

치매환자 가족부양자의 불안 및 우울 관련 요인: 2015년 지역사회 건강조사를 바탕으로

엄태림* · 최보영**†

*연세대학교원주산학협력단 연구원, **동양대학교 보건의료행정학과 조교수

Factors Related to Anxiety and Depression of the Family Caregivers' with Dementia Patients: based on 2015 Community Health Survey

Taerim Um* · Boyoung Choi**†

*Researcher, Industry-Academic cooperation foundation office of research affairs of
Yonsei University Wonju campus

**Assistant Professor, Department of Public Health & Medical Administration,
Dongyang University

ABSTRACT

Background & Objectives: This study aims to investigate the health status of family caregivers with dementia patients and identify the factors related to their anxiety and depression.

Methods: Data from 2015 Community Health Survey(n=2,426) was used. A chi-square test was performed to investigate the health status of family caregivers, and a multiple logistic regression analysis was used to identify the factors associated with anxiety and depression.

Results: Odds ratio(OR) of anxiety and depression was 1.29 times higher in female, 2.49 times higher in over 70 years versus under 39 years. ORs were lower 34.0%, 26.0%, 26.0% in the working group, the physical activity group, the alcohol drinking group respectively. ORs of anxiety and depression were 4.54 times, 1.57 times higher in the stress group, the chronic disease group respectively. And ORs were 61.0%, 28.0% lower respectively when social networks and social activities was present.

Conclusions: The rate of experiencing anxiety and depression was high in family caregivers with dementia patients. It is necessary to provide diverse programs to reduce the burden of family support, anxiety and depression of family caregivers.

Key words: Anxiety, Community Health Survey, Dementia, Depression, Family Caregivers

* 본 연구는 2018년도 동양대학교 교내 학술연구비 지원으로 수행되었음

접수일 : 2018년 11월 27일, 수정일 : 2018년 12월 12일, 채택일 : 2018년 12월 20일

교신저자 : 최보영(36040, 경상북도 영주시 풍기읍 동양대로 145)

Tel: 054-630-1824, Fax: 054-637-4056, E-mail: esmera95@naver.com

I. 서론

1. 연구의 배경

급격한 인구고령화로 인한 치매인구의 증가로 치매환자 돌봄은 중요한 사회적 문제로 대두되게 되었으며, 치매를 더 이상 개인만의 문제가 아닌 국가 차원에서 관리해야 할 중요한 보건의료과제로 인식하게 되었다. 치매 발병률은 연령이 증가할수록 높아지기 때문에 인구고령화는 노인 치매환자의 수를 급격히 증가시킨다(김민경과 서경화, 2017; 이영휘 등, 2011). 우리나라는 2017년 65세 이상 인구비율이 14.0%를 넘어서 '고령 사회'로 접어들었다(행정안전부, 2017). 2010년 치매노인 인구의 수는 47만 명이었으나 2015년에는 64만 명으로 증가했으며 2017년 전국의 치매환자는 70만 명으로 추정된다(중앙치매센터, 2017). 보건복지부(2015)의 자료에 따르면, 2050년 노인성 치매 유병률은 15%까지 증가할 것으로 예측된다. 또 다른 배경으로는 치매라는 질병이 갖고 있는 과급력을 들 수 있다. 치매환자 한 명의 치료 및 요양에 소요되는 비용은 약 2,030만원으로 경제적인 부담이 높은 질병이다(보건복지부, 2012). 2017년 기준으로 치매의 질병부담은 약 15조 원으로 추산되며, 경제규모가 커지면서 치료비용 및 조호비용이 증가로 인해 치매환자를 돌보는데 필요한 비용은 10년마다 2배씩 증가할 것으로 예상된다(중앙치매센터, 2017).

정부는 2017년 10월부터 치매환자 및 가족을 지원하기 위해 치매국가책임제를 시행하였다. 치매국가책임제에는 치매질환 본인부담 상한제 도입, 경증치매 장기요양보험 혜택 확대, 치매지원센터 증설을 비롯하여 치매환자의 조호자에 대한 지원 등이 포함되어 있다. 치매국가책임제가 내포하는 가장 큰 의미는 치매환자를 바라보는 인식의 변화이다. 과거에는 치매환자의 부양 부담을 환자 개인 또는 환자를 보살피는 환자가족의 몫

으로 생각하여, 정부나 국가의 역할은 소극적이었으나 최근에는 치매 친화적 환경을 조성하기 위해 정부가 적극적으로 해결 노력을 하고 있다(중앙치매센터, 2017; 정원석, 2017).

우리나라에는 치매환자를 관리하기 위한 전문적이고 체계적인 요양서비스가 있지만, 치매환자의 70% 이상이 가족의 돌봄을 받고 있다. 치매환자를 보살피는 조호자로는 배우자, 자녀, 손주 등으로 약 350만 명의 조호자가 있으며, 이들은 매일 6~9시간을 치매환자를 보살피는데 할애한다(중앙치매센터, 2017; 보건복지부, 2012). 치매환자의 상태가 심각할수록 가족부양자가 환자를 돌보는데 필요한 시간은 늘어나며, 이는 부양자의 부양 부담으로 이어져 스트레스, 우울, 불안, 고립감, 무기력 등 정신건강 문제를 야기한다(박명화 등, 2017; 서경현과 천경임, 2009; 안인숙 등, 2005). Epstein(2009)의 연구에서도 치매환자를 부양하는 가족부양자는 일반인에 비해 우울증에 걸릴 확률이 2~3배 높게 나타났으며, 가족부양자의 1/3은 우울증 증상을 보였다.

치매환자는 인지 및 기능적인 부분에 문제가 있기 때문에 가까이에서 환자를 보살피고 보호해야 한다. 때문에 치매환자를 보살피는 부양자는 환자를 간호하는데 상당한 노력과 시간을 할애하며, 신체적·정신적 건강 외에도 사회활동 축소 등의 문제가 발생한다(안인숙 등, 2005). 이러한 문제들은 결국 가족 구성원들 간의 갈등을 야기하고, 가족의 전반적인 기능을 약화시킨다. 특히 부양자의 우울, 불안 등의 정신적 문제는 환자에 대한 낮은 질의 간호로 이어지게 된다. 즉, 부양자는 부양 부담으로 인해 신체적·정신적 문제가 발생되고, 이는 방임, 학대 등과 같은 부양의 질 저하로 이어져 치매환자의 상태가 더욱 악화될 수 있다(박명화 등, 2017).

더 이상 치매환자와 치매환자를 돌보는 가족부양자에 대한 문제는 개인의 문제가 아니며, 이들을 위한 관리와 정책이 필요하다(박명화 등, 2017). 가

족부양자의 신체 및 정신 건강에 문제가 발생할 수 있고, 이는 또 다른 환자를 발생시켜 사회적 부담이 증가될 수 있기 때문이다. 또한 부양의 질이 저하되어 궁극적으로 치매환자는 올바른 보살핌을 받지 못할 수 있다. 이를 위해서는 현재 치매환자를 돌보고 있는 가족부양자들의 건강상태를 살펴보고, 이들의 불안 및 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하여, 이를 중재할 수 있는 프로그램을 제공하는 등 다각도로 해결방안을 모색할 필요가 있다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 치매환자 가족부양자의 건강상태를 파악하고, 불안 및 우울 관련 요인을 밝히는 것이다. 이를 통해 치매환자 가족부양자의 정신건강과 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안을 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구 모형

본 연구의 모형은 <Figure 1>과 같으며, 인구사회학적 특성, 개인적 요인, 사회적 요인을 독립변수로 하고 우울, 불안감을 종속변수로 하여 분석을 실시하였다.

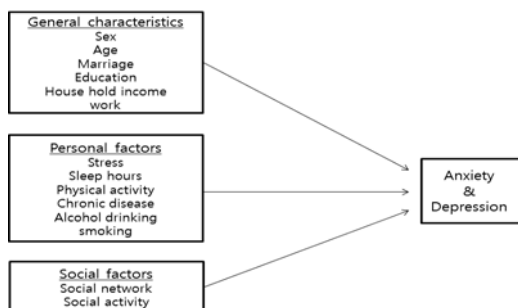


Figure 1. Research model

2. 연구자료 및 대상

본 연구는 2015년 지역사회건강조사 자료를 바탕으로 이루어졌다. 지역사회건강조사는 질병관리본부 주관 하에 전국 253개 보건소가 매년 8월에서 10월까지 실시하는 것으로 만 19세 이상의 성인을 대상으로 한다. 본 연구에서는 조사에 포함된 총 228,558명 중 치매환자와 함께 거주하고 있다고 응답한 2,426명을 대상으로 선정하였다.

3. 연구 변수

1) 종속변수

종속변수는 우울, 불안 여부로 ‘다소 불안하거나 우울하다’ 또는 ‘매우 불안하거나 우울하다’로 응답한 경우 대해 ‘예’, 그렇지 않았을 경우는 ‘아니오’로 구분하였다.

2) 독립변수

독립변수는 인구사회학적 특성, 개인적 요인, 사회적 요인이다. 인구사회학적 특성에는 성별, 연령, 혼인상태, 학력, 가구소득, 경제활동 변수가 포함되었다. 연령은 ‘39세 이하’, ‘40~49세 이하’, ‘50~59세 이하’, ‘60~69세 이하’, ‘70이상’의 5개 범주로 구분하였다. 혼인상태는 ‘결혼’, ‘기타(이혼, 사별, 별거, 미혼)’ 2개 범주로 구분하였으며, 학력은 ‘중학교 졸업 이하’, ‘고등학교 졸업’, ‘전문대학교 졸업 이상’으로 구분하였다. 가구소득은 ‘100만원 미만’, ‘100에서 200만원 미만’, ‘200에서 300만원 미만’, ‘300에서 400만원 미만’, ‘400만원 이상’의 5개 범주로 분류하였다. 경제활동 여부는 ‘예’, ‘아니오’의 2개 범주로 나누었다.

개인적 요인에는 주관적 스트레스, 걱정수면 여부, 운동 및 신체활동, 만성질환 이환여부, 음주, 흡연을 포함하였다. 주관적 스트레스는 조사대상자가 주관적으로 느끼는 스트레스 정도를 나타낸

것으로 원자료의 4점 척도를 있음, 없음의 2개 범주로 재분류 하였다. 걱정수면 여부는 응답자의 수면시간을 7~8시간 수면 시 걱정수면, 그 외를 기타로 분류하였고, 운동 및 신체활동은 격렬한 신체활동, 중등도 신체활동, 걷기 중 하나라도 3일 이상 시행한 경우에는 '운동함', 그렇지 않은 경우에는 '운동안함'으로 재분류하였다. 만성질환 이환 여부는 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 관절염 중 하나라도 의사진단을 받았을 경우에는 '만성질환 있음', 그렇지 않은 경우에는 '만성질환 없음'으로 구분하였다. 음주는 1년 이내에 음주 경험이 있는 경우에는 '현재 음주', 1년 이내에 음주 경험이 없는 경우에는 '비음주'로 구분하였으며, 흡연은 평생흡연여부에 관한 문항으로 '현재 흡연', '평생 비흡연'의 2개 범주로 구분하였다.

사회적 요인으로는 사회적 연결망과 사회활동을 포함하였다. 사회적 연결망은 친척, 이웃, 친구 중 하나라도 한 달에 1번 이상 접촉이 있을 경우에는 예'로 그렇지 않을 때에는 '아니오'로 구분하였다. 사회적 활동은 종교, 친목, 여가, 자선단체 활동 중 하나라도 참여하는 경우는 예', 그렇지 않을 때에는 '아니오'로 구분하였다.

4. 분석 방법

연구대상자의 인구사회학적 특성, 개인적 요인, 사회적 요인을 파악하기 위해 카이제곱검정(χ^2)을 실시하였고, 우울, 불안과의 관련성을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression analysis)을 실시하였다. 로지스틱 회귀분석은 SAS ver. 9.4을 이용하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성, 개인적 요인, 사회적 요인별 불안 및 우울 특성

연구대상자인 치매환자 부양자의 일반적 특성에 대한 기술통계는 <Table 1>과 같다. 성별에 따른 우울, 불안감은 남자(21.0%)보다 여자(31.4%)에서 더 높은 비율을 보였다($p<0.001$). 우울, 불안감은 39세 이하 13.7%, 40대 12.5%, 50대 18.9%, 60대 25.2%, 70대 41.5%로 49세 이하보다 50세 이상에서 높게 나타났으며, 연령대가 높을수록 우울, 불안감의 비율이 높게 나타났다($p<0.001$). 혼인상태는 통계적인 차이가 나타나지 않았다($p=0.172$). 교육정도가 높을수록 우울, 불안 경험의 비율이 낮게 나타났다($p<0.001$). 가구소득이 100만원 미만에서 400만원 미만까지는 39.2%, 24.2%, 20.7%, 16.5%로 가구소득이 증가할수록 우울, 불안 경험이 감소하였고, 400만원 이상에서는 18.5%로 약간 증가하였으며($p<0.001$), 경제활동을 할 때(17.0%, $p<0.001$)가 안할 때(36.1%)에 비해 우울, 불안의 비율이 낮았다($p<0.001$).

개인적 요인에서는 주관적 스트레스가 없을 때(16.8%, $p<0.001$), 걱정수면을 할 때(22.2%, $p<0.001$), 신체활동을 할 때(22.9%, $p<0.001$), 만성질환이 없을 때(17.5%, $p<0.001$) 음주(19.3%, $p<0.001$), 흡연할(20.4%, $p<0.01$) 때 우울, 불안의 비율이 낮게 나타났다.

사회적 요인에서는 사회적 연결망이 있을 때(25.5%)가 없을 때(50.9%) 보다 우울, 불안의 비율이 낮게 나타났고($p<0.001$), 사회활동을 할 때(22.0%)가 안할 때(34.6%) 보다 우울, 불안의 비율이 낮게 나타났다($p<0.001$).

Table 1. General characteristics of study variables by Anxiety & depression

Variables	Anxiety & Depression		χ^2
	Yes(n=645)	No(n=1,775)	
Sex			
Men	233 (21.01)	876 (78.99)	33.35***
Women	412 (31.43)	899 (68.57)	
Age			
≤39	43 (13.69)	271 (86.31)	169.73***
40-49	36 (12.54)	251 (87.46)	
50-59	99 (18.93)	424 (81.07)	
60-69	109 (25.17)	324 (74.83)	
≥70	358 (41.48)	505 (58.52)	
Marriage			
Married	445 (25.86)	1,276 (74.14)	1.86
Other	198 (28.57)	495 (71.43)	
Education			
Completed middle school	457 (35.93)	815 (64.07)	119.01***
Completed high school	105 (17.05)	511 (82.95)	
Completed college	82 (15.47)	448 (84.53)	
House hold income			
<1,000,000	311 (39.17)	483 (60.83)	101.71***
1,000,000~<2,000,000	126 (24.42)	390 (75.58)	
2,000,000~<3,000,000	79 (20.68)	303 (79.32)	
3,000,000~<4,000,000	50 (16.45)	254 (83.55)	
≥4,000,000	75 (18.52)	330 (81.48)	
Work			
No	436 (36.09)	772 (63.91)	112.46***
Yes	206 (17.04)	1,003 (82.96)	
Stress			
No	256 (16.84)	1,264 (83.16)	199.86***
Yes	387 (43.14)	510 (56.86)	
Sleep hours			
Other	400 (30.21)	924 (69.79)	19.64***
7~8 hours	243 (22.21)	851 (77.79)	
Physical activity			
No	276 (34.16)	532 (65.84)	34.95***
Yes	369 (22.89)	1,243 (77.11)	
Chronic disease			
No	203 (17.5)	957 (82.50)	95.48***
Yes	442 (35.08)	818 (64.92)	

Variables	Anxiety & Depression		X ²
	Yes(n=645)	No(n=1,775)	
Alcohol drinking			
No	385 (35.98)	685 (64.02)	85.38***
Yes	260 (19.26)	1,090 (80.74)	
Smoking			
No	559 (27.96)	1,440 (72.04)	10.10**
Yes	86 (20.43)	335 (79.57)	
Social network			
No	55 (50.93)	53 (49.07)	34.07***
Yes	590 (25.52)	1,722 (74.48)	
Social activity			
No	307 (34.61)	580 (65.39)	45.75***
Yes	337 (22.00)	1,195 (78.00)	

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

2. 치매환자 가족부양자의 불안 및 우울 관련 요인

우울, 불안과 인구사회학적 특성, 개인적 요인, 사회적 요인의 관련성을 파악하기 위한 로지스틱 회귀분석의 결과는 <Table 2>와 같다. 모델 1은 우울, 불안과 인구학적 특성의 관계를 분석하였다. 상관분석에서 연령과 상관관계가 높은 혼인상태와 가구소득은 분석에서 제외하였다. 분석결과 여성에서 1.46배, 39세 이하에 비해 60대에서 1.58배, 70세 이상에서 2.57배 불안, 우울의 확률이 높게 나타났다. 교육수준에서는 중학교 졸업에 비해 고등학교 졸업에서 33.0%, 대학 졸업에서 34.0%, 경제활동을 하지 않는 경우 40.0% 우울, 불안의 오즈비가 낮게 나타났다. 모델 1은 Wald test의 모델 유의성 검정 결과 통계적으로 유의하였으며, Hosmer-Lemeshow test의 모델 적합도를 만족하였다($p < 0.0001$, $p = 0.3886$).

모델 2에는 모델 1에 포함된 인구학적 특성과 개인적 요인에 해당하는 주관적 스트레스, 적정수면 여부, 운동 및 신체활동, 만성질환 이환여부, 음주, 흡연을 추가하였다. 분석결과 연령에서 39세 이하에 비해 70세 이상에서 불안, 우울의 확률

이 2배 높은 것으로 나타났다. 경제활동을 하는 경우 40.0%, 신체활동과 음주를 하지 않는 경우 모두 28.0% 우울, 불안의 오즈비가 낮게 나타났으며, 주관적 스트레스가 없는 군에 비해 있는 군에서 4.27배, 만성 질환이 있는 군에서 1.52배 불안, 우울의 확률이 높게 나타났다. 모델 2는 Wald test의 모델 유의성 검정 결과 통계적으로 유의하였으며, Hosmer-Lemeshow test의 모델 적합도를 만족하였다($p < 0.0001$, $p = 0.1717$).

모델 3에는 모델2에서 유의하지 않았던 교육수준과 흡연여부를 제외한 모델 1, 2에 포함된 변수들과 사회적 요인에 해당하는 사회적 연결망, 사회활동 변수를 추가하였다. 분석결과 인구학적 특성 중 성별, 연령, 경제활동 유무가 불안과 우울의 관련 요인이었다. 여성에서 1.29배, 39세 이하에 비해 70세 이상에서 2.49배 불안, 우울의 확률이 높게 나타났다. 경제활동을 하는 경우 34.0% 우울, 불안의 오즈비가 낮게 나타났다. 개인적 특성은 신체활동 유무, 음주, 주관적 스트레스, 만성질환이 불안 및 우울의 관련 요인이었다. 주관적 스트레스가 있는 군에서 4.54배, 만성 질환이 없는 군에서 1.57배 불안 및 우울의 확률이 높게 나타

났다. 신체활동과 음주를 하는 경우 26.0% 우울, 불안의 오즈비가 낮게 나타났다. 사회적 요인에 해당하는 두 개 변수 모두 불안, 및 우울과 관련이 있었다. 사회적 연결망이 있는 경우에는 61.0%, 사회활동을 하는 경우 28.0%배 우울, 불안

의 오즈비가 낮게 나타났다. 모델 3은 Wald test의 모델 유의성 검정 결과 통계적으로 유의하였으며, Hosmer-Lemeshow test의 모델 적합도를 만족하였다($p < 0.0001$, $p = 0.2794$).

Table 2. The result of logistic regression analysis

Variables	Anxiety & Depression		
	Model I OR (95% CI)	Model II OR (95% CI)	Model III OR (95% CI)
Sex(Ref.=Men)			
Women	1.72*** (1.43-2.07)	1.46** (1.20-1.78)	1.25 (0.99-1.58)
Age(Ref.=≤39)			
40-49	0.90 (0.56-1.45)	0.98 (0.60-1.59)	0.85 (0.51-1.42)
50-59	1.47 (1.00-2.17)	1.34 (0.88-2.02)	1.09 (0.70-1.70)
60-69	2.12** (1.44-3.13)	1.58* (1.02-2.43)	1.14 (0.71-1.83)
≥70	4.47*** (3.15-6.33)	2.57*** (1.68-3.93)	2.00** (1.24-3.22)
Marriage(Ref.=Other)			
Married	0.87 (0.72-1.06)		
Education(Ref.=Completed middle school)			
Completed high school	0.37*** (0.29-0.47)	0.67** (0.51-0.89)	0.74 (0.55-1.00)
Completed college	0.33*** (0.25-0.42)	0.66* (0.48-0.91)	0.72 (0.51-1.01)
House hold income(Ref.=<1,000,000)			
1,000,000 ~ <2,000,000	0.50*** (0.39-0.64)		
2,000,000 ~ <3,000,000	0.41*** (0.30-0.54)		
3,000,000 ~ <4,000,000	0.31*** (0.22-0.43)		
≥4,000,000	0.35*** (0.27-0.47)		
Occupation(Ref.=No)			
Yes	0.36*** (0.30-0.44)	0.60*** (0.48-0.74)	0.60*** (0.48-0.77)
			0.66** (0.52-0.84)

Variables	Anxiety & Depression			
	OR (95% CI)	Model I OR (95% CI)	Model II OR (95% CI)	Model III OR (95% CI)
Stress(Ref.=No)				
Yes	3.75*** (3.10-4.52)	4.27***	(3.46-5.27)	4.54*** (3.67-5.6)
Sleep hours(Ref.=Others)				
7~8 hours	0.66*** (0.55-0.79)	0.81	(0.66-1)	
Physical activity(Ref.=No)				
Yes	0.57*** (0.48-0.69)	0.72**	(0.58-0.89)	0.74** (0.6-0.92)
Chronic disease(Ref.=No)				
Yes	2.55*** (2.11-3.08)	1.52**	(1.2-1.91)	1.57** (1.25-1.98)
Alcohol drinking(Ref.=No)				
Yes	0.42*** (0.35-0.51)	0.72**	(0.57-0.9)	0.74* (0.59-0.94)
Smoking(Ref.=No)				
Yes	0.66** (0.51-0.86)	1.21	(0.88-1.66)	
Social network(Ref.=No)				
Yes	0.33*** (0.22-0.49)			0.39*** (0.25-0.6)
Social activity(Ref.=No)				
Yes	0.53*** (0.44-0.64)			0.72** (0.58-0.89)

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.0001$.Model 1. Wald test for Global Null Hypothesis $X^2=203.60$, p value < 0.0001 , c statistics =0.697Model 2. Wald test for Global Null Hypothesis $X^2=358.37$, p value < 0.0001 , c statistics =0.770Model 3. Wald test for Global Null Hypothesis $X^2=371.36$, p value < 0.0001 , c statistics =0.776

IV. 논의

치매환자 가족부양자의 불안 및 우울 관련 요인으로 성별, 연령, 경제활동여부, 신체활동여부, 음주여부, 주관적 스트레스, 만성질환여부, 사회연결망여부, 사회활동여부 변수가 통계적으로 유의하게 나타났다.

먼저 인구사회학적 특성을 살펴보면, 여성의 불안 및 우울 정도가 높은 것으로 나타났다. 다양한 연구에서 치매환자를 돌보는 여성의 우울이 높다고 밝혀졌다(Rachel 등, 2005). 이는 개인의 의지나 선택권 없이 아내, 딸 그리고 며느리가 치매환자를 부양하는데 있어서 중추적인 역할을 수행하게 되면서 치매환자와 많은 시간을 보내기 때문인 것으로 사료된다(강현숙 등, 1999). 즉, 여성이 치매환자의 주 부양자로 치매환자를 돌보면서 긴장, 스트레스 등이 높아져 우울감을 더 느끼는 것으로 볼 수 있다. 연령의 경우, 39세 이하보다 70세 이상 연령에서 불안 및 우울이 높은 것으로 나타났다. 대부분의 연구에서 부양자의 연령과 불안 및 우울의 관계에 대한 연구가 부족하여 이에 대한 원인을 밝히기 어려웠다. 그러나 많은 연구에서 부양자의 연령이 높을수록 부양부담이 높다는 연구결과가 있었으며, 부양부담이 높을수록 부양자의 불안 및 우울에 영향을 미쳤을 가능성이 있는 것으로 생각해 볼 수 있다(안인숙 등, 2005; Rachel 등, 2005; 유광수, 2001). 경제활동여부의 경우, 경제활동을 하는 가족부양자의 불안 및 우울이 낮은 것으로 나타났다. 기존 연구 중 부양자의 경제적인 능력이 부양부담과 관련이 없다는 결과도 있었으나(Joji 등, 2005) 대부분의 연구에서 경제적인 문제는 부양부담과 관련성이 높고, 우울에 영향을 미친다는 결과를 보였다(Rachel 등, 2005; Carol, 2003). 즉, 치매는 경제적 부담이 높은 질병으로 경제적 부담이 높을수록 부양자의 우울 정도가 심하기 때문에 경제활동을 하는 부

양자의 경우에는 경제적 부담이 감소할 뿐 아니라 경제활동을 하는 동안 돌봄의 부담에서 벗어날 수 있으며 사회적 활동을 수행하는데서 오는 만족감 등으로 불안 및 우울의 정도가 낮게 나왔을 것으로 판단된다.

다음으로 개인적 요인에서는 신체활동을 하거나 음주를 하는 가족부양자의 불안 및 우울이 낮게 나타났다. 부양자의 신체활동 유무 또는 음주 유무와 불안 및 우울에 관한 연구는 부족하였으나 기존연구들을 통해 살펴보면, 신체활동과 음주는 개인 여가활동으로 간주할 수 있으며, 이러한 여가를 즐길 시간이 없었다는 것은 환자의 상태가 심각하거나 또는 보호자의 마음에 여유가 없었음을 의미할 수 있다. 이러한 이유 모두 보호자를 소진시켰거나 이미 보호자가 소진되었을 경우를 나타낼 수 있다. 환자의 문제행동이 심한 경우, 환자를 보살피는데 많은 시간이 소요되기 때문에 보호자 스스로의 건강을 보살피는 경우가 적으며 충분한 수면과 휴식을 취하지 못하고 운동 또한 규칙적으로 하지 않는 경우가 있기 때문이다(Epstein, 2009; Kenneth 등, 2003). 주관적 스트레스는 자신의 스트레스가 높다고 평가한 부양자의 경우 불안 및 우울이 높게 나타났다. 우울은 스트레스에 대한 반응으로 과중한 스트레스는 우울로 이어질 수 있다. 만성질환 여부의 경우, 부양자가 만성질환이 있는 경우에 불안 및 우울이 높은 것으로 나타났으며, Carol(2003)의 연구에 따르면 부양자의 건강상태가 저하된 경우에 우울정도가 더 큰 것으로 나타났다.

마지막으로 사회적 요인은 사회연결망이 있는 경우와 사회활동을 하는 경우 부양자의 불안 및 우울이 낮은 것으로 나타났다. 부양자의 사회적 활동의 제한과 사회적지지 대상의 부재는 부양에 대한 부담감을 가중시키고, 이러한 부담감은 부양자의 우울에 많은 영향을 미치기 때문이다(Rachel 등, 2005; 김용금, 2001). 치매노인을 돌보는 부양

자 중 50% 이상은 친구관계가 멀어지거나 취미생활 부족 및 혼자만의 시간이 적다고 밝혔으며, 사회적 고립감을 경험했다(Hooker 등, 1994) 이러한 문제는 사회연결망 즉, 사회적지지 대상으로부터 노부모를 모시는 것에 대한 인정을 받음으로서 상쇄될 수 있다. 또한 치매환자 가족부양자들 간의 교육 및 교류의 장을 활성화하여 부양자들의 불안 및 우울을 낮추는 것이 필요하다. 박용순 외(2002)의 연구에서는 주부양자가 주간보호센터, 치매관련클리닉, 사회복지기관 등에서 치매환자 부양가족의 경험을 공유하는 프로그램, 치매와 관련된 다양한 정보제공 및 정서적지지 활동 등을 통해 부양스트레스 경감에 긍정적인 영향을 미쳤음을 알 수 있다.

본 연구의 제한점으로는 자료의 특성으로 치매환자 부양자의 불안 및 우울에 영향을 미칠 수 있는 다양한 변수를 고려하지 못하였다. 기존연구에서는 부양자의 불안 및 우울에는 환자의 특성 즉, 치매환자의 상태가 주요한 요인으로 나타났으나 본 연구에서는 자료의 한계로 이에 대해 측정된 변수가 없어 반영하지 못하였다(김용금, 2001). 치매환자의 상태에 따라 부양자가 환자를 간호하는데 투입되는 시간과 노력이 달라질 수 있고, 이는 부양자의 불안 및 우울에 영향을 줄 수 있다. 또한 불안 및 우울을 측정함에 있어 주관적으로 자신의 불안 및 우울 정도를 기입하게 하였기 때문에 객관적인 지표를 통해 측정하지 못하였고, 한 문장에 불안 및 우울이 모두 포함되어 있어 응답자가 불안하기만 하거나 우울하기만 한 경우를 나누어서 정확하게 측정하지 못하였다.

본 연구는 지역 간 비교가 가능하도록 설계된 자료를 이용하여 전국을 대상으로 치매환자 가족 부양자의 불안 및 우울에 미치는 영향을 파악하였으며, 부양자의 불안 및 우울을 해소하기 위해 도움을 줄 수 있는 방안 모색을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

V. 결론

본 연구는 2015년 지역사회건강조사 자료를 사용하였으며, 조사에 포함된 총 228,558명 중 치매환자와 함께 거주하고 있다고 응답한 2,426명을 대상으로 선정하였다. 연구결과 성별, 연령, 경제활동여부, 신체활동여부, 음주여부, 주관적 스트레스, 만성질환여부, 사회연결망여부, 사회활동여부 변수가 치매환자 가족부양자의 불안 및 우울의 관련요인으로 나타났다.

연구결과와 시사점은 다음과 같다. 첫째, 정부차원에서는 치매환자 부양가족에게 부양자의 불안 및 우울을 해소하기 위한 다양한 프로그램을 제공할 필요가 있다. 외국의 경우 가족 부양자의 부담과 스트레스를 줄이고자 다양한 프로그램을 제공한다. 미국은 1970년부터 다양한 단기보호(respite care)프로그램을 제공하였으며(Thompson 등, 2007), 1993년 가족 의료 휴가 법(Family and Medical Leave Act)을 제정하여 환자 부양가족이 환자를 돌보는데 사용할 수 있도록 최대 12주간 무급 휴가를 제공하기도 한다(Evashwick, 1997). 캘리포니아 주는 재가 임시간호 서비스를 비롯하여 야간 임시 간호 서비스 등을 제공하여 부양가족의 부담을 덜어주고자 노력한다(김나영, 2010).

둘째, 지역사회 또한 치매환자 가족부양자의 불안 및 우울을 해결하기 위해 다양한 지자체 자원을 활용할 필요가 있다. 치매환자 가족부양자의 불안 및 우울은 부양의 질 저하로 문제가 발생할 수 있기 때문에 지역사회 자원을 연계 및 활용하여 부양자의 불안 및 우울을 낮출 수 있는 다양한 프로그램을 제공하는 것이 필요하다. 이를 통해 치매를 더 이상 환자와 환자를 부양하는 부양자만의 문제로 바라보지 않고, 국가 및 지역사회가 함께 해결하고자 한다는 인식과 노력이 필요하다.

마지막으로 치매환자 가족부양자를 대상으로 치매환자에 대한 올바른 이해 및 치매환자를 돌

봄에 있어 필요한 지식 등에 대한 교육이 이루어져야 한다. 교육을 통해 치매환자 가족부양자는 환자의 상태 및 추이에 따라 어떻게 환자를 돌볼 것인지 계획을 세울 수 있다. 또한 가족부양자는 치매 환자의 돌봄이 온전히 본인의 책임이라는 정신적 부담감에서 벗어날 수 있을 뿐만 아니라 재가서비스 활용, 장기요양 신청 등에 대해 정보를 얻을 수 있어 육체적, 경제적으로 돌봄에 대한 부담을 감소시킬 수 있다. 이러한 정신적, 육체적, 경제적 돌봄의 부담 감소와 교육을 통한 환자에 대해 공감과 이해 증가를 통해 가족부양자의 불안 및 우울과 스트레스가 감소되는데 긍정적인 영향을 미칠 수 있으며, 이는 치매환자 돌봄의 질을 높일 수 있다.

참고문헌

- 강현숙 외 11명. 치매노인을 돌보는 며느리의 삶. 대한간호학회지 1999;29(6):1233-1243.
- 김나영. 외국체계의 운영경험으로 본 노인장기요양보험제도의 개선방안: 미국사례. 보건복지포럼, 2010;45-56.
- 김민정, 서경화. 국내외 치매관리정책에 대한 비교연구. 국가정책연구 2017;31(1):233-260.
- 김용금. 치매노인의 기능상태가 부양자의 우울 및 부담감에 미치는 영향에 관한 연구[석사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원, 2001.
- 박명화 외 6명. 치매환자를 돌보는 가족부양자의 부양부담 위험도와 영향 요인. 한국가족복지학 2017;22(3):431-448.
- 박용순, 석말숙. 치매노인 부양가족의 가족 레질리언스(Family Resilience)증진을 위한 사회복지서비스의 개선방안. 한국사회복지행정학 2002; 6:119-144.
- 보건복지부. 제2차 치매관리종합계획. 서울 한국. 2012.
- 보건복지부. 제3차 치매관리종합계획. 서울 한국. 2015.
- 서경현, 천경임. 치매환자 가족부양자의 부양부담과 건강 및 삶의 질에 대한 사회지원의 중재효과. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제 2009; 15(3):339-357.
- 안인숙, 김지혜, 구형모, 김도관. 치매 환자 보호자의 부양 부담에 영향을 미치는 요인 탐색. 신경정신의학 2005;44:505-510.
- 유광수. 노인성 치매환자를 간호하는 가족의 부담감에 대한 연구. 한국보건간호학회지 2001;15(1):125-147.
- 이영휘, 임지영, 김주연, 조효임, 고국진. 치매 노인 부양자의 부양부담과 생활만족도 예측모형. 노인간호학회 2011;13(3):204-214.
- 정원석. 치매 국가책임제 도입에 관한 소고. KIRI 보험연구원 2017;19-22.
- 중앙치매센터. 2017 중앙치매센터 연차보고서 2017;1-124.
- 행정안전부. 17년 8월말 주민등록 인구수 5,175만 명 행정안전부 보도자료 2017년 9월 3일자.
- Carol L. Depression in caregivers of patients with dementia. Journal of General Internal Medicine 2003;1058-1059.
- Epstein-Lubow G. Family caregiver health: What to do when a spouse or child needs help. Rhode Island Medical Journal 2009; 92(3):106.
- Evashwick CJ. The continuum of long term care: An integrated systems approach. The Gerontologist 1997;37:274-274.
- JOJI O et al. Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD) and environment of care on caregivers'.

- Archives of Gerontological and Geriatrics 2005;41:160-168.
20. Kenneth EC et al. Patient and caregiver characteristics association with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18(12):1006-1014.
21. Rachel MH, Ciarn R, Cornelius K, Gill L. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Geriatric Psychiatry* 2005;13(9):795-801.
22. Hooker K, Frazier LD, Monahan DJ. Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist* 1994;4(3):386-392.
23. Thompson CA et al. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics* 2007;7:18-29.