로 한 이론적 배경을 고찰한다. 체계의 기능과 역동성에 대해 파슨즈는 네 가지 필수 기능요건(the functional imperatives of any system) 또는 네 가지 기능의 패러다임(the four functional paradigm), 즉 적응기능, 목표달성기능, 통합기능 그리고 유지기능을 제시하였다. 이러한 기능의 인자는 자아분화라는 역동성으로 설명할 수 있는 가족체계의 기능으로 본다. 1940년 생물학자 루드비히그 반 버탈란피(Ludwig Von Bertalanffy)가 처음 제안한 일반체계이론(general system theory)은 모든 생물체뿐만 아니라 인간의 행동과학에 이르기까지 포괄적인 모형이론을 제시하였다. 주요 공헌은 서로 연관성이 없는 것처럼 보이는 현상이라도 이것들이 상호연관성을 가지고 서로 연관되어 체계의 기능이 어떠한가의 영향을 밝혀

주는 단서를 제공해 주었다는 점이다. 이러한 일반체계이론의 영향이 가족 전체의 상호작용이라는 관점에서 개인과 가족의 관련된 증상을 보게 한 것이 가족기능을 증시하는 가족체계의 기능이다(이인정, 최해경, 2004).

Bowen이 Georgetown대학에서의 연구는 심각하게 역기능적인 가족에게 관찰되었다. 역기능적 관계과정이 모든 가족에게 존재하는 것으로 나타났다. 상담 장면에서 내담자들이 가장 많이 호소하는 것이 대인 관계적 역기능으로 보였다. 개인의 기능, 가족의 기능, 가족 간의 정서적 기능, 사회적 기능으로 확대 되는 기능성을 증시하였다. 가족의 자아분화 기능은 유, 무형을 망라한다. 즉 심리적 기능과 관련을 갖는 행동기능까지를 포함한다. 이러한 자아분화의 기능은 집단의 기능 즉 가족의 기능과 밀접한 관련이 있다. 태어난 가정에서 이룬 자주적 성격의 자아분화능력이 가족의 성장발달의 특징인 동시에 치료의 목표라고 확신했다(Bowen, 1976).

대인관계의 기능은 개인과 가족의 성장 발달에 있어서 바탕이 되는 것으로서 인간은 대인관계를 통해서 개인적 만족과 안정을 찾는다(Olson, 1986). 치매 등 장애인 부양 가족의 가족기능에 따라 스트레스 대처방식에도 영향을 받기 때문에 높은 수준의 가족기능은 적응과 가족관계를 좋게 하고 스트레스해소의 기능을 하며 원만한 가족기능을 수행하는 요소라고 한다. 장애가족의 가족기능은 오래 전부터 가족사회학에 채택되어 온 주요 연구주제의 하나로 다양한 견해가 제시되어 왔다(임지향, 2001).

불안을 동반하는 새로운 역할과 기능이 요구되는 가족체계의 변화 즉 치매노인이 발생하면 누군가가 치매노인을 돌보아야 하므로 돌보지 않는 사람과 갈등이 일어날 수 있다. 정금안(2002)과 권중돈(1999)은 치매노인의 발병으로 인하여 가족이 그동안 유지해오던 가족균형상태가 깨어지고 가족불균형상태가 초래되며 지금까지 적용해 오던 방식으로는 문제해결이 되지 않음으로서 가족들은 위기의식을 갖게 된다고 한다.

Choi와 Choi(1990)은 가족체계가 기능적인 가족은 가족원 개개인의 개별성과 독립성을 인정하면서도 가족원간의 관계가 친밀하고 정서적으로 유대감을 갖고 있는 가족이다. 적절한 상호작용을 끊임없이 지속하여 어떠한 문제의 가족환경에서도 신속하게 안정을 회복하고 항상성과 균형상태를 회복하는 기능을 갖는다. 개인의 기능은 가족관계과정에 의존적 연대감을 강하게 반영하고 있다는 점에서 확대된 가족기능으로 특화된다.

자아분화와 가족체계기능은 개인의 사고를 조직하는 내적체계임과 동시에 가족이라는 상위체계와의 기능을 통합하는 내적역동체계의 홀론(holon)²⁾이라고 할 수 있다. 조근영(2002)은 자아분화수준이 높은 기능적 가족체계란 가족원 개개인의 개별성과 독립성을 인정하면서도 가족원간의 관계

가 친밀하고 정서적으로 유대감을 갖고 있는 가족으로, 적절한 상호작용을 끊임없이 지속하여, 어떠한 문제 상황에서도 신속하게 안정을 되찾고 균형 상태를 유지할 수 있는 힘을 가진 가족으로 본다.

4. 자아분화와 정신·신체적 증상

본 연구에서는 치매노인부양자의 자아분화와 정신·신체적 증상을 연구변인으로 한 이론적 배경을 고찰한다. Bowen은 가족의 미분화요인에 대해 역기능적인 가족체계를 정신분열증보다 덜 심각한 문제를 가진 가족을 훨씬 더 많은 비유로 포함시켰다. 정신질환 뿐만 아니라 신경증을 포함한 연구의 확장은 만성불안, 정신·신체적 증상으로 나타나는 가족을 연구하는데 중요한 계기가 되었다. 개인의 자아분화는 생활과업의 스트레스, 억압받는 환경요인 등에 의해 영향을 받아 만성불안이 지속되면 자아분화가 어렵게 된다. 치매노인부양자의 경우 증상에 대한 스트레스에 비추어 볼 때 정신·신체적으로 취약해진다고 할 수 있다. 정신·신체적 증상이 누적되면 소진 즉 탈진하여 자포자기(自暴自棄) 하게 된다. 치매노인부양과정에서의 소진은 신체적 정신적 과부하의 증상일 수 있다. 스트레스에 지치고 탈진을 의미하는 것으로 개인에 따라 무력감, 상실감, 좌절감 등이다. 정도의 차이는 있으나 개인에게 정신·신체에 부정적인 결과로 무력해지며 가족관계가 나빠진다(김지은, 안선희, 2007).

치매노인부양자가 겪는 정신 신체적 특성을 보면 치매노인부양 과정 중에 신체적 질병을 한 가지 이상씩 얻는 것으로 나타난다(김스미, 2003). 때로는 치매노인의 과격·돌발행동과 이에 대한 예측불허에서 오는 불안, 우울, 만성적 피로와 수면부족 등 치매노인부양자들의 어려움들은 특별하다(천경임, 2007; 정금안, 2002).

치매노인부양자의 자아분화 능력의 영향을 추론할 수 있는 조소연(2001)의 연구는 치매노인부양자의 정신건강을 주목한다. 부양부담 수준에 따른 집단 간 차이를 비교해본 결과 부양부담의 수준이 높은 집단일수록 낮은 집단보다 우울과 불안 모두 높은 상태로 나타났다. 가족의 지지수준에 따라 주부양자의 정신 신체적으로 유의미한 영향을 주는 것으로 검증되었다. 가족들의 상호 지지는 가족의 정서에 유익한 자원이 된다. 자아가 융합되어 있는 개인이 배우자사별, 이혼, 부부갈등, 가족의 만성질환, 실직, 금전적 손실, 자녀비행 등 가족환경의 불균형 요인이 발생하면 스트레스와 정신 신체적 증상이 나타나게 된다. 정신 신체적 증상의 수준을 중

재하는 이면에는 개인의 자아분화 수준과 밀접한 관련이 있다. 따라서 정신적 압박에서 오는 심적 불균형과 내적 갈등, 대인간 갈등, 부정적 정서 등으로 나타나며 정신 신체에 영향을 미친다(최규련, 2007).

치매노인부양자가 겪는 정서·심리적 특성은 높은 긴장과 우울, 불안, 적대감 및 분노 등을 호소하는 것으로 보고한다. 특히 치매노인부양자는 다른 질병노인의 부양자에 비해 우울·불안증세가 1.7배 이상 높은 것으로 나타난다. 천경임(2007)과 권중돈(1996), Poulshock와 Deliming(1984)도 노인의 장애 손상 정도와 부양자의 부담감, 부양자의 우울 간에는 강한 관계가 있는 것으로 보고한다. Amirkhanyan와 Wolf(2003)는 부양부담으로 인해 우울증을 증가시켜 탈진에 이르게 되며 치매의 치료가능성이 매우 낮아 자신이 아무리 노력하여도 더 이상 노인이 나아질 것 같지 않아 허무감에 빠지고 자신이 치매노인의 증상에 효과적으로 대처하지 못하게 됨으로써 무력감을 경험한다고 한다.

5. 자아분화와 부양적응

본 연구에서는 치매노인부양자의 자아분화와 가족적응을 연구변인으로 한 이론적 배경을 고찰한다. 인간이라는 생물체가 환경에 적응하는데 동원되는 그 무엇의 역동인자(因子) 즉 감정을 분별 통제하며 기능하는 인자가 있다. 보웬은 이러한 주요한 인자에 대하여 개인의 자아분화의 기능성으로 본다. 따라서 치매노인부양자의 적응성은 부양자의 자아분화 수준과 관련이 있다고 볼 수 있다. 가족적응이란 가족 개개인이나 가족집단의 가족체계 내에서 수시로 변화하는 다양한 환경에 적절하게 적응하는 기능이다. 자아분화 수준이 높은 개인은 어려운 환경적 위기와 사건에 직면할 때 감정을 조절하고 어렵고 힘든 위기상황의 환경에서도 지적반응을 함으로서 감정을 통제하며 환경에 대한 적응력이 좋다고 볼 수 있다.

이은희(1997)는 치매노인부양자들의 부양환경은 긍정적 변화에 적응하지 못하고 지속되는 치매노인부양 중에 정서적 고갈에 빠질 수 있다고 한다. 치매 증세의 이상한 특성에 대처하는 동안 부양자들은 육체적으로 아프게 되고, 우울, 소외, 심한 고독감을 동반한 부적응을 경험한다고 한다. 장기간 지속되는 보호로 인하여 부양자의 외부활동이 저하되면서 가까운 친구들도 멀어지게 되고 사회관계적, 심리적 고립감으로 오는 문제를 악화시킨다고 한다.

Soldz, Budman, Demdy와 Nerry(1993)는 어려운 가족환경에서 적절하게 반응하고 적응하는 가족은 위기의 가족환

2) 홀론(Holon)은 어떠한 조직(system)을 갖는 부분성과 전체성을 동시에 지님을 의미한다. 개인의 심리적 역동의 하위체계와 상위체계인 가족과 상호작용하는 가족체계의 성격을 의미하고 나아가 사회체계의 홀론(Holon)은 개인에서 지역사회, 국가, 그 이상의 문화에 이르기까지 다양한 체계로서, 이들 각각의 체계들은 부분성과 전체성을 동시에 지닌다.

경에서 오는 문제의 스트레스를 성공적으로 다루는 가족의 강점과 관련된다. 가족적응의 가족강점접근은 가족이 가지지 못한 '무엇' 보다는 가족이 가지고 있는 '무엇'에 연결하여 초점을 둔다. 이는 부양가족의 역동일 것이다. 기능적 적응을 할 수 있는 것은 특별한 자질이나 잠재력을 발휘한 결과이며 이러한 가족의 자질이나 잠재력이 가족의 적응력이다. 여기에서 적응적가족의 내적자원은 자아분화 수준과 연결된다고 본다.

이은희(2000)는 가족적응이란 개인이 심리·사회적 장을 극복하고 자신의 욕구를 충족시키기 위해 개인적으로나 사회적으로 수용될 수 있는 행동을 의미한다고 한다. 생물학적·심리학적 두 입장을 종합한 적응의 개념을 정리하면, 적응은 인간이 자발적으로 행동하고 보다 적극적으로 환경을 이용하며 사회적 변화에 능동적으로 참여하는 개인과 환경과의 능동적인 상호작용이라고 할 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구대상은 서울과 수도권에 있는 치매노인부양자와 치매노인센터 및 주간복지센터의 치매노인부양자들을 대상으로 치매노인을 직접 부양하는 가족 중에 남자가 139명, 여자가 201명, 40세미만이 58명, 40대가 76명, 50대가 90명, 60대가 54명, 70대 이상이 62명이고, 이중에 배우자가 72명, 자녀가 138명, 며느리가 111명, 손자·손녀가 7명, 기타 12명을 대상으로 하여 조사하였다. 조사기간은 2009년 8월1일부터 9월15일까지로 하였다. 서울경기지역을 분포로 장기요양보호센터(20곳), 노인복지관(15곳), 기타 치매노인부양자(50)에 설문지 총1200부를 전달하였으며 이중 회수된 질문지 중 응답이 미진하거나 누락된 질문지(75부)를 제외한(340부)를 표본으로 하였다.

2. 측정도구

본 연구의 적응변인으로 치매노인부양자의 내적역동의 영향과 관련짓는 만성불안, 가족기능, 정신신체적 증상, 가족적응 등을 측정하기 위하여 자아분화척도를 독립 변수로 하여 종속변수인 만성불안(스트레스)척도, 가족기능척도, 정신 신체적 증상척도, 가족적응척도, 일반적 사항에 대한 질문지 1종류를 포함, 합 여섯 가지의 검증 도구를 본 연구에서 사용한다.

1) 자아분화척도

치매노인부양자의 자아분화 수준을 측정하기 위하여

DSI: The differentiation of self inventory(제석봉, 1989) 척도를 사용한다. 본 척도는 다섯 가지 하위구성요인이며 재검사신뢰도가 인지적 기능 대 정서적기능이 .86, 자아통합이 .88, 가족투사과정인 .77, 정서적 단절이 .78, 가족퇴행이 .83, 그리고 전체가 .92로서 대체로 높게 나타났다. 그리고 반분신뢰도는 66에서 .85 Cronbach α 계수는 .76에서 .90으로 내적합치도가 높게 나타난다. 또 피험자의 경험과는 달리 사회적으로 바람직한 방향으로 응답하지 않았는지 살펴보기 위해 SDS와 상관관계를 조사해 본 결과 다섯 개의 하위척도가 모두 .26 이하(.26~-.06)이기 때문에 피보험자의 응답이 성실했다고 볼 수 있다.

본 척도는 직교적 회전방법으로 주성분요인분석을 한 결과 처음의 가정대로 다섯 개 요인으로 구성되어 있음이 밝혀졌다. 또 구인타당도 외에 간이 정신진단검사로 준거타당도를 조사해 본 결과 자아분화척도의 다섯 개의 하위척도가 모두 .26이하(.26~-.06)이기 때문에 피험자의 응답이 성실했다고 볼 수 있다. 그리고 본 척도는 직교적 회전방법으로 주성분 요인분석을 한 결과 처음의 가정대로 다섯 개 요인으로 구성되어 있다. 또 구성타당도 외에 간이 정신진단검사로 준거타당도를 조사해 본 결과 자아분화척도의 다섯 개 하위척도가 간이정신진단검사의 일곱 개 하위척도와 모두 유의미한 부적 상관관계를 맺고 있음이 입증되었다.

본 자아분화척도는 하위요인 I은 일곱 개 하위요인 II, III, IV는 여섯 개 하위요인 V는 문항이 11개로 구성되어 있다. 각 문항은 리커트 형으로서 "전혀 그렇지 않다" 1점, "그렇지 않은 편이다" 2점, "그러한 편이다" 3점, "아주 그렇다"는 4점을 부여하였다. 따라서 자아분화점수는 최하 36점, 최고 144점이 나오며 점수가 높을수록 자아분화 수준이 높다.

2) 스트레스 척도

본 연구에서 만성불안은 스트레스의 지속으로 인하여 스트레스가 고착 되어가는 불안 증상을 정의하며 스트레스척도 SRI: development of stress response inventory(고경봉, 박중규, 김찬형, 2000)를 사용한다. 스트레스반응 척도와 신뢰도검사, 재검사 신뢰도(test-retest reliability)에서는 69~96으로 유의하게 높았다. 스트레스 반응 척도의 하위척도 점수와 척도 전체 점수간의 상관성을 보면 긴장($r = .89, p = .000$). 공격성($r = .66, p = .000$). 신체화($r = .76, p = .000$). 분노($r = .87, p = .000$). 우울($r = .91, p = .000$). 피로($r = .81, p = .000$). 7개의 하위척도 점수가 척도의 전체점수와 상관성이 각각 유의하게 나타난다. 7개 하위척도의 각 문항들과 각 하위척도 전체 점수 간 상관성이 각각 유의하게 높다.

스트레스 반응 척도의 타당도에서는 공존타당도에서 전체점수가 GARS 및 PSQ 총점 SCL-90-R. 척도의 전체지표

인 GSI, PSDI, PST 점수와 각각 유의한 상관성을 보였다. 변별타당도의 검증은 환자군과 정상군간, 각 장애군과 정상군간의 스트레스반응척도 점수를 각각 비교함으로써 이뤄졌다. 환자군을 불안장애, 우울장애, 신체형장애, 정신신체형장애로 구분하여 정상군과 스트레스 반응 척도점수를 각각 비교하였을 때 긴장 피로, 좌절점수에서 각 장애군 모두가 정상군 보다 유의하게 더 높다. 신체화, 분노, 우울과 척도 전체점수에서는 불안장애, 우울장애 및 신체형장애 환자군이, 공격성에서는 우울장애 환자군이 정상군 보다 각각 점수가 유의하게 더 높다. 한편 정신신체 장애군은 정상군보다 긴장, 피로, 좌절에서만 유의하게 더 높다.

척도는 지난 일주일 동안 경험한 심신의 상태가 어떠했는지 해당되는 곳에 V표를 하여 답한다. 측정표상에 나온 점수의 합계가 높을수록 스트레스를 많이 받는 것으로 나타난다. 이 척도의 신뢰도계수(Chronbach's α)는 0.97 로 나타났다. 구성은 리커트 척도로서 1점은 전혀 그렇지 않다, 2점은 약간 그렇다, 3점은 웬만큼 그렇다, 4점은 상당히 그렇다, 5점은 아주 그렇다 의 5점으로 하였다.

3) 가족기능 척도

가족기능을 사정하는 척도는 가족사정 도구를 사용한다. 가족사정 도구는 가족의 기능을 측정하는 도구이기 때문이다. 선행연구들 역시 가족기능을 측정하는 척도로서 가족사정 척도를 사용한다. 가족사정 도구는 가족기능으로 평가하는 용어로서 가족기능과 가족사정으로 혼용한다. 따라서 본 연구에서 가족사정척도 FAD: The McMaster family assessment device(권복순, 2000; 정수경, 1993)를 사용하여 가족기능을 측정하였다. 본 척도는 가족기능을 평가하기 위해 설계되었다. 이 모델은 가족의 구조적, 관계적 속성들을 기술하며 가족기능의 6가지 차원들, 문제해결, 의사소통, 역할, 정서적 반응, 정서적 관여, 행동동제를 확인해 준다.

각 문항은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 4점의 리커트 척도로 평가하며 점수가 높을수록 가족기능이 좋은 것을 의미한다. FAD신뢰도와 타당도는 .72에서 .92로 높다.

4) 정신·신체적 증상 척도

정신·신체적 증상을 측정하기 위하여 사용한 Hopkins증상척도 HSCL, hopkins symptoms checklist(김중호, 2001)를 사용한다. 이 척도의 신뢰도 계수(Chronbach's α)는 연구 문헌에서는 0.97, 로 나타났다. 이 척도의 목적은 정신 신체적 증후군을 평가하는데 있다. 척도의 유형은 자기-보고식 4점-Likert Scale이다. 이 척도는 5개의 증상유형과 1개의 일반적 증상유형을 측정하는 6개의 하위척도로 구성되어 있

다. 측정내용은 다양한 정신 신체적 증후군을 평가하기 위하여 각 항목들은 '지난 7일 동안 경험했었던 불편함'을 반영시키는 것으로서 1점 전혀 아니다, 에서 4점 매우 그렇다, 까지 이다. 첫째, 하위척도(하위변인)의 내용으로서 첫째, 신체화 증상 12개 문항으로 구성되며 신체적 증상을 인식하게 되면서 나타나는 고통(distress)을 말한다. 심장혈관계통, 소화기계통, 호흡기계통 그리고 자율신경계통을 중심으로 나타나는 증상들을 포함한다.

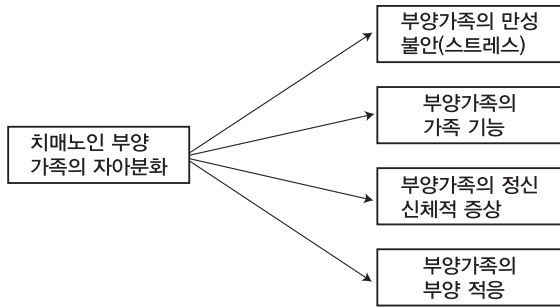
둘째, 강박장애는 8개 문항으로 구성되며, 임상적으로 강박장애로 진단받았을 때 나타나는 임상적 증상과 매우 흡사한 증상을 말한다. 셋째, 인간관계에서 나타나는 민감성은 7개 문항으로 구성되며 이 증상은 개인이 느끼는 부적절감과 열등감을 말하며 특별히 다른 사람과 비교해서 느끼는 감정을 반영한다. 자기 비하감, 불안정감, 대인관계에서 현저하게 느끼는 불편함 등이 특징적인 징후로 나타나며 사람들과의 의사소통과 관련하여 지나치게 수줍어하거나 부정적인 기대감을 갖기도 한다. 넷째, 우울증은 11개 문항으로 구성되며 임상적인 우울증 증상에 부수되는 것들을 광범위하게 반영한다. 다섯째, 불안감은 7개 문항으로 구성되며 임상적으로 강하게 나타나는 불안과 연관된 일련의 증상과 행동을 말한다. 여섯째, 일반적 증상은 13개 문항으로 구성되었다.

5) 가족적응 척도

치매노인 부양에 대한 부양가족의 부양적응은 McCubbin과 Patterson이 개발한 가족적응척도 "FMWBI: family member wellbeing index"(서문경애, 2000)를 사용하였다. FMWBI의 신뢰도는 .86 이다. 본 척도는 표적문제척도/자기 지지척도로서 개별화된 평정척도(rating scale)로 볼 수 있다. 치매노인 부양과정의 적응력에 대한 반응, 긴장, 불쾌, 즐거움, 기쁨, 분노, 슬픔 그리고 일상적 적응도 등을 0점에서, 10점까지, 11점 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 적응이 높음을 의미한다.

3. 연구모형

본 연구모형은 치매노인부양자들의 부양과정 적응에 관한 변수이다. 부양자의 자아분화와 상관성을 가정하고 있는 연구문제의 변인들을 알아보기 위해 설정한 연구가설에 입각한 모형이다. 종속변수들이 서로 완전 분리된 변수들이 아니며 도구의 질문문항 역시 서로 유사성이 있다. 독립변수인 치매노인부양자의 자아분화와 종속변수인 만성불안, 가족기능, 정신 신체적 증상, 가족적응으로 구성하였다[그림 III-1].



[그림 III-1] 연구모형

4. 연구문제 및 가설

연구문제: 첫째, 치매노인을 부양하는 가족들의 자아분화 수준은 어떠한가. 둘째, 치매노인을 부양하는 가족들의 자아분화에 따른 만성불안(스트레스)은 어떠한가. 셋째, 치매노인을 부양하는 가족들의 자아분화에 따른 가족기능은 어떠한가. 넷째, 치매노인을 부양하는 가족들의 자아분화에 따른 정신·신체적 증상은 어떠한가. 다섯째, 치매노인을 부양하는 가족들의 가족적응은 어떠한가.

- 연구가설: <가설 1> 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 만성불안과 상관이 있을 것이다.
 <가설 2> 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족기능과 상관이 있을 것이다.
 <가설 3> 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 정신·신체적 증상과 상관이 있을 것이다.
 <가설 4> 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족적응과 상관이 있을 것이다.

5. 자료 분석

연구의 실증분석 방법으로 회수된 자료 중 무성의한 반응을 보인 응답자는 통계처리에서 제외시켰으며 여기서 사용된 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 조사대상자의 일반적인 특성을 알아보기 위하여 기술통계분석을 실시하였다. 둘째, 각 문항에 대한 신뢰도 검사를 실시하여 문항간의 신뢰도를 측정하여 예측가능성, 정확성 등을 살펴보기 위하여 확인적 요인 분석을 실시하여 문항의 요인으로 묶어서 분석을 실시하였다. 셋째, 일반적인 특성에 따라 평균 차이를 살펴보기 위하여 평균차이 검증인 T-test와 일원변량분석(One way ANOVA)을 실시하였다. 넷째, 자료의 신뢰성(Reliability Analysis)을 검토하기 위해 Cronbach's α 계수를 이용하였다. 다섯째, 분석결과의 도형제시를 위하여 AMOS 6.0을 사용하여 구조방정식에 의한 경로계수를 제시하여 독립변수가 종속변수들에 미치는 영향을 살펴보았다. 분석은 모두 유의수준 $p < .05$ 에서 검증하였으며 통계처리는 사회과학분야 통계 패키지인 SPSSWIN 12.0(Statistical Package for the Social Sciences)프로그램을 사용하여 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 치매노인부양자의 인구사회학적 특성

1) 자아분화 차이

부양자의 인구사회학적인 특성에 따른 자아분화의 차이에 대하여 분화수준을 살펴 본 결과, 성별로는 여자가 2.77점으로 남자 2.57점보다 높게 나타나 유의미한 차이를 보여

<표IV-1> 부양자의 인구사회학적 특성에 따른 자아분화 차이

		(N)	평균	표준편차	t/F	p
성별	남	(127)	2.5667	.38156	10,240***	.000
	여	(195)	2.7681	.45184		
치매년수	1-2년	(62)	2.7160	.46254	1.454	.236
	3-4년	(81)	2.5900	.40945		
	5년 이상	(133)	2.6547	.42881		
종교	불교	(58)	2.5699	.41596	1.090	.361
	기독교	(128)	2.7074	.45802		
	천주교	(57)	2.7269	.45379		
	없음	(84)	2.6854	.43196		
소득구분	하(149만원 이하)	(116)	2.6663	.48010	5.164**	.006
	중(150만원~ 249만원)	(165)	2.6132	.40064		
	상(250만원 이상)	(41)	2.5577	.44384		
소모비용	50만원 미만	(78)	2.8422	.46724	.115	.734
	50만원 이상	(109)	2.8662	.44625		

** $p < .01$, *** $p < .001$

〈표Ⅳ-2〉 인구사회학적인 특성에 따른 스트레스의 차이

		/ (N)	평균	표준편차	t/F	p
성별	남	(127)	2,9417	.83715	3,414***	.001
	여	(195)	2,5744	1.00689		
치매년수	1-2년	(62)	2,5440	.89182	3,330*	.037
	3-4년	(81)	2,9350	.92253		
	5년 이상	(133)	2,8421	.93033		
종교	불교	(58)	2,8474	.85467	.472	.756
	기독교	(128)	2,7207	.92771		
	천주교	(57)	2,7754	.95071		
	없음	(84)	2,6345	1.03161		
	기타	(7)	2,6857	1.11082		
소득구분	하	(116)	2,8625	.88159	4,551*	.011
	중	(165)	2,8024	.90661		
	상	(41)	2,3671	1.11729		
소모비용	50만원 미만	(78)	2,2811	.98663	-1.839	.068
	50만원 이상	(109)	2,5569	.95729		

p < .01, *p < .001

성별에 따라 차이가 있음을 알 수 있다($p < .001$). 부양하고 있는 노인이 치매에 걸린 연수는 1-2년이 2.72점, 5년 이상이 2.65점으로 나타났고, 종교에 따라서는 천주교가 2.73점, 기독교가 2.71점으로 나타났으며, 월 평균 노인의 치료와 보호에 소모되는 비용이 50만원 이상이 2.87점, 50만원 미만이 2.84점으로 나타남을 알 수 있다. 마지막으로 소득에 따라서는 소득수준이 하인 경우가 2.67점으로 가장 높고, 중인 경우가 2.61점, 상이 2.56점으로 유의미한 차이를 보여 소득수준이 낮을수록 자아분화의 변화 차 정도가 높은 것을 알 수 있다($p < .01$)〈표Ⅳ-1〉.

2) 인구사회학적 특성에 따른 스트레스의 차이

부양자의 인구사회학적인 특성에 따른 스트레스의 차이에 대하여 살펴 본 결과 성별에 따라서는 남자의 평균이 2.94점으로 여자 2.57점보다 높게 나타나 유의미한 차이를 보여 치매 노인을 부양하는데 있어 남자가 여자보다 스트레스를 많이 받는 것을 알 수 있다($p < .001$) 부양 노인의 치매년수에 따라서는 3-4년이 2.94점으로 가장 높게 나타났고 5년 이상이 2.84점, 1-2년이 2.54점으로 유의미한 차이를 보여 치매년수에 따라 스트레스 정도에 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .05$).

또한 소득에 따라서 소득수준이 하인 경우 2.86점으로 높게 나타났고 중 2.80점, 상 2.37점으로 나타나 유의미한 차이를 보여 소득수준이 낮을수록 스트레스 정도가 높은 것으로 나타났다($p < .05$). 그러나 종교에 따라서는 불교가 2.85점, 천주교 2.78점, 기독교 2.72점으로 나타났고 월 평균 노인의 치료와 보호에 소모되는 비용이 50만원 이상이 2.56점,

50만원 미만이 2.28점으로 나타나 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다〈표Ⅳ-2〉.

3) 인구사회학적 특성에 따른 가족기능 차이

부양자의 인구사회학적인 특성에 따른 가족기능의 차이에 대하여 살펴 본 결과 성별에 따라서는 남자의 평균이 2.58점으로 여자 2.73점보다 낮게 나타나 유의미한 차이를 보여 성별에 따라 가족기능에 차이가 있음을 알 수 있다($p < .001$).

또한 소득에 따라서 소득수준이 중인 경우 2.62점으로 낮게 나타났고 하 2.65점, 상 2.80점으로 나타나 유의미한 차이를 보여 소득수준에 따라 가족사정에 차이가 있음을 알 수 있다($p < .05$).

그러나 부양하고 있는 노인이 치매에 걸린 연수는 3-4년이 2.61점, 5년 이상이 2.62점으로 나타났고, 종교에 따라서는 불교가 2.59점, 무교가 2.62점으로 나타났으며, 월 평균 노인의 치료와 보호에 소모되는 비용이 50만원 미만이 2.75점, 50만원 이상이 2.76점으로 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다〈표Ⅳ-3〉.

4) 인구사회학적 특성에 따른 가족적응 차이

부양자의 인구사회학적인 특성에 따른 부양에 대한 적응도에 대하여 살펴 본 결과 성별에 따라서는 여자의 평균이 5.24점으로 남자 4.92점 보다 높은 유의미한 차이를 보여 여자가 남자보다 부양에 빨리 적응하는 것으로 나타났다($p < .05$). 또한 소득에 따라서 소득수준이 상인 경우 5.56점으로 높게 나타났고 하 4.99점, 중 4.83점으로 나타나는 유의미한 차이를 보여 소득수준에 따라 가족적응도에 차이가 있음을

〈표Ⅳ-3〉 인구사회학적인 특성에 따른 가족기능의 차이

		/ (N)	평균	표준편차	t/F	p
성별	남	(127)	2.5827	.27241	3.826***	.000
	여	(195)	2.739	.40445		
치매년수	1-2년	(62)	2.7329	.38129	2.265	.106
	3-4년	(81)	2.616	.35090		
	5년이상	(133)	2.6246	.35068		
종교	불교	(58)	2.5969	.31693	1.773	.134
	기독교	(128)	2.7103	.41392		
	천주교	(57)	2.7265	.36916		
	없음	(84)	2.6211	.28301		
	기타	(7)	2.7321	.45638		
소득구분	하	(116)	2.6586	.38955	4.385*	.013
	중	(165)	2.6242	.32308		
	상	(41)	2.8076	.37510		
소모비용	50만원미만	(78)	2.7514	.39253	.164	.870
	50만원이상	(109)	2.7613	.39977		

알 수 있다($p < .05$). 그러나 부양하고 있는 노인이 치매에 걸린 연수는 1-2년이 5.08점, 3-4년 이 5.01점으로 나타났고, 종교에 따라서는 기독교가 5.16점, 불교가 5.04점으로 나타났으며, 월 평균 노인의 치료와 보호에 소모되는 비용이 50만원 이상이 5.27점, 50만원 미만 이 5.06점으로 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다(표Ⅳ-4).

5) 인구사회학적 특성에 따른 정신신체적 증상차이

부양자의 인구사회학적인 사항에 따른 정신·신체적 증상에 대하여 살펴 본 결과 성별에 따라서는 남자의 평균이

2.67점으로 여자 2.45점보다 높게 나타나 유의미한 차이를 보여 남자가 여자보다 정신·신체적 증상을 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다($p < .01$). 부양하고 있는 노인이 치매에 걸린 연수에 따라서는 5년 이상이 2.69점으로 높게 나타났고 3-5년이 2.65점, 1-2년이 2.37점으로 나타나 유의미한 차이를 보였으며 부양 노인의 치매년수가 길어질수록 정신·신체적 증상을 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다($p < .05$).

또한 소득에 따라서 소득수준이 중인 경우 2.66점으로 높게 나타났고 하 2.58점, 상 2.21점으로 나타나 유의미한 차이를 보여 소득수준에 따라 정신·신체적 증상에 차이가 있는

〈표Ⅳ-4〉 인구사회학적인 특성에 따른 가족적응 차이

		/ (N)	평균	표준편차	t/F	p
성별	남	(127)	4.9232	1.23232	-2.019*	.044
	여	(195)	5.2413	1.47039		
치매년수	1-2년	(62)	5.0795	1.51848	.064	.938
	3-4년	(81)	5.0100	1.21397		
	5년 이상	(133)	5.0048	1.40902		
종교	불교	(58)	5.0366	1.10372	1.036	.389
	기독교	(128)	5.1629	1.38175		
	천주교	(57)	4.8816	1.64266		
	없음	(84)	4.9575	1.46108		
	기타	(7)	5.8214	.99702		
소득구분	하	(116)	4.9982	1.22026	4.854**	.008
	중	(165)	4.8273	1.37946		
	상	(41)	5.5579	1.53580		
소모비용	50만원 미만	(78)	5.0597	1.69838	-.839	.403
	50만원 이상	(109)	5.2712	1.52751		

* $p < .05$, ** $p < .01$

〈표Ⅳ-5〉 인구사회학적 사항에 따른 정신·신체적 증상 차이

		/ (N)	평균	표준편차	t/F	p
성별	남	(127)	2.6742	.69507	2.617**	.009
	여	(195)	2.4519	.77599		
치매년수	1-2년	(62)	2.3652	.67860	4.266*	.015
	3-4년	(81)	2.6506	.73466		
	5년 이상	(133)	2.6857	.72730		
종교	불교	(58)	2.6769	.66188	1.049	.382
	기독교	(128)	2.4684	.76034		
	천주교	(57)	2.5441	.71416		
	없음	(84)	2.5432	.77451		
소득구분	하	(116)	2.5782	.69477	6.544**	.002
	중	(165)	2.6625	.72223		
	상	(41)	2.2113	.74048		
소모비용	50만원 미만	(78)	2.1631	.71530	-2.095*	.038
	50만원 이상	(109)	2.3967	.74561		

* $p < .05$, ** $p < .01$

것을 알 수 있으며($p < .01$), 월 평균 노인의 치료와 보호에 소모되는 비용이 50만원 이상이 2.39점, 50만원 미만이 2.16점으로 유의미한 차이를 보여 소모비용에 따라 정신·신체적 증상에 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$). 그러나 종교에 따라서는 기타 종교 2.82점, 불교 2.68점으로 나타나 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다(표Ⅳ-5).

〈표Ⅳ-6〉 자아분화 수준집단

수준	빈도	퍼센트	유효퍼센트	누적퍼센트
1수준	112	32.9	32.9	32.0
2수준	119	35.0	35.0	67.9
3수준	109	32.1	32.1	100.0
합계	340	100.0	100.0	

〈표Ⅳ-7〉 자아분화 수준에 따른 종속변수 차이

	평균	표준편차	F	p	
스트레스	1수준	3.4295	.35492	188.851***	.000
	2수준	2.9294	.76120		
	3수준	1.7482	.76334		
가족사정	1수준	2.4613	.17123	107.672***	.000
	2수준	2.5723	.23511		
	3수준	2.9925	.39836		
정신신체	1수준	3.0591	.34879	134.365***	.000
	2수준	2.6692	.65189		
	3수준	1.8590	.60109		
가족적응	1수준	4.5164	.81504	34.794***	.000
	2수준	4.8184	1.15203		
	3수준	5.8909	1.72640		

*** $p < .001$

는 것을 알 수 있고, 자아분화 수준이 이 높으면 부양자의 적응력이 좋아진다는 사실을 알 수 있다.

2) 종속변수별 자아분화 수준

자아분화의 수준별로 종속변수에 차이가 있는가를 보면, 스트레스의 경우 자아분화의 수준이 1수준일 때 자아분화의 수준이 2수준일 때와 비교하여 유의미한 차이를 보이는 것

2. 부양가족의 자아분화에 따른 종속변수의 주요설명변인

1) 종속변수별 자아분화 수준차이

본 연구에서는 자아분화의 수준변화에 따라 종속변인에 영향이 있는가를 알아보려는 연구목적임으로 독립변수와 종속변수의 상관성을 알아본다. 이를 위해 자아분화수준을 상, 중, 하, 수준집단으로 나누었다(표Ⅳ-6). 독립변수인 자아분화수준에 따라 종속변수에 차이가 있는지를 살펴 본 결과(표Ⅳ-7)와 같이 스트레스의 경우 자아분화 1수준의 평균이 3.43점으로 높게 나타났고, 3수준이 1.75점으로 낮게 나타나 유의미한 차이를 보여 자아분화의 수준별로 스트레스 정도가 다를 수 있다($p < .001$). 가족사정의 경우 1수준이 2.46으로 낮게 나타났고, 3수준이 2.99점으로 높게 나타나 유의미한 차이를 보였으며($p < .001$), 정신·신체적 증상의 경우 1수준이 3.06점으로 높게 나타났고, 3수준이 1.86점으로 낮게 나타남으로서 유의미한 차이를 보이는 것을 알 수 있다($p < .001$). 가족적응의 경우 역시 3수준이 3.89점으로 높게 나타났고, 1수준이 4.52점으로 낮게 나타나 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다($p < .001$).

이러한 설명은 가족기능, 정신·신체적 증상, 가족적응의 변수가 부양자의 자아분화수준과 상관성이 따라 차이가 있다

〈표Ⅳ-8〉 종속변수별 자아분화 수준

종속변수	자아분화구분 (I)	자아분화구분 (J)	평균차 (I-J)	표준오차	유의확률	95% 신뢰구간	
						하한값	상한값
스트레스	1수준	2수준	.50013(*)	.08703	.000	.3289	.6713
		3수준	1.68138(*)	.08892	.000	1.5065	1.8563
	2수준	1수준	-.50013(*)	.08703	.000	-.6713	-.3289
		3수준	1.18125(*)	.08723	.000	1.0096	1.3528
	3수준	1수준	-1.68138(*)	.08892	.000	-1.8563	-1.5065
		2수준	-1.18125(*)	.08723	.000	-1.3528	-1.0096
가족사정	1수준	2수준	-.11093(*)	.03745	.003	.0373	.1846
		3수준	-.53120(*)	.03827	.000	.4559	.6065
	2수준	1수준	.11093(*)	.03745	.003	-.1846	-.0373
		3수준	-.42027(*)	.03754	.000	.3464	.4941
	3수준	1수준	.53120(*)	.03827	.000	-.6065	-.4559
		2수준	.42027(*)	.03754	.000	-.4941	-.3464
정신신체	1수준	2수준	.38986(*)	.07314	.000	.2460	.5337
		3수준	1.20007(*)	.07473	.000	1.0531	1.3471
	2수준	1수준	-.38986(*)	.07314	.000	-.5337	-.2460
		3수준	.81021(*)	.07331	.000	.6660	.9544
	3수준	1수준	-1.20007(*)	.07473	.000	-1.3471	-1.0531
		2수준	-.81021(*)	.07331	.000	-.9544	-.6660
가족적응	1수준	2수준	-.30198	.17041	.077	-.6372	.0332
		3수준	-1.37450(*)	.17341	.000	-1.7156	-1.0334
	2수준	1수준	.30198	.17041	.077	-.0332	.6372
		3수준	-1.07252(*)	.17081	.000	-1.4085	-.7365
	3수준	1수준	1.37450(*)	.17341	.000	1.0334	1.7156
		2수준	1.07252(*)	.17081	.000	.7365	1.4085

* $p < .05$

으로 나타나 자아분화의 수준에 따라 스트레스 정도에 차이가 있는 것을 알 수 있으며, 3수준일 때와 비교한 결과 역시 스트레스의 정도에 차이가 있음을 알 수 있다 ($p < .05$). 또한 2수준은 1수준, 3수준과의 비교에서 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < .05$), 3수준 역시 1수준, 2수준과 비교하여 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$).

가족사정의 경우 자아분화의 수준이 1수준일 때 자아분화의 수준이 2수준일 때와 비교하여 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타나 가족사정에 차이가 있는 것을 알 수 있으며, 3수준일 때와 비교한 결과 역시 가족사정에 차이가 있음을 알 수 있다($p < .05$). 또한 2수준은 1수준, 3수준과의 비교에서 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < .05$), 3수준 역시 1수준, 2수준과 비교하여 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$).

정신·신체적 증상의 경우 자아분화의 수준이 1수준일 때 자아분화의 수준이 2수준일 때와 비교하여 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타나 정신·신체적 증상에 차이가 있는 것을 알 수 있으며, 3수준일 때와 비교한 결과 역시 정신·신체적 증상에 차이가 있음을 알 수 있다($p < .05$). 또한 2수준은 1수준, 3수준과의 비교에서 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < .05$), 3수준 역시 1수준, 2수준과 비교하여 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$).

마지막으로 가족적응의 경우 자아분화의 수준이 1수준일 때 자아분화의 수준이 2수준일 때와 비교하여 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났으나 3수준과는 유의미한 차이를 보여 가족적응에 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$). 또한 2수준은 1수준과는 차이가 없는 것으로, 3수준과

〈표Ⅳ-9〉 연구모형의 적합도 검증 결과

	χ^2	Q값	RMSR	NFI	CFI	GFI	AGFI	TLI	Delta 2
적합도지수	2613.15	2.02	0.019	0.905	0.915	0.918	0.902	0.914	0.905

의 비교에서는 차이가 있는 것으로 나타났으며($p < .05$), 3수준은 1수준, 2수준과 비교하여 차이가 있는 것을 알 수 있다($p < .05$)〈표Ⅳ-8〉.

3) 일원배치 분산분석 Scheffe 검정

일원배치 분산분석을 통한 Scheffe 검정의 결과는 독립변수와 종속변수와의 유의미한 상관을 보이고 있다. 일원배치 분산분석을 통한 Scheffe 검정의 결과를 보면 자아분화의 수준에 입각하여 나눈 3집단은 스트레스, 가족사정, 정신·신체적 증상, 가족적응 등의 연구변인들에 의해서 유의수준 = 0.05에 대한 부집단이 3집단으로 나뉘어지며, 제1, 2, 3집단에서 각 연구변인의 평균값들은 가설에서 제시한 부양가족의 자아분화수준은 부양과정의 변수들과 상관이 있을 것이라는 가설에 잘 부합되고 있는 것으로 나타났다. 즉 자아분화수준에 따른 3집단에서 자아분화수준이 낮은 집단은 스트레스, 정신·신체적 증상의 평균값이 상대적으로 높게 나타났으며, 가족사정, 가족적응도는 상대적으로 낮게 나타난 것을 알 수 있다.

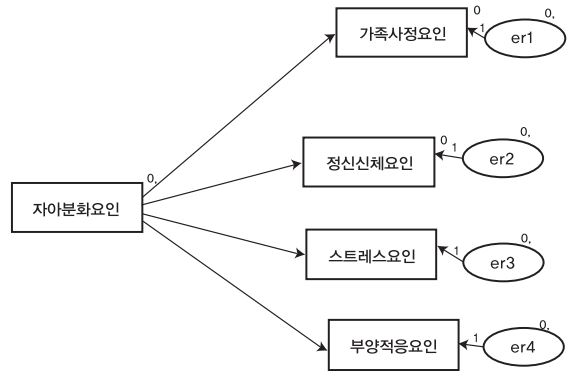
3. 가설 검증

1) 연구모형의 적합도 검증

설계한 연구모형의 적합한 정도를 알아보는 과정으로 절대적합지수(Absolute Fit Measures: χ^2 , GFI, AGFI, RMSR), 증분적합지수(Incremental Fit Measures: NNFI, NFI, Delta2), 간명적합지수(Parsimonious Fit Measures : PGFI, PNFI, AIC) 등이 이용되고 있다. 적합도지수를 살펴보면 χ^2 (카이자승 통계량) = (2613.15), P 값 = (.000), RMSR(원소평균자승잔차) = (.019), GFI(기초적합지수) = (.838), AGFI(조정적합지수) = (.788), NFI(준적합지수) = (.905)으로 분석되었다. 기초적합지수와 조정적합지수의 경우에 .90을 넘지는 않았지만 근접하였고 다른 지수의 경우에 적합하여 전체적인 모형은 적합하다고 할 수 있다.

첫째, Q값은 자유도의 증감에 따른 χ^2 의 변화를 보여주는 것으로서 3보다 적어야 전반적인 적합도를 만족한다. 둘째, Root-Mean-square residual(RMSR)로 다른 모형들에 대한 자료에 적합 정도를 비교하기 위하여 사용되는 것으로 RMSR은 적을수록 제시된 모형이 자료에 적합함을 나타낸다. 통상 RMSR 값이 .08이하이면 적합도는 양호한 것으로 볼 수 있다. 셋째, Tucker-Lewis Index(TLI)는 구조모형의 분산이 전체적인 분산에서 차지하는 비율과 유사한 지표로써

연구모형의 적합도 검증모형



〔그림Ⅳ- 1〕 연구모형의 적합도 검증 모형

0.9이상이면 적합하다. 넷째, Delta 2는 표본 수에 따라 값이 달라질 수 있는 NFI 값을 조정한 값으로 0.9 이상이면 적합하다. Delta 2의 값은 기초모형과 표본에 따라 값이 크게 달라지지 않아 안정적이므로 최근의 연구에서 많이 사용되는 지수이다.

본 연구에서 설정한 연구가설에 대한 〈표-9〉의 이론적 모형에서 χ^2 값이 크긴 하나 전반적인 모형의 적합도는 양호하다.

2) 독립변수 수준과 종속변수의 상관성 검증

(1) 자아분화와 스트레스와의 상관성

‘치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 만성불안(스트레스)과 상관이 있을 것이다’를 보면 〈표Ⅳ-10〉과 같이 ($E = -1.68$, $C.R = -16.871$)로 유의수준 $p < .001$ 에서 유의한 부적상관을 알 수 있다. 자아분화 수준이 떨어지면 스트레스를 받는 정도가 높아진다. 따라서 ‘연구 가설 1 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 만성불안(스트레스)과 상관이 있을 것이다’의 연구가설이 지지됨을 알 수 있다.

〈표Ⅳ-10〉 자아분화에 따른 만성불안(스트레스) 차이

	Estimate	S.E.	C.R.	p
스트레스 <--- 자아분화 요인	-1.684	0.1	-16.871	***

(2) 자아분화와 가족기능과의 상관성

‘치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족기능과 상관이 있을 것이다’를 보면 〈표Ⅳ-11〉과 같이($E = 0.944$, $C.R = 14.001$)로 유의수준 $p < .001$ 수준에서 유의한 정적상

〈표Ⅳ-11〉 자아분화에 따른 가족기능의 차이

		Estimate	S.E.	C.R.	p
가족기능 요인	<--- 자아분화 요인	0.944	0.067	14.001	***

관을 알 수 있다. 자아분화의 수준이 높아지면 가족기능의 수준이 높아진다. 따라서 ‘연구 가설 2 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족기능과 상관이 있을 것이다’의 연구가설이 지지됨을 알 수 있다.

(3) 자아분화와 정신·신체적 증상과의 상관성

‘치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 정신·신체적 증상과 상관이 있을 것이다’를 보면 〈표Ⅳ-12〉와 같이($E = -1.125$, $C.R. = -14.589$)로 유의수준 $p < .001$ 수준에서 유의한 부적상관을 알 수 있다. 자아분화의 수준이 떨어지면 정신·신체적 증상의 수준이 높아진다. 따라서 ‘연구 가설 3 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 정신·신체적 증상과 상관이 있을 것이다’의 연구가설이 지지됨을 알 수 있다.

〈표Ⅳ-12〉 자아분화에 따른 정신·신체적 차이

		Estimate	S.E.	C.R.	p
정신신체적 요인	<--- 자아분화 요인	-1.125	0.077	-14.589	***

(4) 자아분화와 가족적응과의 상관성

‘치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족적응에 영향을 미칠 것이다’를 살펴보면 〈표Ⅳ-13〉과 같이($E = 1.448$, $C.R. = 9.503$)로 유의수준 $p < .001$ 수준에서 유의한 정적상관을 알 수 있다. 자아분화의 수준이 높아지면 가족적응수준이 높아진다. 따라서 ‘연구 가설 4 치매노인부양자의 자아분화는 부양가족의 가족적응과 상관이 있을 것이다’의 연구가설이 지지됨을 알 수 있다.

〈표Ⅳ-13〉 자아분화에 따른 가족적응 차이

		Estimate	S.E.	C.R.	p
가족적응	<--- 자아분화 요인	1.448	0.152	9.503	***

V. 결론 및 논의

본 연구는 치매노인부양자들의 특별한 불안, 긴장의 지속으로 어려움을 겪는 부양과정의 변수들에 대하여 부양가족의 내적역동, 즉 자아분화와 상관성에 대하여 알아보았다. 부양가족의 일차적 적응역량의 내적자원이라 할 수 있는 부양가족의 자아분화와 중속변인들(만성불안(스트레스), 가족기능, 정신·신체적 증상, 가족적응)간에 유의한 상관이 있

을 것이라는 가정에서 연구문제에 따라 설정한 가설에 대한 구명의 분석결과는 치매노인부양자의 자아분화수준이 높고 낮음에 따라 차이가 있다. 분석결과에 따른 결론은 연구변인들 간에 유의미한 상관이 있다.

또 연구모형의 적합도 검증에서 자료이질성을 보이는 χ^2 (카이제곱)값이 큰 분포를 보이긴 하였으나, $RMSR$ (원소평균자승잔차) = (.019), GFI (기초적합지수) = (.838), $AGFI$ (조정적합지수) = (.788), NFI (준적합지수) = (.905)로 적합하였다. 기초적합지수와 조정적합지수의 경우에 .90은 넘지는 않았지만, 근접하였고 다른 지수의 경우에 적합하여 전체적인 모형은 적합하다고 보았다.

부양가족의 자아분화에 대한 선행연구들이 일반 가족들을 주 대상으로 했다면, 본 연구에서는 보다 심리사회적 어려움을 겪고 있다고 보는 치매노인부양자의 변인에 대한 관심으로 부양자의 내적역동성과의 관련성에 대해 분석을 시도 검증해보았다는데 의미를 부여하고자 한다. 이를 논의하면 다음과 같다.

첫째, 먼저 부양자의 인구사회학적 특성과 자아분화의 차이에 대한 연구결과에 따른 결론은, 성별에서 여자의 수준이 2.77점으로 남자 2.57점보다 수준이 높게 나타나는 결과는, 남성부양자가 여성부양자보다 치매노인부양 중 적응하는데 어려움을 느낌을 시사한다. 스트레스도 남자 평균 2.94점으로 여자평균 2.57점보다 스트레스수준이 높은 것을 알 수 있다. 치매부양 연수에 따라서는 1-2년이 2.54점, 3-4년이 2.94점, 5년 이상이 2.84점으로 연구결과의 특이점은 3-4년 부양자의 스트레스보다, 5년 이상을 부양하는 부양자의 스트레스수준이 낮게 나타나는 특징적 결과다. 이는 처음 1-2년은 스트레스의 누적이 적거나 증세가 심화되지 않는 요인으로 추정된다. 3-5년이 경과할 때의 스트레스가 가장 높은 요인은, 스트레스 누적과 치매증세의 심화요인으로 유추되며, 5년 이상이 오히려 스트레스 수준이 낮은 요인은 자포자기 또는 미미하나마 대체 또는 대처자원생성 등의 외생변수추정으로 후속연구에서 알아볼 수 있을 것이다.

가족기능은 남자평균이 2.58점, 여자 2.73점으로 여자의 가족기능수준이 높은 것을 알 수 있다. 아울러 소득수준이 하인 경우 2.65점으로 중인 2.62보다 높게 나타나는 특징이 발견되었고, 상이 2.80으로 높은 것을 볼 때 소득수준이 높은 가족이 가족기능수준이 높지만, 소득수준이 하인 경우가 중인 경우보다 높게 나타나는 특징이다. 이는 저소득의 부양자는 공적부조에 대한 의존이 강한 원초의 영향으로 중간소득자보다 가족기능이 높은 요인이 될 수 있고, 기능수준이 가장 낮은 중간소득부양자는 개인부담이 크기 때문에 가족 갈등이 심하다는 반증임을 시사한다. 치매노인가족적응의 경우에도 여자평균 5.24점이 남자 4.92보다 높다. 소득수준

이 하인경우 4.99점, 중인경우 4.83점, 상인경우가 5.56점으로 소득수준이 높은 부양가족의 적응수준이 높은 결과로서 치매노인 부양과정에서 가족기능과 가족적응 모두 여자가 남자보다 잘 적응함을 시사한다.

정신·신체적 증상을 보면, 남자평균이 2.67점으로 여자 2.45점보다 높은 것으로 볼 때 남자부양자가 정신 신체적증상의 어려움이 더 높다는 것을 알 수 있다. 소득수준이 하인경우 2.58점, 중인경우 2.66점, 상인경우 2.22점으로 소득수준이 중인경우가 하인경우보다 치매노인부양자의 정신·신체적 증상이 심하다는 결과를 볼 때 저소득 부양가족들보다, 오히려 중산층의 부양가족들이 치매노인부양과정에서 정신·신체적 증상이 심하다는 특이점이 발견된다. 이상의 치매노인부양자의 인구사회학적 특성에서 발견된 특징은 '가족기능, 가족적응, 정신·신체적 증상'에서 소득하위수준보다 중간소득수준의 부양가족이 오히려 가족기능수준이 낮게 나타난 요인은 후속연구의 과제가 되는 특이한 시그널이 될 수 있다고 보며 후속 연구에서 규명해볼 필요가 있다고 본다.

둘째, <표Ⅳ-10>의 결과에 따른 결론은 자아분화에 따른 만성불안(스트레스)은 유의미한 부적상관이 있다. 이러한 결과는 Kerr와 Bowen(1988)에서 자아의 미분화는 사고와 행동이 감정적임으로 스트레스수준이 증가한다는 이론을 뒷받침한다. 김중호(2001)의 연구에서 자아분화수준이 낮은 일반적인 발달장애아동을 둔 어머니는 만성불안(스트레스)을 받는 수준이 높게 나타나는 결과와 일치하는 설명이다. 따라서 치매노인부양과정에서 자아분화수준이 떨어지는 부양가족일수록 만성불안(스트레스)수준이 높아진다는 것을 알 수 있고, 자아분화수준이 높은 부양가족일수록 스트레스수준이 낮아지게 된다는 것을 알 수 있다. 이는 치매노인부양자의 스트레스가 지속되는 만성불안환경이 부양가족의 자아분화에 영향을 미친다고 볼 수 있다.

따라서 치매노인부양자의 치매 증세에 대한 특별한 불안 환경은 스트레스에 취약하고, 부양자의 자아분화수준이 떨어지기 쉽고, 동시에 저하되는 자아분화는 부양자의 스트레스수준이 높아지는 요인이 되면서 어려움이 가중된다는 것을 알 수 있다. 이는 치매노인부양자가 독특한 스트레스에 적절히 대처하지 못하게 될 때, 정신·신체적 증세, 정서적 혼란, 가족갈등 등이 심해지는 어려움이 된다(서문경애, 2005; 주현희, 전귀현, 1999).

셋째, 치매노인부양자의 자아분화와 가족기능은 유의미한 정적 상관관계가 있음을 알 수 있다. 치매노인부양자의 자아분화수준이 높으면 부양가족의 가족기능수준이 높다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 기혼가족의 자아분화수준이 높은 가족의 가족기능 수준이 높게 나타난 오청미와 최연실(2006), Martin(1994b)의 선행연구와 일치한다. 이는 치매노

인부양자의 낮은 자아분화는 가족과의 의사소통이나 역할이 역기능적이 되고, 비효율, 비생산적 가족체계가 형성됨으로서 부양가족의 어려움이 커지게 된다는 것을 알 수 있다. 이는 치매노인부양자의 역할분담, 의사소통 등의 기능수준이 높으면 치매노인부양자의 부양부담이 줄어든다(이은희, 2003; 주경복, 2009)는 연구결과에 비추어, 치매노인부양자의 자아분화를 돕는 개입이 도움이 될 것이고 가족들의 가족적응에 유용한 원조가 될 수 있을 것이다.

넷째, 치매노인부양자의 자아분화와 부양가족의 정신·신체적 증상은 유의미한 부적 영향을 미침을 알 수 있다. 치매노인부양자의 자아분화의 수준이 낮은 부양가족은 정신·신체적 증상의 수준이 높아진다는 것을 알 수 있고, 반면에 자아분화수준이 높으면 정신·신체적 증상이 감소하게 된다는 것을 알 수 있다. 이는 청소년의 자아분화수준이 낮을수록 우울, 낮은 통제력, 어려운 일을 회피, 인내심저하, 감정적 분노표출, 폭언, 좌절 또는 무관심 등이 나타난 연구결과(배미애, 이은희, 2009)와 부부의 자아분화수준이 낮을수록 원가족과의 정서적불안정, 타인에 대한 과민성, 남편과의 갈등수준이 심화된다는 결과(한영숙, 2007)와도 일치한다.

따라서 치매노인부양과정에서 정신·신체적 증상 수준이 상승되면, 부양가족의 자아의 분화수준 또한 저하된다는 것을 알 수 있다. 치매노인부양자가 취약한 정신·신체적 증상은 우울과 병행하여 치매노인이 공격적으로 말하면 자살충동을 느끼고, 치매노인을 언어적 신체적으로 공격한다는 연구결과(이은희, 2005)와 치매노인부양자의 역할갈등, 대처능력상실 등 소진에 노출된다는 결과(김귀분, 2009)등에 비추어 볼 때 치매노인부양자의 자아분화를 돕는 원조가 필요할 것이다.

다섯째, 치매노인부양자의 자아분화와 부양가족의 가족적응은 유의미한 정적상관이 있음을 알 수 있다. 자아분화의 수준이 높으면 치매노인을 부양하는 적응수준이 높다는 것을 알 수 있다. 이는 부부의 자아분화가 부부적응에 미치는 연구(김명자, 고현선, 1994)결과에서 남편집단, 부인집단, 전체집단 모두 자아분화가 높아질수록 부부적응 수준이 높게 나타난 결과와 일치하고 있다. 자아분화수준이 낮은 가족은 정서적으로 융합되어 동질화 된다. 대상과 자아를 분리하지 못하고, 감정충동에 따라 반응하며, 충동적 방어기제로 불안을 방어한다.

정서적으로 밀착된 대상과 삼각관계체계를 형성한다. 직면한 문제와 자신을 분리하지 못함으로써 문제에 함몰되어 적응하기 어렵게 된다는 선행연구(Martin, 1994a; Smith, Ray, & Wetcher, 1998)의 보고와 일치한다고 할 수 있다. 치매노인부양자의 탄력성이 낮은 가족이 선동적인 의사소통유형을 많이 사용하고 문제해결에 대한 확신감이 낮으며, 가족

의 통제력과 도전력이 약해지게 되면서 치매노인부양과정에서 적응을 못하게 된다(이은희, 2008; 유용식, 2007)는 보고와도 맥을 같이한다. 미분화된 가족의 융합으로부터의 분리는 치매노인부양과정에서의 적응과 자아의 내적역동에 대한 요인을 조명한다고 할 수 있다.

이상의 논의는 여타의 노인부양보다 큰 정신적 어려움을 겪게 되는 치매노인부양자의 심리사회적 내적기제의 자원이라고 볼 수 있는 부양가족의 자아분화와 변인들과의 관련성에 대해 논의하였다. 논의에 대한 시사점은 치매노인부양자가 일차적으로 심리적 적응의 어려움을 크게 하는 요인이 있음이 검증된 자아분화라는 내적역동은 부양과정에서의 변인들과 유의한 상관성이 있다는 점이다. 특히 강한 불안과 긴장 과정에 있는 부양가족들의 내적 역동에 대한 역량강화(empowerment)는 중요한 표적의 요소가 된다는 점이다. 이러한 가족치료적 프로그램이나 개입은 가족의 정서적 미분화당어리·융합을 분해하고 부양자가 보다 독립적이고 객관적 사고를 창의적으로 이끌어 낼 수 있는 개입이 도움이 될 것이다. 아울러 감정의존에서 벗어나 가족과의 관계적 기능수준을 도울 수 있을 것이다. 결과적으로 치매노인부양과정의 심리적 어려움은 크다고 보며 중시되는 표적에 대해 조명된 시사점이다.

현재 치매노인부양자가 직면한 어려움에 대한 원조의 양보호 현실은 당사자에 대한 물리적 수발에 치중하는 모순이 있다. 가족들이 스스로 적절하게 대처하고 적응하는 내적 역량강화(empowerment)에 도움을 주는 부양가족들의 중요한 내적역동이 되는 가족들의 분화를 돕고 가족융합을 분리함으로써 역기능체계를 치료할 수 있을 것이다. 따라서 치매노인부양과정에서의 적응 변인에 대한 적응능력이 강화될 것이고 대처의 적응에 근본적 자원이 됨으로써, 부양과정에서 직면하는 연구변인들의 부적응요인에 대한 정보를 얻었다고 할 수 있다.

통합적 시각이 중시되고 있는 21세기는 가족치료 실천모델의 경계를 한정하지 않는 추세이다. 작은 자료 하나를 제시하고자 시도한 본 연구의 정보는 가족의 자아분화를 중시하여 역기능적 가족체계를 변화시킴으로 가족의 궁극적인 역량강화를 돕는 가족치료적 접근이다. 우선적으로 보웬의 가족치료이론이 모델이 되겠지만 학습·행동주의, 인본주의, 정신역동주의 등의 이론을 토대로 개발된 다양한 가족치료 모델들을 응용해서도 자아분화향상을 기하는 프로그램은 가능하다고 본다.

끝으로 본 연구에서 극복하지 못한 제한점은 첫째, 서울 경기지역의 치매노인 가족과 노인복지관 재가복지관 등을 선별표본 하였고 표본의 신뢰구간을 충분히 확보하지 못한 제한점이 있다. 따라서 전국적인 일반화에는 어려움이 있

다. 둘째, 부양자 한 사람이 작성한 설문지를 기초로 하였으므로 응답자에 따른 변인까지를 파악하지 못한 제한점이 있다. 셋째, 치매노인부양자의 자아분화에 대한 직접적 선행연구가 부족하여 기존의 연구결과를 심층적으로 비교분석할 수 없었고 유사선행연구의 이론적 배경에 의하여 간접적인 검증으로, 작은 부품 하나를 도출해 보는 부족한 기여를 할 수 밖에 없었다.

따라서 후속연구에서는 이러한 제한점을 보완하여 중단 연구와 연구변인간의 상관성을 좀 더 깊이 파악하는 임상적 또는 실험설계 등의 연구가 보완되어야 할 것으로, 횡단연구의 한계점을 밝히며 치매노인부양자 뿐만 아니라 위기에 직면한 가족들의 적응에 도움이 될 수 있는 연구들이 이어지길 소망한다.

■ 참고문헌

- 고경봉, 박중규, 김찬형(2000). 스트레스반응 척도의 개발. **신경정신의학**, 39, 707-717.
- 고성혜, 성미애(2008). **가족상담 및 치료**. 서울: 한국방송통신대학 출판부.
- 고수현(2009). **사회복지윤리와 철학**. 경기: 양서원.
- 권복순(2000). 모자가족의 어머니와 자녀가 지각한 가족기능의 특성. **한국사회복지학회**, 40(2), 5-7.
- 권중돈(1996). 치매가족의 부양부담 측정도구 개발. **연세사회복지연구**, 제3권, 142-221.
- 권중돈(1999). **치매환자의 갈등**. 서울: 사단법인 한국치매협회.
- 김귀분(2009). 치매노인가족의 소진구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 김명자, 고현선((1994). 부부의 자아분화가 부부적응에 미치는 영향. **생활과학연구지**, 9, 8-17.
- 김미숙, 김용학, 박길성, 송호근, 신광영, 유희준 외(2002). **현대 사회학**. 서울: 을유문화사.
- 김스미(2003). 치매노인부양자의 스트레스에 관한 자원의 조절효과와 매개효과. 계명대학교 대학원 박사학위논문.
- 김영화, 이진숙, 이옥희(2007). **성인지적 가족복지론**. 경기: 양서원.
- 김정택, 심혜숙(1992). Murray Bowen의 정신역동적 가족치료모델. 서강대학교. **인간이해**, 13, 37-38.
- 김중호(2001). 발달장애 아동을 둔 어머니의 기능적 자아분화에 관한 연구. 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 김지은, 안선희(2007). 영아교사의 개인적 배경 및 근무여건과 사회적지지가 소진에 미치는 영향. **아동학회지**, 28(3), 149-162.

- 박태영(2001). **가족치료 이론의 적용과 실천**. 서울: 학지사.
- 배미애, 이은희(2009). 청소년의 자아분화와 대인관계 및 우울/불안 간의 자기통제력의 매개효과. **한국청소년연구**, 20(1), 85-112.
- 서문경애(2000). 치매노인 가족의 적응모형 구축. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 서문경애(2005). 치매노인가족의 누적스트레스 영향요인. **한국노년학**, 25(2), 204-206.
- 성정현, 여지영, 우국희, 최승희(2007). **가족복지론**. 경기: 양서원.
- 신경림, 김옥수, 강윤희, 강윤숙, 김미혜, 정순돌 외(2009). **요양보호사 표준교재**. 서울: 보건복지부.
- 안영자(2008). 원 가족 자아분화수준과 문제행동과의 관계. **학생생활연구**, 28, 632-77.
- 오청미, 최연실(2006). 기혼남여의자아분화수준이 가족기능에 미치는 영향: Bowen 이론과 McMaster 모델을 중심으로. **한국가족학회지**, 11(2), 199-223.
- 유용식(2007). 치매노인가족의 적응에 관한 연구. 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 이광찬(2009). **국민건강보장 정책취사**. 경기: 양서원.
- 이영호(2008). **정신건강론**. 경기: 공동체.
- 이은희(1997). 치매노인부양자의 부담감소를 위한 사회사업적 개입전략. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 이은희(2000). 가족탄력모델을 이용한 정신분열병 환자가족의 부적응에 관한 연구. **한국사회복지학**, 41, 178-180.
- 이은희(2003). 가족기능이 치매노인 주부양자의 부양부담에 미치는 영향연구. **노인복지연구**, 19, 173-197.
- 이은희(2005). 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담프로그램 개발 및 효과: 부양부담, 우울 및 불안을 중심으로. 전남대학교 대학원 박사학위논문.
- 이은희(2008). 가족탄력모델을 이용한 치매노인부양가족원의 적응에 관한 연구. **한국노인복지연구**, 39, 195-216.
- 이인정, 최해경(2004). **인간행동과 사회환경**. 서울: (주) 나남출판.
- 이혜영(2009). **케어복지개론**. 경기: 양서원.
- 임미영, 김윤정(2006). 치매노인에 대한 부양형태별 부양스트레스: 가정부양자와 시설부양자의 부양스트레스에 대한 비교. **한국노인복지학회, 겨울호[통권 34호]**, 180-181.
- 임은희(2005). 사회복지 실천과 정신종합 이론에 관한 연구. **한영신학대학교 교수논문집**, 9, 218.
- 임지향(2001). 정신지체아 부모가 지각한 가족기능과 일상스트레스 대처방식. 대구대학교 대학원 박사학위논문.
- 장상근(2003). **치매**. 서울: 신원문화사.
- 전귀현, 주현희(2001). 치매노인의 기능장애와 부양자원이 부양스트레스에 미치는 영향. **인간환경복지연구, 창간호**, 12-13.
- 정금안(2002). 치매노인 가족을 위한 상담방법 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 정수경(1993). 정신분열증환자의 지병기간에 따른 가족기능의 효과성 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 제석봉(1989). 자아분화와 역기능적 행동과의 관계: 보웬의 가족체계이론을 중심으로. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 조근영(2002). 치매노인가족의 가족기능에 관한 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 조소연(2001). 치매노인부양자의 부양부담 및 가족지지와 부양자의 정신건강과의 관계. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 주경복(2009). 치매노인가족의 소진구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 주현희, 전귀현(1999). 치매노인부양자의 부양스트레스에 관한 연구. 치매노인부양자의 부양스트레스에 관한 연구. **한국가족복지학회**, 4(2), 81-99.
- 천경임(2007). 주간보호센터이용 치매노인 주 부양자의 부양부담과 신체 및 정신건강. 삼육대학교 대학원 석사학위논문.
- 최규련(2007). **가족관계론**. 경기: 공동체.
- 최은희(2002). 아동학대 및 부모의 양육태도가 초기 성인기 대인관계에 미치는 영향. 경기대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 최인재(2004). 부자유친성정이 자녀의 심리, 사회적 적응관련 정서에 미치는 영향: 자아분화의 매개효과를 중심으로. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 한숙자(2007). 부부갈등과 스트레스를 관리하기 위한 인지행동적 접근. **한영신학대학교 한영논총**, 11, 267.
- 한영숙(2007). 부부의 자아분화 수준에 따른 부부갈등과 결혼만족도에 관한 연구. **한국생활과학지**, 16(2), 259-272.
- Amirkhanyan, A., & Wolf, D.(2003). Caregiver stress and noncaregiver stress: exploring the pathways of psychiatric morbidity. *The Gerontologist*, 43(6), 817-827.
- Bowen, M.(1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 354-374.
- Bowen, M.(1974). Toward the differentiation of self in

- one's family origin. In F. Andres and J. Lorio, (Eds.), *Georgetown family Symposium, vol. Wasington, DC; Department of Psychiatry, Georgetown University Medical center*, 112-133.
- Bowen, M.(1976). *Theory in the Practice of Psychotherapy*. In P.J. GuErin(Ed.), *Family therapy*(42-90). New York: press.
- Chodoff, P.(1994). Stress defenses and coping behavior observation in parests of children with malignant disease. *American journal of Psychatry*, 12.
- Choi, S. C., & Choi, S. H.(1990). "We-ness" The korean Discourser of Collectivism. Paper Presented at the International Conference, Individualism and Collectivism. *Psycho-cultural Perspectives from east and West*. July, 9-13, seoul, Korea.
- Kerr, E., & Bowen, M.(1993). Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory. *Adolescence*, 28(4), 996.
- Kerr, M., & Bowen, M.(1988). *Family evaluation*. New York: Norton.
- Kerr, M. E., & Bowen, M.(2006). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: w. w. Norton & company. 보웬의 가족치료이론. 남순현, 전영주, 황영훈 (공역). 서울: 학지사. (1988년 원저발간)
- Martin, C.(1996). Differentiation and self-development in the relationship context. *Family Journal*, 4, 188-195.
- Martin, C. K.(1994a). The family voice: Application to Bowen's family system theory. *Journal of Mental and Family Therapy*, 20(1), 37-45.
- Martin, C. K.(1994b) The Family voice: Application to Bowen's Family Therapy. *Journal of Marital and Family*. 20, 35-46.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C.(2008). *Family Therapy: Concepts and Methods, Seventh Edition*. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc. 가족치료. 김영애, 김전택, 송성자, 정문자, 제석봉(공역), 서울: (주) 시그마프레스. (2001년 원저발간)
- Olson, D. H.(1986). Circumplex Model: Validation Studies and FACES III, *Family Process*, 25. 337-351.
- Poulshock, S. W., & Deliming, G. T.(1984). Families Caring for Elders in Residence: Issues in the Measurement of Burden. *Journal of Gerontology*, 39(2) 230-239)
- Smith, J. B., Ray, R. E., & Wetcher, J. L.(1998). levels of fusion, triangulation, and adjustment in families of college students with physical and cognitive disabilities. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 29-38.
- Soldz, S., Budman, S., Demdy, A., & Nerry, J.(1993). Representation of personality disorders in circumplex and five-factor space: Explorations with a clinical sample. *Psychological Assessment*, 5, 41-50.

접 수 일 : 2010년 12월 15일

심사시작일 : 2011년 1월 11일

게재확정일 : 2011년 5월 12일