

치매노인 주 부양자에게 적용한 가족탄력성 강화프로그램의 효과

방미란¹ · 김옥수²

경동대학교 간호학부¹, 이화여자대학교 간호대학²

Effect of the Family Resilience Reinforcement Program for Family Caregivers of the Elderly with Dementia

Bang, Miran¹ · Kim, Oksoo²

¹School of Nursing, Kyungdong University, Wonju

²College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the effect of Family Resilience Reinforcement Program (FRRP) for family caregivers of the elderly with dementia on the family resilience, caregiver burden, family adaptation, perceived health status and depression. **Methods:** FRRP was implemented for 60 minutes each time, once a week, for 8 weeks. According to 3 factors of Walsh's Family resilience theory, FRRP was organized and specified as redefining 'belief system' in 1 to 2 sessions, figuring out one's own 'organizational pattern' in 3 to 5 sessions, enhancing 'communication process' in 6 to 8 sessions. A total of 46 family caregivers were assigned into either the experimental group with FRRP or the control group. Data were collected from February 18 to April 12, 2013 at the dementia support centers, and the data of 36 participants were finally analyzed. **Results:** The experimental group reported statistically significant differences in family resilience ($p=.002$), caregiver burden ($p=.012$), family adaptation ($p<.001$), and perceived health status ($p=.002$) compared to those in the control group. No significant difference was found between the two groups in depression. **Conclusion:** In the light of these results, FRRP is considered to decrease caregiver burden and to influence family resilience, family adaptation and perceived health status positively. The developed FRRP is considered to be an efficient nursing intervention for strengthening family resilience of the given population. It warrants future research expanding the range of target population to those caregivers of the patients with other chronic conditions.

Key Words: Dementia, Resilience, Family, Caregivers

서 론

1. 연구의 필요성

우리나라 2015년 65세 이상 치매 유병률은 9.8%이고, 치

매노인인구는 64.8만 명으로 추산되며, 2050년 전체 노인의 15%에 해당되는 271만 명까지 증가할 것으로 예측된다[1]. 치매 환자의 인지기능 저하 및 행동장애는 가족으로 하여금 실시간 돌봄을 요구하며 치매 환자를 돌보는 주 부양자는 여러 가지 변화와 어려움을 겪으면서 자신의 삶을 뒤로한 채 환자

주요어: 치매, 탄력성, 가족, 주 부양자

Corresponding author: Bang, Miran

Department of Nursing, Kyungdong University, 815 Gyeonhwon-ro, Munmak, Wonju 220-804, Korea.
Tel: +82-33-738-1407, Fax: +82-33-738-1449, E-mail: bmr@kduniv.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 방미란의 박사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This manuscript is a revision of the first author's doctoral dissertation from Ewha Womans University.

Received: Nov 3, 2015 / Revised: Jan 25, 2016 / Accepted: Jan 31, 2016

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

위주의 삶을 살아가게 된다. 치매 환자 가족돌봄제공자 68%가 높은 수준의 부양부담을 느끼며[2], 이러한 부양부담은 주 부양자의 신체증상, 우울, 건강지각 및 주관적 안녕과 관련되는 것으로 보고되고 있다[3]. 치매의 만성적이고 비가역적인 특성으로 인해 치매노인 가족 역시 시간이 갈수록 더욱 힘든 부양을 하게 되고 이로 인해 가족은 소진되며 결국 가족이 해체되는 위기까지 직면할 수 있다. 이에 치매 환자 가족의 부담감을 줄이기 위한 사회적 지지 프로그램, 휴식 프로그램, 치매 간호방법에 대한 교육, 복합적 심리교육 프로그램[4], 행복 더하기 프로그램[5] 등의 여러 가지 프로그램들이 시도되었다. 하지만 치매가 장기간 가족의 지속적인 보호를 요구하는 질환임을 고려할 때 이러한 일시적이고 단기간의 서비스 제공보다는 가족의 내재된 강점에 초점을 둔 가족탄력성 강화 프로그램을 적용하여 치매 환자 가족의 내재된 강점을 발견하고 강화해야 할 것으로 여겨진다.

가족탄력성(family resilience)이란 가족의 잠재적인 회복과 성장을 확산하며 가족이 혼란스러운 도전을 견디고 원 위치로 돌아갈 수 있게 하는 상호작용적인 과정을 의미한다[6]. 최근 치매 환자 가족부양자가 힘든 상황에도 잘 적응하고 스스로 해결방법을 찾는 이른바 가족의 강점을 강조하는 가족탄력성에 관한 연구가 시도되고 있다[7-10]. Yoo[7]는 부양을 도와줄 사람이 있을수록, 가족 스트레스가 낮을수록, 가족탄력성이 높을수록 가족적응이 높았고 이중 가족적응에 가장 많은 영향을 미친 요인은 가족탄력성이라고 보고하였다. Kim과 Kim[8]은 치매노인 부양가족의 가족탄력성은 보통보다 조금 높은 수준이며 가족탄력성이 높을수록 삶의 만족도도 높았다고 보고하였다. Jang과 Yi[9]는 부양부담과 가족탄력성이 치매노인 부양가족의 적응에 유의한 영향을 미치며, 그중 가족탄력성이 가족의 적응을 가장 크게 설명하는 변수임을 보고하면서 가족의 강점에 초점을 둔 가족탄력성 접근을 통한 간호중재의 중요성을 강조하였다. 또한 치매 환자 가족돌봄제공자의 65%가 우울 증상이 있는 것으로 보고되고 있어[2] 치매 환자 가족의 우울은 중요한 건강문제이다. Lee와 Jung[10]은 우울이 가족탄력성과 부적 상관관계를 나타내므로 우울을 감소시키기 위해서는 가족탄력성을 향상시킬 수 있는 방안들이 요구된다고 보고하였다. 치매노인 가족 부양자의 부양부담이 높을수록 주관적 건강상태가 나빠며[11], Oh와 Sok[12]은 치매노인 주 부양자의 부양부담감은 보통 수준이고 건강상태는 매우 좋지 않은 편이며 주 부양자의 건강상태가 삶의 질에 가장 크게 영향을 미친다고 보고하였다.

국내에서 가족탄력성 중재연구는 주로 암 환자, 뇌 손상자, 만성 조현병 환자 가족 등 만성질환이나 정신질환자가족을 대상으로만 실시되었고[13-15] 치매 환자 가족을 대상으로 시도된 연구는 매우 부족한 실정이다[16]. Seok과 Choi[16]은 치매노인 가족을 대상으로 실시한 가족 레질리언스 강화 프로그램이 치매노인을 부양하는 가족의 가족탄력성과 그 하위요인인 조직유형, 의사소통 과정에 유의한 향상을 보였다고 보고하였다. Yang과 Yoon[13]은 암 환자와 가족을 대상으로 실시한 가족탄력성 강화 프로그램이 암 환자 가족의 가족탄력성을 향상시켰다고 보고하였으며, 가족탄력성 향상 프로그램을 뇌 손상자의 주 부양자를 대상으로 실시한 Min[14]의 연구와 만성 조현병 환자 가족을 대상으로 실시한 Lim과 Han[15]의 연구에서도 가족탄력성의 증진이 긍정적인 가족 적응을 이끄는 효과적인 간호중재인 것으로 보고되었다. 국외의 경우 치매 환자를 돌보는 사람들을 위한 탄력성 훈련 모듈에 관한 연구[17] 등이 이루어져 향후 가족탄력성 중재 프로그램 개발의 필요성과 근거를 제시할 뿐 아직까지 중재연구는 매우 부족한 실정으로 치매노인 가족의 강점을 강화시키는 가족탄력성 중재가 필요하다고 사료된다.

이에 본 연구는 치매노인 주 부양자에게 가족탄력성 강화 프로그램을 개발·적용하여 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울에 미치는 효과를 규명하여 치매노인 가족을 위한 간호중재방법으로 제시하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 치매노인 주 부양자에게 가족탄력성 강화 프로그램을 개발·적용하여 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울에 대한 효과를 검증하고자 한다.

- 치매노인 주 부양자를 위한 가족탄력성 강화 프로그램을 개발한다.
- 가족탄력성 강화 프로그램이 대상자의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울에 미치는 효과를 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 가족탄력성 강화 프로그램이 치매노인 주 부양자의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울

에 미치는 영향을 확인하고자 하는 비동등성 대조군 사전·사 후 유사 실험 설계이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 서울시에 위치한 2개의 치매지원센터에 등록된 치매노인을 돌보는 가족 중 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의하며 다음의 기준에 해당하는 사람을 대상으로 하였다.

- 전문의로부터 치매진단을 받고 치매지원센터에 등록된 치매 환자의 가족 중 주 부양자
 - 치매진단 받은 후 1년이 경과한 치매 환자의 주 부양자
 - 치매 환자와 함께 거주하면서 돌보는 주 부양자
 - 치매 환자의 가족 중 만 20세 이상 75세 이하의 주 부양자
 - 최근 6개월간 가족탄력성 강화 프로그램에 참여하지 않은 자
 - 설문지를 읽고 응답할 수 있으며 의사소통이 가능한 자
- 본 연구에서 연구대상자는 실험처치의 확산을 방지하기 위해 치매지원센터의 자문을 받아 비슷한 수준의 센터로 실험군과 대조군을 각기 다른 기관으로 배정하였다. 표본크기는 G^*

Power 3.1[18]을 이용하여 유의수준(α)은 .05, 검정력(power)은 .80, 효과크기(effect size)는 만성 조현병 환자 가족을 대상으로 가족탄력성 증진 프로그램을 적용하여 긍정적인 가족 적응을 보인 선행연구[15]를 근거로 .80을 적용하여 두 독립그룹에 대한 t-test를 수행할 때 필요한 표본크기는 각 군당 21명으로 산출되었다. 중도 탈락률을 고려하여 실험군, 대조군에 23명씩 총 46명을 모집하였다.

대상자의 중도 탈락을 막기 위해 8주 동안 매주 프로그램 전날인 화요일에 전화로 프로그램이 있음을 안내하고 문자 발송을 하였다. 연구기간 중 실험군과 대조군에서 5명씩 탈락하여 탈락률은 실험군 21.7%, 대조군 21.7%였다. 프로그램에 참석하지 못한 대상자에게는 전화로 연구의 목적과 프로그램의 중요성에 대해 설명하였으며, 매 회기 때마다 소정의 인센티브를 제공하여 참여를 격려했으나 탈락을 효과적으로 막지는 못하였다. 탈락사유로는 실험군은 치매노인 병원입원 또는 수술로 인해 프로그램 참여가 불가능한 3명, 3회 이상 프로그램에 불참한 2명, 대조군은 치매노인 돌봄으로 참여가 불가능한 3명, 단순거부 2명이었다. 실험군 18명, 대조군 18명의 총 36명이 최종 연구대상자가 되었으며 최종 참여율은 78.3%였다(Figure 1).

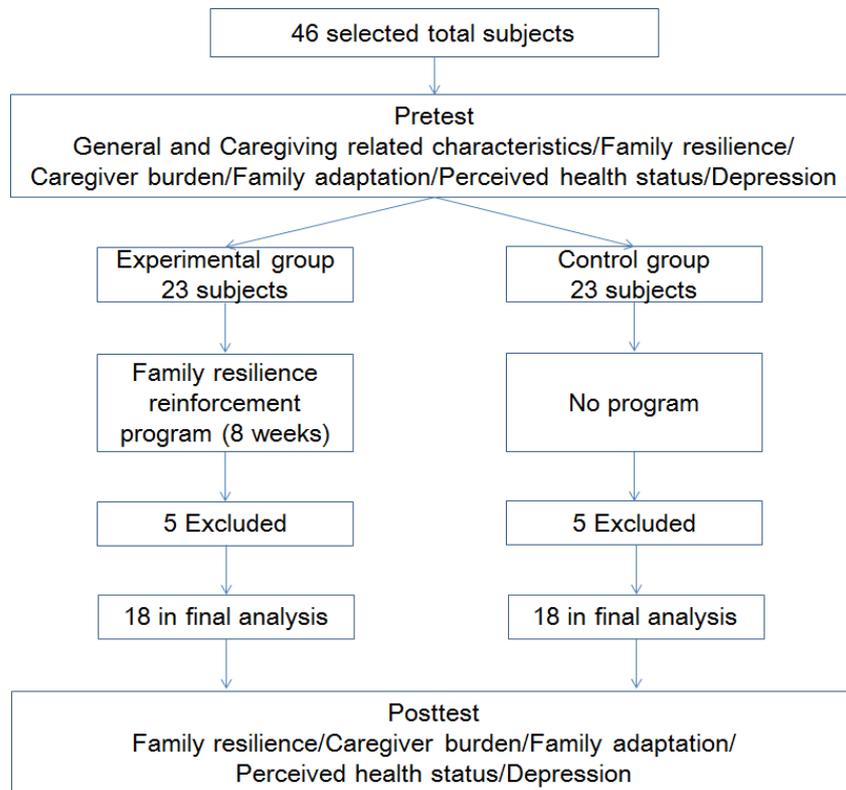


Figure 1. Flow diagram of family resilience reinforcement program.

3. 연구도구

1) 가족탄력성

가족탄력성은 Walsh[6]의 가족탄력성 이론을 토대로 Sixbey[19]에 의해 개발된 Family Resilience Assessment Scale (FRAS)를 Kim[20]이 번안하고 Song[21]이 수정·보완한 것을 사용하였다. 본 도구는 총 66문항으로 신념체계 19문항, 조직유형 27문항, 의사소통과정 20문항의 3개 하위 구성요소로 되어 있다. ‘전혀 그렇지 않다’ 1점부터 ‘매우 그렇다’ 4점까지의 4점 Likert 척도로 최저 66점에서 최고 264점까지이며 점수가 높을수록 가족탄력성 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 4개 문항을 역산하였다. 본 도구의 개발 당시[19]의 Cronbach's α 는 .95였으며, Song[21]의 연구에서의 Cronbach's α 는 .94였으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .93이었다.

2) 부양부담

부양부담은 Kwon[22]이 개발한 부양부담 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 28문항으로 사회적 활동제한 6문항, 노인-주 부양자 관계의 부정적 변화 7문항, 가족관계의 악화 5문항, 심리적 부담 4문항, 재정 및 경제활동상의 부담 3문항, 건강상의 부담 3문항의 6개 하위요인으로 구성되어 있다. ‘전혀 그렇지 않다’ 1점부터 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 5점 Likert 척도로 최저 28점에서 최고 140점까지이며 점수가 높을수록 부양부담 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 개발 당시[22]의 Cronbach's α 는 .91이었으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .95였다.

3) 가족적응

가족적응은 Antonovsky와 Sourani[23]가 개발하고 Song[24]이 번안한 Family Adaptation Scale (FAS)를 사용하였다. 본 도구는 총 10문항으로 원래 7점 Likert 척도로 개발되었으나 본 연구에서는 ‘전적으로 그렇지 않다’ 1점부터 ‘전적으로 그렇다’ 4점까지의 4점 Likert 척도로 전환하여 사용하였으며, 최저 10점에서 최고 40점까지이며 점수가 높을수록 가족적응 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 3개 문항을 역산하였다. Song[24]의 연구에서 Cronbach's α 는 .83이었으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .77이었다.

4) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 The Medical Outcomes Study 36-Item

Short Form Version 2 (SF-36v2[®]) 중, 전반적인 건강상태에 대해 묻는 문항 1개를 사용하였다. 문항 내용은 “전반적으로 귀하의 건강상태는 어떠합니까?”이며, ‘나쁘다’ 1점, ‘조금 나쁘다’ 2점, ‘좋다’ 3점, ‘아주 좋다’ 4점, ‘최고로 좋다’ 5점의 5점 Likert 척도이다.

5) 우울

우울은 Radloff[25]가 개발하고 Chon과 Leef[26]가 번안한 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)를 사용하였다. 본 도구는 총 20문항으로 지난 일주일 동안 경험했던 우울 증상의 빈도에 따라 ‘거의 드물게(1일 이하)’ 0점, ‘때로(2~3일)’ 1점, ‘상당히(4~5일)’ 2점, ‘대부분(6~7일)’ 3점으로 구성된 4점 Likert 척도로 최저 0점에서 최고 60점까지이다. 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미하며, 점수가 16점 이상이면 임상적으로 우울함을 의미한다. 본 연구에서는 4개 문항을 역산하였다. 본 도구의 개발 당시[25]의 Cronbach's α 는 .89였으며, 본 연구의 Cronbach's α 는 .87이었다.

4. 연구진행

1) 가족탄력성 강화 프로그램 개발

본 가족탄력성 강화 프로그램은 가족탄력성의 구성요소인 신념체계, 조직유형 및 의사소통과정을 강화시켜 치매노인 주 부양자의 가족탄력성을 높이고 긍정적인 가족 적응을 이끌며 부양부담을 낮추는데 초점을 두고 있다. 프로그램 내용의 구성은 연구자가 선행된 가족탄력성 프로그램에 대한 문헌고찰 [13-15]과 가족탄력성 이론[6,19]을 기반으로 구성하여 이를 간호학 교수 2명에게 자문을 받아 수정하였다. 본 프로그램 내용의 구성은 가족적응을 강조하고 강점 관점에 초점을 두고 있는 Walsh[6]의 이론을 기반으로 신념체계(1~2회기), 조직유형(3~5회기) 및 의사소통과정(6~8회기)으로 구성하였다. Walsh [6]은 가족탄력성의 구성요소를 신념체계, 조직유형 및 의사소통과정의 세 가지 요소로 제시하였다. 첫째, 신념체계는 가족이 위기상황을 어떻게 해석하고 의미를 부여하며, 역경에 대한 긍정적 시각을 가지고 가족의 강점과 가능성에 확신하며, 더 큰 가치와 목적을 지향하는 것을 말한다. 둘째, 조직유형은 가족이 조직과정에서 안정성과 변화 사이의 역동적 조화를 통해 안정된 가족구조를 유지하며, 가족구성원이 상호지지, 분리와 상호협력, 자율성의 균형을 이루며, 가족이 내·외적 환경자원을 얼마나 잘 조직하고 있는가와 관련된다. 셋째 의사소통과정

은 가족기능에 필수적인 것으로 의사소통의 명료화, 개방적인 감정표현 및 상호협력적인 문제해결로 구성된다.

또한 프로그램 운영은 선행연구(13-15)에서는 주당 1~2회, 총 4~10회, 시간은 1~2시간 30분으로 대상자에 따라 다양하게 운영하였다. 본 연구에서는 치매지원센터 간호사 팀장 2명과 가족탄력성 강화 프로그램을 운영해본 경험이 있는 전문가의 실질적인 자문을 받아 주 1회 8주간, 회기 당 1시간으로 구성하였다. 프로그램을 8회기로 구성한 것은 치매노인 주 부양자가 2달 이상 출석하는 것에 대한 부담감을 고려하였으며, 시간은 가족이 치매노인 곁을 장시간 떠나기 어려운 점을 고려하여 1시간으로 정하였다. 프로그램 시간은 교육 20분과 그룹 활동 40분으로 배정하였다. 그룹 활동 시에는 회기별 주제에 대해 자유로이 작성할 수 있는 Sheet지를 이용하였으며 활동 전략으로 그룹토의와 상담 등을 활용하였다. 회기별 종료 시마다 다음 회기의 내용에 대한 과제를 부여하여 참여자들이 미리 인식하고 준비할 수 있도록 하였다.

본 연구의 가족탄력성 강화 프로그램 구성과 내용은 Table 1과 같다.

2) 가족탄력성 강화 프로그램 처치

본 연구자는 2013년 1월에 한국 사티어 가족 상담교육원에서 주관하는 의사소통 훈련 프로그램과 개인 및 가족역동에 대한 분석과 치료 프로그램을 이수하였다. 또한 한국웃음임상치료센터에서 주관하는 웃음임상치료사 2급 자격을 취득하였다.

가족탄력성 강화 프로그램은 서울시 소재 1개의 치매지원센터에서 2013년 2월 18일부터 4월 12일까지 8주간, 주 1회, 매주 수요일 오후 2시부터 3시까지 60분간 진행하였다. 프로그램 진행에 앞서 대상자의 긴장완화를 위해 가수 김세환의 '사랑하는 마음' 노래에 맞춰 웃음운동 실시하였다. 회기별 주제에 대한 교육 20분과 그룹 활동 40분을 실시하였다. 교육은 전체 집단을 대상으로 연구자가 직접 하였으며 그룹 활동은 연구자와 10년 이상 경력의 정신보건간호사 2명과 함께 진행하였다. 그룹 활동은 6명씩 3개의 소그룹으로 나눠 운영하였으며 소그룹별 그룹 활동 후 전체 발표를 통해 소그룹별 활동 내용을 공유하였다. 교육 및 그룹 활동 자료를 보관할 수 있도록 개별 파일을 제공하였으며, 참여자의 이름 대신 별명을 사용하여 대상자들이 좀 더 편안하게 자신의 생각을 표현할 수 있도록 고려하였다.

본 프로그램의 회기별 구체적인 목표와 내용은 다음과 같다. 1, 2회기는 신념체계에 해당하는 내용으로 1회기는 가족이 치매의 특성과 가족의 역할 변화를 이해하는 단계이며 2회

기는 가족의 강점을 찾는 단계이다. 3~5회기는 조직유형에 해당하는 내용으로 3회기는 가족에게 치매 환자 돌보는 방법과 가족의 스트레스관리방법에 대한 중재방법을 제공하는 단계이다. 4회기는 가족의 규칙을 확인하고 기능적인 가족규칙 작성과 가계도 분석을 통해 가족의 상호작용을 이해하는 단계이며, 5회기는 치매 관련 지역자원의 종류를 확인하고 활용방안에 대해 모색하는 단계이다. 6~8회기는 의사소통과정에 해당하는 내용으로 6회기는 가족의 의사소통 유형을 확인하고 가족 구성원간의 의사소통의 문제점을 개선하는 단계, 7회기는 효율적인 의사소통방법을 습득하는 단계, 8회기는 가족이 상호협력적인 문제해결방법과 바람직한 문제해결을 위한 감정 대처방법을 습득하는 단계이다. 또한 프로그램의 종료 시 전체 프로그램의 내용을 상기하고 프로그램에 참여하기 전과 비교하여 어떤 변화가 있었는지에 대해 생각해보고 프로그램 종료에 따른 아쉬움을 나누었다. 치매 환자에 대한 마음의 편지 쓰기를 실시하고, 참여자 한명 한명에게 수료증을 전달하고 악수와 포옹으로 프로그램을 마무리하였다.

5. 자료수집

본 연구의 자료수집은 치매노인이 등록되어 있는 치매지원센터에서 실시되었으며 2013년 2월부터 4월까지 총 2개월 동안 사전 조사와 사후 조사로 진행되었다. 실험군과 대조군에게 사전 설명 및 연구에 대한 동의를 구할 때 참여자가 실험군인지, 대조군인지 알지 못하도록 하였다. 사전 조사는 중재 전 구조화된 설문지를 이용하여 실험군과 대조군 모두에게 대상자와 치매노인의 일반적 특성, 치매노인 부양 관련 특성, 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울을 조사하였다. 1인당 자료수집 소요시간은 20~30분 정도였으며 연구자와 연구보조원 2인(10년 이상 경력의 정신보건간호사)이 설문지를 배부하고 연구참여자가 직접 설문지를 작성하였다. 연구보조원에게는 연구의 필요성과 목적을 설명하고 자료수집의 객관성과 일관성을 확보하기 위해 사전 조사 전에 모의 검사를 실시하고, 교정 후 다시 검사를 실시하는 등 자료수집 방법에 대한 훈련을 3회 반복하여 측정자간 오류를 최소화하기 위한 노력을 하였다. 사후 조사는 사전 조사로부터 8주 후에 실시하였으며 대상자와 치매노인의 일반적 특성과 치매노인 부양 관련 특성을 제외한 나머지 항목에 대해 사전 조사와 동일한 방법으로 설문지를 작성하도록 하였다. 실험군과 대조군 모두에게 연구참여에 대한 사례를 제공하였다.

Table 1. Contents of the Family Resilience Reinforcement Program

Unit	Session	Topic	Contents (min)
Orientation		The program orientation	Show the purpose, contents, and agenda of the program Understand the rules of the program Explain the manuals and sign the agreement form Introduce the participants and make the nicknames Pretest
Belief system	1	Dementia and family	Lesson (20 min): Dementia and family Group activity (40 min): Express one's perception about dementia patients Introduce family members Recognize the roles of the individual family members
	2	Find strengths in the difficult times	Lesson (20 min): what is family resilience? Group activity (40 min): Find the strengths in the family Discuss successful and unsuccessful cases in overcoming difficulties
Organizational pattern	3	Being a happy partner	Lesson (20 min): How to attend on dementia patients Group activity (40 min): laughter therapy Stress management of dementia patient's family: Laughter therapy
	4	Enhance family cohesion	Lesson (20 min): Family rules Group activity (40 min): Identify family rules Make functional family rules Enhance family interaction through the analysis of a genogram
	5	Utilizing the family resources	Lesson (20 min): Utilize dementia-related resources available in the community Group activity (40 min): Find the resources available in the family Find the resources available in society Establish a support group
Communication process	6	Observe family communication	Lesson (20 min): what is communication? Group activity (40 min): Identify the communication types of the family members Identify the improvements in communication
	7	Improve communication skills	Lesson (20 min): Effective communication Group activity (40 min): A clear and open communication method Reflective listening Practice effective communication methods
	8	Problem solving through cooperation	Lesson (20 min): An effective problem solving method Group activity (40 min): Apply a 6 step problem solving method
Wrap up		The end of the program	The program evaluation Award a certificate Write a letter to the dementia patient Posttest

6. 윤리적 고려

본 연구는 E대학교 생명윤리위원회의 승인(IRB No. 48-2)

을 받은 후 시행하였다. 연구대상자에게 피험자 설명서와 동의서를 통해 연구의 목적과 연구 진행 과정을 설명한 후 연구 참여 동의를 받았다. 동의서에는 연구자 소재, 연구목적과 방

법 등을 기술하였으며, 개인정보는 연구목적 외에 노출되지 않을 것과 연구에 자발적으로 참여하며 참여를 원하지 않을 경우 연구 기간 중 언제든지 철회할 수 있음을 명기하여 설명하였다. 또한 대조군에게는 본 프로그램이 종료한 지 2달 후에 치매지원센터 정기자조모임 시간을 활용하여 본 프로그램 강의 내용을 요약한 특강을 2시간동안 실시하였다.

7. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였다. 주요 변수들의 정규분포 여부는 Shapiro-Wilk 검정법으로 검토하였으며 정규분포를 따르지 않는 가족탄력성, 가족적응 및 지각된 건강상태 변수는 비모수적 검정법을 사용하여 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 치매노인 부양 관련 특성, 치매노인의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 실험군과 대조군의 일반적 특성, 치매노인 부양 관련 특성, 치매노인의 일반적 특성, 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울의 동질성은 χ^2 -test, Fisher's exact test, Independent t-test, Mann-Whitney U-test로 분석하였다.
- 실험군과 대조군의 중재 전·후의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울의 차이를 파악하기 위해 Paired t-test, Wilcoxon Signed Rank test로 분석하였다.
- 실험군과 대조군의 중재 후 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울의 집단 간 차이를 파악하기 위하여 Independent t-test, Mann-Whitney U-test로 분석하였다.

연구결과

1. 일반적 특성 및 주요 변수의 동질성 검정

실험군과 대조군의 동질성 검정 결과 치매노인의 평균 연령을 제외한 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 확인되었다. 또한 실험군과 대조군의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울의 동질성 검정 결과 중재 전 실험군과 대조군의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울에는 유의한 차이가 없어 모두 동

질한 것으로 나타났다(Table 2).

2. 치매노인 주 부양자에게 적용한 가족탄력성 강화 프로그램의 효과

1) 가족탄력성

중재 전·후 전체 가족탄력성은 실험군은 유의하게 향상되었으나($Z=-2.550, p=.004$) 대조군은 유의한 변화가 없었으며($Z=-1.66, p=.051$), 집단 간 유의한 차이가 있었다($U=70.50, p=.002$). 또한 중재 전·후 실험군의 하위 구성요소별 가족탄력성은 ‘조직유형($t=-2.41, p=.014$)’와 ‘의사소통과정($Z=-2.098, p=.017$)’에서 유의하게 향상된 반면 대조군은 ‘조직유형’에서 유의하게 감소하였으며($t=1.77, p=.048$), 집단 간 하위 구성요소별 가족탄력성 차이는 ‘신념체계($t=2.09, p=.022$)’, ‘조직유형($t=2.95, p=.003$)’과 ‘의사소통과정($U=101.00, p=.027$)’에서 유의한 차이가 있었다.

2) 부양부담

중재 전·후 전체 부양부담은 실험군은 유의하게 감소하였으나($t=2.38, p=.015$) 대조군은 유의한 변화가 없었으며($t=-1.30, p=.106$), 집단 간 유의한 차이가 있었다($t=-2.37, p=.012$). 또한 중재 전·후 실험군의 하위 구성요소별 부양부담은 ‘노인·주 부양자 관계의 부정적 변화($t=2.98, p=.004$)’와 ‘심리적 부담($Z=-3.035, p=.001$)’에서 유의하게 감소한 반면 대조군은 ‘재정 및 경제 활동상의 부담’에서 유의하게 증가하였으며($t=-1.96, p=.033$), 집단 간 하위 구성요소별 부양부담 차이는 ‘노인·주 부양자 관계의 부정적 변화($U=93.00, p=.014$)’와 ‘심리적 부담($t=-3.31, p=.002$)’에서 유의한 차이가 있었다.

3) 가족적응

중재 전·후 실험군의 가족적응은 유의하게 향상된 반면($Z=-2.93, p=.001$) 대조군은 유의하게 낮아졌으며($Z=-2.40, p=.007$), 집단 간 유의한 차이가 있었다($U=40.00, p<.001$).

4) 지각된 건강상태

중재 전·후 실험군의 지각된 건강상태는 유의하게 향상되었으나($Z=-2.89, p=.002$) 대조군은 유의한 변화가 없었으며($Z=0.00, p=.999$), 집단 간 유의한 차이가 있었다($U=78.00, p=.002$).

Table 2. Demographic Characteristics of the Participants

(N=36)

Variables	Characteristics	Categories	Exp. (n=18)	Cont. (n=18)	χ^2 or t or U	p	
			n (%) or M±SD	n (%) or M±SD			
Family caregivers	Age (year)		62.8±13.29	61.7±12.19	0.25	.805	
	Gender	Male	0 (0.0)	3 (16.7)		.229	
		Female	18 (100.0)	15 (83.3)			
	Religion	Yes	14 (77.8)	17 (94.4)		.338	
		No	4 (22.2)	1 (5.6)			
	Family relation to patient	Spouse		10 (55.6)	11 (61.1)	2.70 [†]	.791
		Daughter		2 (11.1)	3 (16.7)		
		Son		0 (0.0)	1 (5.6)		
		Daughter-in-law		5 (27.8)	3 (16.7)		
		Grandchildren		1 (5.6)	0 (0.0)		
	Income (10,000 won)	≤ 100		6 (33.3)	7 (38.9)	3.63 [†]	.508
		101~200		7 (38.9)	3 (16.7)		
		201~300		2 (11.1)	4 (22.2)		
301~400			1 (5.6)	3 (16.7)			
≥ 401			2 (11.1)	1 (5.6)			
Care costs (10,000 won)	≤ 10		5 (27.8)	2 (11.1)	6.85 [†]	.187	
	11~30		6 (33.3)	5 (27.8)			
	31~50		7 (38.9)	5 (27.8)			
	51~70		0 (0.0)	3 (16.7)			
	71~90		0 (0.0)	2 (11.1)			
≥ 91		0 (0.0)	1 (5.6)				
Period of caregiving (month)			50.4±50.08	56.7±31.55	-0.45	.658	
Caregiving time (hour/day)			17.3±6.90	18.1±8.61	-0.28	.783	
Elderly with dementia	Age (year)		81.3±7.68	75.1±8.49	2.29	.029	
	Period of dementia diagnosis (month)		40.8±44.97	54.3±30.19	-1.06	.298	
	Living with spouse	Yes		10 (55.6)	14 (77.8)	2.00	.289
		No		8 (44.4)	4 (22.2)		
Taking medicine	Yes		17 (94.4)	18 (100.0)		.999	
	No		1 (5.6)	0 (0.0)			
Family resilience			182.56±21.30	183.78±17.07	155.00 [‡]	.833	
Caregiver burden			88.00±25.34	88.17±16.80	-0.02	.982	
Family adaptation			26.33±5.01	27.06±3.44	129.50 [‡]	.308	
Perceived health status			2.17±1.04	2.44±0.62	123.00 [‡]	.226	
Depression			17.94±9.86	17.89±9.66	0.02	.986	

Exp.=experimental group (n=18); Cont.=control group (n=18); [†] Fisher's exact test; [‡] Mann-Whitney U-test.

5) 우울

중재 전·후 실험군($t=1.26$, $p=.113$), 대조군($t=-0.05$, $p=.481$) 모두 유의한 차이가 없었으며, 집단 간 유의한 차이가 없었다($t=-0.79$, $p=.218$)(Table 3).

논 의

본 연구는 가족탄력성 강화 프로그램이 치매노인 주 부양자의 가족탄력성, 부양부담, 가족적응, 지각된 건강상태 및 우울

Table 3. Differences in Family resilience, Caregiver burden, Family Adaptation, Perceived Health Status, and Depression after the Intervention Between the Two Groups (N=36)

Variables	Groups	Pretest	Posttest	t or Z (p)	Difference	t or U (p)
		M±SD	M±SD		M±SD	
Family resilience	Exp.	182.56±21.30	191.50±20.68	-2.55 (.004) [†]	8.94±16.64	70.50 (.002) [‡]
	Cont.	183.78±17.07	179.11±14.89	-1.66 (.051) [†]	-4.67±13.53	
Belief system	Exp.	54.72±6.42	57.33±6.27	-1.62 (.062)	2.61±6.84	2.09 (.022)
	Cont.	53.61±5.75	52.11±5.51	1.34 (.100)	-1.50±4.77	
Organizational pattern	Exp.	73.11±9.00	76.17±8.99	-2.41 (.014)	3.06±5.37	2.95 (.003)
	Cont.	73.28±7.41	70.94±6.35	1.77 (.048)	-2.33±5.59	
Communication process	Exp.	54.72±7.58	58.00±6.76	-2.10 (.017)	3.28±6.67	101.00 (.027)
	Cont.	56.89±5.63	56.06±4.99	-0.91 (.191)	-0.83±4.54	
Caregiver burden	Exp.	88.00±25.34	82.50±22.77	2.38 (.015)	-5.50±9.80	-2.37 (.012)
	Cont.	88.17±16.80	92.89±24.50	-1.30 (.106)	4.72±15.47	
Social activity restriction	Exp.	18.94±6.39	18.39±5.56	0.44 (.332)	-0.56±5.32	150.50 (.361)
	Cont.	20.50±5.27	20.11±5.11	0.31 (.380)	-0.39±5.32	
Negative change of elderly-caregiver relationship	Exp.	25.06±7.50	22.28±6.09	2.98 (.004)	-2.78±3.95	93.00 (.014)
	Cont.	22.33±4.83	23.17±6.02	-0.80 (.218)	0.83±4.44	
Negative change of family relationship	Exp.	14.00±4.26	14.17±3.96	-0.24 (.407)	0.17±2.96	160.00 (.478)
	Cont.	14.22±3.57	15.28±6.30	-0.90 (.192)	1.06±5.00	
Psychological burden	Exp.	11.67±5.03	9.78±5.15	-3.04 (.001)	-1.89±2.08	-3.31 (.002)
	Cont.	10.72±3.97	12.83±5.31	-1.67 (.050)	2.11±4.69	
Financial and job-related burden	Exp.	8.50±3.81	8.56±3.88	-0.12 (.451)	0.06±1.89	116.50 (.068)
	Cont.	9.50±2.85	10.44±3.43	-1.96 (.033)	0.94±2.04	
Health-related burden	Exp.	9.83±3.26	9.33±2.89	-1.30 (.118)	-0.50±1.47	-0.76 (.226)
	Cont.	10.89±3.01	11.06±3.23	-0.11 (.467)	0.17±3.42	
Family adaptation	Exp.	26.33±5.01	29.72±5.04	-2.93 (.001) [†]	3.39±4.06	40.00 (<.001) [‡]
	Cont.	27.06±3.44	24.83±3.30	-2.40 (.007) [†]	-2.22±3.34	
Perceived health status	Exp.	2.17±1.04	3.06±0.94	-2.89 (.002) [†]	0.89±0.90	78.00 (.002) [‡]
	Cont.	2.44±0.62	2.44±0.62	0.00 (.999) [†]	0.00±0.59	
Depression	Exp.	17.94±9.86	15.83±11.24	1.26 (.113)	-2.11±7.12	-0.79 (.218)
	Cont.	17.89±9.66	18.00±6.97	-0.05 (.481)	0.11±9.59	

Exp.=experimental group (n=18); Cont.=control group (n=18); [†] Wilcoxon Signed Rank test; [‡] Mann-Whitney U-test.

에 미치는 효과를 검증하기 위해 실시되었다.

본 연구에서 주 부양자는 배우자가 55.6%로 절반 이상을 차지하였으며 이는 배우자가 54%라고 보고한 Jang과 Yi[9]의 연구결과와 유사하다. 다음으로 며느리가 27.8%, 딸이 11.1% 순으로 며느리나 딸이 배우자와 함께 주 부양자임이 확인되었다. 아직까지도 치매 환자가 발생하면 대부분 가족에게 의존하는 경향이 높으므로 가족에게 실제적인 도움이 되는 국가차원의 치매정책을 마련되어야 한다. 또한 주 부양자가 하루에 치매노인을 돌보는 시간은 평균 17.3시간으로 하루 24시간 중 많은 시간을 차지하였다. Kim과 Kim[8]은 치매노인을 돌보는 시간이 많은 경우 가족탄력성이 낮았고 가족탄력성이 높으면

삶의 만족도도 높았다고 보고하였다. 따라서 주 부양자가 장 기간 돌봄으로 인해 소진되지 않도록 주 부양자에 대한 개별 중재와 동시에 치매노인 돌봄에 있어 가족구성원 간의 시간분배가 적극적으로 이루어져야 한다.

본 연구에서 대상자의 중재 전 가족탄력성, 부양부담, 가족 적응, 지각된 건강상태 및 우울 정도는 다음과 같다. 본 연구 대상자의 중재 전 가족탄력성 점수는 264점 만점 중 182.56점으로 조현병 환자를 대상으로 실시한 Kim[20]의 연구에서 180.63점에 비해 약간 높았으며 중간 이상의 가족탄력성을 나타내었으며 Kim과 Kim[8]은 치매노인 부양가족의 가족탄력성은 보통보다 조금 높은 수준이었다고 보고하였다. Yoo[7]

은 치매노인 가족의 가족탄력성이 높을수록 가족적응이 높다고 보고하였는데, 본 연구에서도 중재 전 치매노인 주 부양자의 가족적응은 중간 수준보다 높은 가족적응을 나타내었다. 전체 부양부담 점수는 140점 만점 중 88점으로 중간 이상의 부담감을 나타내었다. Kim과 Choi[27]은 부양부담에 따른 소진을 막기 위해서는 치매노인을 부양하는 부양자들 간에 서로의 감정과 긴장, 어려움 등을 함께 공유하고 나눌 수 있는 자조 집단이나 지지모임 등의 활동이 요구된다고 하였다. 치매노인 가족의 부양부담을 줄이기 위한 포괄적인 접근방안이 모색되어야 한다. 치매노인 주 부양자의 중재 전 가족적응 점수는 26.33점으로 중간 수준보다 높은 가족적응을 나타내었는데 이는 알코올중독자 가족을 대상으로 실시한 Ahn과 Jun[28]의 연구보다 높게 나타났다. 국가는 이러한 가족의 적응을 돕기 위한 보다 현실적인 치매가족 지원정책을 펼쳐야 할 것이다. 치매노인 주 부양자의 중재 전 지각된 건강상태는 5점 만점 중 2.17점으로 건강상태가 매우 좋지 않다고 지각하였으며 이는 치매노인 주 부양자의 건강상태가 매우 좋지 않다고 보고한 Oh와 Sok[12]의 연구결과와 일치한다. 주 부양자가 자신의 건강을 돌보면서 환자를 돌볼 수 있도록 가족의 적극적인 일의 분담과 심리적 지지가 필요하다. 치매노인 주 부양자의 중재 전 우울 점수는 60점 만점 중 17.94점으로 Cheon[29]의 연구에서 보고된 35.6점보다 낮은 수준으로 여겨진다. 그러나 우울을 판별하기 위한 절단점으로 16점을 적용한 선행연구에 비취했을 때 본 연구대상자의 우울 점수는 간호중재가 필요함을 시사한다.

다음으로 본 연구에서 치매노인 주 부양자에게 적용한 가족탄력성 강화 프로그램의 효과성에 대한 연구결과를 종합하면 다음과 같다.

가족탄력성의 경우 실험군은 비교대상인 대조군의 참여자에 비해 가족탄력성과 그 하위영역인 신념체계, 조직유형 및 의사소통과정에서 유의한 향상을 보여 본 중재는 효과적인 것으로 나타났으며 이는 암 환자와 가족을 대상으로 실시한 Yang과 Yoon[13]의 연구결과와 일치한다. 또한 프로그램 사전사후 비교 결과 가족탄력성 강화 프로그램은 가족탄력성과 그 하위영역인 조직유형과 의사소통과정에는 유의한 향상을 보인 반면, 가족탄력성 중 신념체계는 프로그램 참여 후 사후 검사 점수는 증가하였으나 유의한 향상을 보이지는 않았다. 이는 치매노인 가족을 대상으로 가족탄력성 강화 프로그램을 적용한 Seok과 Choi[16]의 연구결과와 일치하는데 그 원인을 살펴보면 본 연구에서 프로그램 8주 중, 신념체계 2주, 조직유형과 의사소통과정은 각 3주로 신념체계를 적게 운영하였으

며 아울러 개인의 신념체계는 쉽게 변화되지 않는다는 특성을 고려한다면 후속 연구에서는 신념체계의 변화를 살펴볼 수 있도록 프로그램 구성에 있어 신념체계에 대한 강화가 필요할 것으로 여겨진다.

부양부담의 경우 실험군은 대조군의 참여자에 비해 부양부담이 유의하게 낮아져 본 중재는 효과적인 것으로 여겨진다. 부양부담의 하위영역 중 ‘노인·주 부양자 관계의 부정적 변화’와 ‘심리적 부담’이 유의하게 낮아졌다. 또한 프로그램 사전사후 비교 결과 실험군의 부양부담 정도의 변화는 유의하게 낮아져 본 프로그램이 치매노인 주 부양자의 부양부담을 감소시키는데 효과적인 것으로 여겨진다. 아울러 하위영역 중 ‘노인·주 부양자 관계의 부정적 변화’와 ‘심리적 부담’에서만 유의하게 낮아졌는데 이는 본 연구의 대상자가 가족 전체가 아닌 주 부양자 개인으로 가족원 1명을 대상으로 하였기 때문에 치매노인과의 부정적 관계나 주 부양자 자신의 심리적 부담에만 효과를 보인 것으로 여겨진다. 본 연구에서 치매노인 주 부양자의 조직유형 강화를 위해 치매 환자를 돌보는 방법, 가족의 응집력 강화를 위한 기능적인 가족규칙 적용 및 가족의 자원 활용방법 등에 대해 중재를 적용했음에도 불구하고, 부양부담의 하위 요소 중 사회적 활동제한이나 재정 및 경제활동상의 부담, 가족관계의 악화 및 건강상의 부담에는 영향을 미치지 못하였다. 이러한 하위 요소들은 주 부양자만의 변화뿐만 아니라 가족 구성원의 적극적인 역할 분담과 변화가 동시에 이루어져야 하기 때문인 것으로 여겨진다. 후속 연구에서는 가족 전체의 역동을 통한 부양부담의 감소를 위해 다른 가족원도 포함한 가족중재연구를 제안한다. 또한 대조군은 하위구성요소 중에서 ‘재정 및 경제활동상의 부담’이 유의하게 높아졌는데 가족구성원의 적극적인 경제적 역할분담과 가족의 내·외적인 자원 활용방법을 습득하지 못한다면 가족의 부담감을 더욱 악화될 것으로 사료되어 가족의 조직유형 강화를 위한 본 간호중재는 유용하다고 여겨진다.

가족적응의 경우 실험군은 대조군의 참여자에 비해 가족적응이 향상된 것으로 나타나 본 중재는 효과적인 것으로 여겨진다. 또한 프로그램 사전사후 비교 결과 실험군의 가족적응 정도의 변화는 유의하게 높아진 반면 대조군은 유의하게 낮아졌다. 뇌손상자 주 부양자를 대상으로 실시한 Min[14]의 연구에서도 뇌손상 가족의 가족적응은 유의하게 향상되었는데 이는 가족탄력성의 하위요인 중 의사소통, 대처전략 및 사회적 지지의 향상 때문인 것으로 나타났다. 본 연구에서 대조군의 가족적응은 시간이 경과함에 따라 유의하게 낮아져 가족의 적응을 돕는 중재가 개입되지 않는다면 치매노인 가족의 적응은

더욱 악화될 우려가 있다. 가족탄력성 강화를 통해 궁극적으로 가족이 내·외적인 요구에 따라 가족의 규칙, 역할 및 전략을 변화시켜 가족의 적응을 돕는 본 간호중재는 유용하다고 여겨진다.

지각된 건강상태의 경우 실험군은 대조군의 참여자에 비해 지각된 건강상태가 향상된 것으로 나타나 본 중재는 효과적인 것으로 생각된다. 본 연구에서 실험군의 지각된 건강상태는 중재 후 유의하게 높아졌다. 치매노인 주 부양자의 건강지각은 부양부담과 부적 상관관계[30]에 있는데 본 연구에서 프로그램 실시 후 주 부양자의 부양부담 정도가 유의하게 낮아져 지각된 건강상태가 높아진 것으로 여겨진다.

우울의 경우 실험군과 대조군 간 유의한 차이가 없었다. 본 연구에서 실험군의 우울 정도의 변화 역시 중재 후 유의한 차이가 없었다. 이는 본 프로그램을 교육 20분과 그룹 활동 40분으로 시간 배정하였는데 참여자 개별적으로 관리해주시는 시간적 제한이 있어 우울의 경우 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 여겨진다. 따라서 프로그램 시간 배정에 있어 보다 많은 시간을 배정하여 참여자 개인의 상황에 맞는 집중화된 중재가 요구되며 아울러 복합적 심리교육 프로그램이 치매노인 가족부양자의 우울 정서의 감소에 효과적이라는 Park, Park과 Kim의 연구결과[4]를 고려할 때 복합적인 심리에 초점을 맞춘 내용이 프로그램에 추가로 포함되어 구성되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 프로그램에 가족구성원 중 주 부양자 한명만이 참석하였다는 것이다. 전체 가족이 함께 공유, 협력하고 적극적 역할분담이 이루어져 실질적인 도움이 될 수 있도록 가족구성원 여러 명이 참여하여 가족 내의 역동을 일으킬 수 있는 가족 단위의 연구가 필요하다. 본 연구에서 실험군과 대조군이 각 18명으로 탈락률이 20% 이상으로 높아 G* Power에서 요구된 집단 당 21명의 표본 수를 유지하지 못해 그로 인해 중재 효과가 낮게 나타났을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 추후 연구에서는 충분한 표본크기를 확보한 상태에서 가족탄력성 강화 프로그램의 효과를 반복 검증할 필요가 있다. 또한 본 연구자가 실험연구의 중재자로 참여하고 자료 수집을 직접 하여 이중맹검이 제대로 지켜지지 않아 향후 연구에서는 이중맹검을 최대한 준수해야 한다.

결과적으로 본 연구에서 적용된 가족탄력성 강화 프로그램은 치매노인 주 부양자의 가족탄력성, 가족적응 및 지각된 건강상태를 향상시킬 뿐 아니라, 부양부담을 감소시키는데 효과적인 것으로 나타났다.

결론 및 제언

본 연구에서 개발·적용된 가족탄력성 강화 프로그램은 치매노인 가족의 부양부담을 감소시키고 가족탄력성, 가족적응 및 지각된 건강상태의 향상에 긍정적인 영향을 주었다. 따라서 본 가족탄력성 강화 프로그램이 향후 지역사회뿐 아니라 시설 또는 기관에 입원한 치매노인 가족의 가족탄력성을 강화시키는 간호중재로 활용될 수 있을 것이다. 우울의 경우 유의한 변화가 없었는데 후속 연구에서는 프로그램 구성 시 우울 정서의 감소에 효과적인 프로그램이 될 수 있도록 내용 구성에 있어 유념해야 한다. 본 연구의 대상자가 치매노인 가족 중 주부양자 개인이었지만 가족의 탄력성에 미치는 영향을 총체적으로 이해하기 위해서는 후속 연구에서는 가족 전체의 역동을 파악하기 위하여 다른 가족원도 포함한 가족단위의 연구를 제언한다.

REFERENCES

1. Ministry of Health & Welfare. 2012 Nationwide study on the prevalence of dementia in Korean elders [Internet]. Seoul: author; 2013 [cited 2015 July 29]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=286138&page=1
2. Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(5):446-57. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x>
3. Suh KH, Chun KI. The moderate effect of social support on family caregivers' burdens and health and quality of life with demented patients. *Korean Journal of Culture and Social Issues*. 2009;15(3):339-57.
4. Park MH, Park MH, Kim HH. Effects of a multimodal psycho-educational program on burden, depression, and problem coping behaviors in family caregivers of patients with dementia. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2015;17(1):10-9. <http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2015.17.1.10>
5. Song EJ, Jo HK. Effects of "Happy Plus Program" for family caregivers of patients with dementia on sleep, depression, burden, and quality of life of caregivers. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;23(2):49-59. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2014.23.2.49>
6. Walsh F. *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press; 1998. p. 1-338.
7. Yoo YS. The study on factors affecting adaptation of the family with the elderly dementia. *Journal of Welfare for the Aged*. 2007;38:31-50.

8. Kim SD, Kim YH. The effect of family resilience on the life satisfaction of the family caregivers of the elderly with the dementia. *Journal of Welfare for the Aged*. 2009;45:7-31.
9. Jang HY, Yi MS. Effects of burden and family resilience on the family adaptation of family caregivers of elderly with dementia. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(6):725-35. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.6.725>
10. Lee YK, Jung MH. The effect of family resilience on depression and suicide ideation of the elderly. *Journal of Welfare for the Aged*. 2013;61:111-34.
11. Lee HJ, Lee JW, Lee JY. Family caregiver's burden for the elderly with dementia: moderating effects of social support. *Journal of Institute for Social Sciences*. 2015;26(1):345-67. <http://dx.doi.org/10.16881/jss.2015.01.26.1.345>
12. Oh H, Sok SH. Health condition, burden of caring, and the quality of life among family members of the elderly with senile dementia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;18(2):157-66.
13. Yang MH, Yoon GJ. A study on the development and effectiveness verification of a program designed to strengthen family resilience of inpatients with cancer and their families. *Journal of the Korean Home Economics Association*. 2012; 50(1):121-39. <http://dx.doi.org/10.6115/khea.2012.50.1.121>
14. Min HS. The development and application of family resiliency improvement program for improving family adaptation of person with brain injury [dissertation]. Pusan: Kyungsoong University; 2007. p. 1-206.
15. Lim HS, Han KS. Effects of the family resilience enhancement program for families of patients with chronic schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(1):133-42. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.1.133>
16. Seok HK, Choi JS. Family resilience enhancement for families with elders affected by dementia. *Journal of Korean family therapy*. 2015;23(3):499-523.
17. Huey WT, Hashim S. A resilience training module for caregivers of dementia patients. *SHS Web of Conferences*. 2015; 18(05001):1-8. <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20151805001>
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4):1149-60. <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
19. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs [doctoral dissertation]. Florida: University of Florida; 2005. p. 1-171.
20. Kim EJ. The influence of family stress on the personal and social performance in schizophrenia: The moderating effect of family resilience [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2007. p. 1-133.
21. Song SI. A study on adaptation of the family with mental disorder: focused on the moderating effect of family resilience. *Journal of Social Welfare Development*. 2010;16(2):133-55.
22. Kwon JD. Measuring the caregiver burden of caring for the demented elderly. *Yonsei Social Welfare Review*. 1996;3:140-68.
23. Antonovsky A, Sourani T. Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and Family*. 1988;50(1): 79-92. <http://dx.doi.org/10.2307/352429>
24. Song JK. Strength and adaptation in families with epileptic children. *Journal of Korean Family Therapy*. 2009;17(1):145-65.
25. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401. <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>
26. Chon KK, Lee MK. Preliminary development of Korean version of CES-D. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 1992;11(1):65-76.
27. Kim JY, Choi JW. A study on the influences of the filial responsibility attitude and care burden of the family with the elderly with dementia upon the changes of family relation. *Korean Thought and Culture*. 2011;60:495-525.
28. Ahn YS, Jun HJ. The effects of alcoholic family's family resilience on family adaptation. *Journal of Family Relations*. 2010; 15(3):155-74.
29. Cheon SH. The relationship among perceived entrapment, depression and subjective well-being of women as family caregivers caring for dementia elderly. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2011;17(3):285-93. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2011.17.3.285>
30. Suh KH, Chun KI. The moderate effect of social support on family caregivers' burdens and health and quality of life with demented patients. *Korean Journal of Psychological and Social Issues*. 2009;15(3):339-57.