

家庭內 치매老人看護者負擔에 관한 調查研究

文 惠 理 (清州專門大學)

〈目 次〉

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| I. 序 論 | 1. 研究 對象 및 資料蒐集 |
| II. 家庭內 치매老人 看護者 負擔에 관한 理論的 考察 | 2. 研究 變數의 測定 |
| 1. 치매老人의 問題領域 | IV. 調查 結果 |
| 2. 家庭內 치매老人 看護者 負擔의 意義 | 1. 研究 對象者의 一般의 特徵 |
| III. 研究 方法 | 2. 老人 機能損傷과 看護者 負擔의 關係 |
| | V. 結 論 |

I. 序 論

현대사회의 변화와 더불어 老人人口는 더욱 증가하고 있다. 구성렬((1992)에 의하면 1992년~1996년 사이에 우리나라는 人口 内部構造의 質的 變化를 맞게되어 老齡化-高學力化-都市化-核家族化의 4가지 特性을 이루게 된다고 했다. 특히 65세이상의 老齡人口가 현재의 5.0%에서 5.7%로 늘어나는 人口構造 變化를 보여 2000년에는 10% 이상이 될 것으로 전망되고 있다. 統計廳 조사보고서(1990)에 의하면 平均壽命도, 1992년 평균 71.6 세이던 것이 1996년에는 평균 73.2세로 높아지게 된다고 한다(충청일보, 1992 : 14525호).

우리나라의 경우 아직 치매노인에 관한 정확한

조사가 이루어지지 않아서 그 정확한 실태를 파악할 수 없으나 약 9만 1천명의 치매노인이 있는 것으로 추정되고 있으며, 美國의 경우는 65세이상 인구의 10%, 80세이상 노인의 40%가 치매노인이며, 日本의 경우는, 1980년 東京의 치매노인 실태조사에 따르면, 東京의 65세이상 인구의 4.6%가 치매노인으로 나타났고, 약 4만명 정도이다.

1986년의 日本 전국적인 家庭내 치매노인의 看病實態 調查 결과, 전국에 약 50만명의 치매노인이 있는 것으로 나타났으며, 이 중 4년이상 간병을 계속하고 있는 가정이 40%나 되며, 이와 같은 장기간에 걸친 간병에 지친 나머지 자살이나 동반자살을 생각하는 심각한 상태에 이른 경우도 있어, 高齡化 사회에 따른 가정내 치매노인 看護者負擔으

로 인한 문제는 심각하다고 한다(의협신보, 1986 : 2009호).

많은 경우 치매노인은 精神機能의 저하와 더불어, 허약하며, 慢性의 질환을 갖고 있어서 독립적인 생활을 하기 힘들며 이러한 의존적 노인의 경우 家族중 누군가가 돌보고 간호해야 한다. 간호자가 계속적으로 치매노인의 간호에 매달리게 되고 필요한 만큼의 負擔輕減 기회를 갖지 못하게 되면 社會的 孤立, 가족관계의 緊張, 役割逆轉의 스트레스, 家庭機能의 파괴, 근심과 憂鬱, 신체건강의 惡化등 심각한 결과를 초래하게 되며(김신미, 1991 : 42), 더 나아가서 노인에 대한 虐待, 노인유기 또는 불필요한 양로원행을 초래하기도 한다.

노인간호자에 대한 社會福祉의 對應方案이 효율적으로 마련되어, 노인간호자의 이러한 부담을 경감할 수 있고, 그 결과 노인간호자들은 건강한 신체적 정신적 사회적 기능을 유지하도록 支持될 것이며 도리나 관습, 책임이나 의무감에서가 아니라 자발적으로 애정어린 良質의 노인간호를 할 수 있게 될 것이다.

노인의 입장에서 편한 마음으로 人間다운 대우를 받으며 애정어린 간호를 받을 수 있고 부적절한 간호내용을 파악하고 교정받을 수 있으며 건강문제를 진단하고 치료하는 기회가 되어 노인 건강상태의 악화를 방지하고, 늦춰 줄 수 있다. 또한 가정의 측면에서 본다면 간호자부담이 경감됨으로써 부정적 노인-간호자-가족관계가 예방 또는 치유될 수 있을 것이다. 家庭은 全體로 기능하는 하나의 體制이며, 체제의 움직임이나 部分은 모든 다른 部分에 영향을 주며 社會的 環境인 가족은 신체적 정신적으로 個人에게 중요한 요소가 된다. 그러므로 치매노인과 간호자가 원만한 관계를 이루게 되면 그 가족은 좋은 家族環境을 이루게 되고 이는 다시 노인이나 간호자에게 좋은 영향을 미치게 된다.

福祉社會 구현이라는 국가적 관점에서 본다면, 노인福祉를 과거의 施設中心의 專門人力만을 사용하던 制度中心의 내용이, 가정에서 家族構成員이 간호자로 대체됨으로써 의료비의 편중과 낭비, 병상의 비효율적 이용을 방지할 수 있게 되었다. 더 중요한 효과로서 노인을 養老院등으로 보내지 않고, 가정에서 우리나라 고유의 美風良俗의 敬老孝

親 사상을 실행하고 가족구성원이 함께 동참함으로써 가정의 평화를 유지하고 사회적으로 안정될 수 있다는 統合的 機能을 유지할 수 있다.

본 연구자는 이러한 관점에서 가정내 치매노인과 간호자의 관계를, 치매노인 간호자 부담에 관한 理論的 考察과 치매노인간호자를 대상으로 한 實態分析을 통해 파악하여, 社會福祉的 支持方案을 개발하는 데 基礎資料를 제공할 목적으로 본 연구를 시도하였다.

II. 家庭內 치매老人 看護者負擔에 관한 理論的 考察

1. 치매老人의 問題領域

1) 老人의 精神的 症狀와 問題行動

치매노인의 대부분은 知的 能力的 쇠퇴와 동시에 身體的, 道具的, 日常生活機能(ADL : activity of daily living)면에서도 여러가지 障礙를 가지고 있는 경우가 많이 있다. Chenoweth & Spencer(1986 : 268~269)에 의하면, 記憶力 喪失이 가장 흔한 치매노인의 問題였고, '무엇인가 잘못되어 있다'는 느낌이 첫번째 徵候였다고 했다. 이것이 진행되어 결국 노인의 이상한 行動을 유발하고, 傳門的 도움을 필요로 하게되어 病院에 가서 치매로 診斷받게 되는 過程을, 대부분의 가족들이 겪게 된다고 했다.

치매노인의 정신적 문제 중에는, 섬망, 흥분, 불안등의 精神的 症狀에 수반되는 跋行的 行動(disruptive behavior)과 知的能力的 쇠퇴에 의한 意思疏通을 제대로 못한거나 사람을 알아보지 못하거나 하는 認知的 기능손상(cognitive incapacity)이 있다. 치매에 동반되는 특수한 정신적 증상을 頻發하는 순서대로 열거해 보면 섬망, 피해적염려, 심기증, 환각, 우울, 불안, 흥분등이 있으며, 치매정도가 심해지면 질수록 수반되는 정신증상이 증가하는 경향을 볼 수 있다. 이러한 정신적 증상은, 고도치매의 경우는 섬망, 피해적염려, 환시가 빈발하며, 수면장애는 경도나 중등도치매의 경우와 별 차이가 없다.

이러한 특수한 정신증상과 함께 주위 사람에게 폐가 되는 행동, 부적응 행동 등의 破壞적 행동이

나타났는데 이것은 前述한 정신적 증상이 外的으로 發現(burst out)되는 것이다. 과행적 행동을 頻發하는 순서대로 열거해 보면, 不潔, 밤에 가족을 깨우는 것, 외출벽(외출해 길을 잃어버리는 것), 큰 소리를 지름, 가족과 늘 함께 있으려 함, 徘徊, 攻擊, 過食, 수집벽, 性的 異常行爲, 마구 사들임, 도벽, 불을 켜고 끄지않음등이 있다(Deimling & Bass, 1986 : 233).

Zimmer등(1984)의 연구에 의하면 病弱老人養老施設(skilled nursing facility)에 입원해 있는 노인들중 64%가 행동장애가 있었고, 이들중 판단력 장애등의 가벼운 장애가 42%, 혼돈, 초조(과민성, 편집증적 사고, 밤시간의 안절부절 이리저리 걸어다님, 결렬한 반응), 환각, 타인이나 자신에 대한 공격성, 학대, 퇴행, 배회등의 심각한 행동장애가 20%였다고 한다(은영, 1990 : 28).

認知的 機能損傷이나 跛行的 行動은 남자보다 여자노인에게서 더 많이 나타나며, 남자노인의 경우에는 밤에 가족을 깨우는 것, 큰소리를 지름등이 다소 많이 나타나고, 그 외에는 과행적 행동 발생이 아주 낮다. 반면, 여자노인의 경우는 불결, 밤에 가족을 깨우는 것, 외출해서 길을 잃음등이 남자노인보다 훨씬 높은 발생빈도를 보이고, 고도치매 여자노인의 경우 밤에 가족을 깨우는 것, 불결, 외출해서 길을 잃음이 매우 높은 빈도를 보이고, 공격, 배회, 화재위험, 가족과 늘 같이 있으려고 하는 등의 행동들이 자주 나타난다(이성희 1990 : 133~135).

家庭內 치매老人看護者는 이러한 행동들을 病的 產物로 받아들이지 못하고 끝없이 행동을 없애도록 강요하고 비난한다. 이러한 행동적 증상은 노인의 保護와 機能維持를 위해 끊임없는 감독을 필요로 하고, 이것은 다른 가족구성원과 노인과의 상호작용을 걱정하게 하여 노인과 다른 가족의 격리를 야기하고 다시 간호자부담은 상승된다. 가족들도 노인을 否定的으로 대하고 노인의 과행적 행동과 인지적 기능손상은 간호자부담에 직접적으로 영향을 주는 因子로서 否定的인 老人-看護者-家族關係를 형성한다(Poulshock & Deimling, 1985 : 236).

인지적 기능손상의 경우, 인지적 기능손상의 하나인 社會的 機能障礙로서 意思疏通 곤란문제가 중요한데, 東京調査(1980) 결과 전체 치매노인의

2/3에서 회화를 이해하는 데 장애가 있으며 이 중의 8.6%는 會話能力이 없으며, 고도치매의 경우는 전체의 24.2%가 회화의 이해가 안 되는 것으로 나타났다. 意思表示能力이 얼마나 있는가를 보면 전체 치매노인의 2/3정도가 意思表示가 불완전하며 이들 중의 1/2이 의사표시 능력이 거의 없거나 결핍되어 있다.

2) 日常生活機能

日常生活機能(ADI) 측면에서 보면 치매노인중 누워서 생활하는 경우 즉, 臥床狀態의 노인이 많은 것(20.7%)으로 나타났다. 일상생활 기능은 치매노인을 간호하는 데 많은 영향을 끼치는데, 그 내용으로는 식사, 의복의 착용, 移動, 목욕, 청력, 시력, 배설등을 들 수 있는데 치매노인의 1/4정도가 식사시 누군가의 도움을 필요로 하며, 高度치매인 경우에는 절반 정도의 노인이 도움을 필요로 한다. 의복의 착용시 전체 치매노인의 38.9%가 누군가의 도움을 필요로 하며, 高度치매인 경우에는 70% 정도의 노인이 도움을 필요로 한다. 移動面에서는, 이동하는데 곤란을 받고있는 노인은 45.5%가 되며, 高度치매의 경우는 2/3정도의 노인이 이동상 문제를 가지고 있다. 목욕할 때 46.5%의 노인이 다른 사람의 도움을 필요로 하며 高度치매인 경우 70%의 노인이 혼자서 목욕을 할 수 없다. 聽力의 경우는 치매노인의 60%정도가, 視力의 경우는 대부분의 노인이 장애를 나타냈는데 일상생활 기능(ADL)중 청력, 시력면에서의 장애가 가장 높았다. 排泄面에서는 전체의 절반정도의 노인에서 失禁이 나타났고 그 중 41%는 기저귀를 사용해야 할 정도의 심한 정도이며, 高度치매노인의 72.7%가 실금을 나타냈으며 그 중 50%가 기저귀를 사용했다. 그리고 남자노인이 여자노인보다 훨씬 더 실금이 많이 나타났다(이성희, 1991 : 123~126).

Zarit등(1980 : 652)은 노인기능손상 4영역중 日常生活 機能(ADL)영역을, 身體的 일상생활 기능(PADL)과 道具的 일상생활 기능(IADL)으로 나누었는데, 身體的 일상생활 기능에 의복착용, 식사, 목욕, 면도, 화장 및 배설이 포함되고, 道具的 일상생활 기능에는 식사준비, 청소, 전화사용, 물건구매, 쓰레기 버리기등의 간단한 일이 포함된다.

3) 疾病 保有狀態

東京調査(1980)에 따르면 치매노인중 약 87%가

질병이 있는 것으로 나타났는데 그 내용은 高血壓이 가장 많고 다음은 腦血管障礙의 후유증, 백내장, 관절·신경통으로 되어 있다. 남자의 경우는 뇌혈관장애, 고혈압의 순으로 여자의 경우는 고혈압, 백내장, 관절·신경통의 순으로 높았다.

치매노인의 神經症狀를 보면 언어장애, 편마비, 연하장애, 실어증, 지남력상실등의 순이었고 남자에게는 언어장애, 편마비가 많았다(이성희, 1990 : 49).

2. 家庭內 치매老人 看護者 負擔의 意義

1) 看護者 負擔의 概念

가정내 치매노인 看護者 負擔(caregiving burden)이란 치매노인 看護者가 치매노인을 간호함으로써 해서 그들의 정서적, 신체적 건강, 사회적 생활 및 경제적 상태를 얼마나 고통스럽게 인식하는가 하는 정도이며, 主觀的 負擔(subjective burden)이라고 정의되어진다(zarit 등, 1986 : 260~261).

간호자부담의 概念 정의의 특징은 간호자부담과 관련된 요소들을, 경험적으로 간호자들이 느끼는 주관적인 감정이나 일화들을 중심으로 要因分析을 통해 결정되었고, 일부 학자는 간호자부담을 간호로 인해 느끼는 주관적 감정으로 정의한다. 다른 학자들은 간호자부담을 客觀的 負擔(objective burden)과 主觀的 負擔(subjective burden)으로 나누는데, 객관적 부담이란 간호자의 개인생활 및 집단, 가정에 있어서의 否定的 變化정도를 의미하며 주관적 부담이란 간호경험에 대한 태도나 感情的 反應을 의미한다(Thompson & Doll). 일부 학자는 객관적 부담이라는 용어대신, 부담의 개념이 간호에 대한 주관적 지각과 반응이란 관점에서 간호의 영향(caregiving impact)이란 용어를 사용했다(Poulshock & Deimling, 1984 : 230).

2) 看護者 負擔의 理論的 現況

치매노인은 그들의 日常生活機能(ADL)의 점진적 상실과 기억력을 비롯한 지적능력의 저하, 인격의 변화등으로 인해 간호자에게 대단한 부담을 준다.

노인기능 손상정도와 간호자부담과의 관계를 보면 Clark와 Rakowski는 치매 노인간호의 課業(task)을 45가지 내용으로 분류하면서 노인의 장

예정도의 증가가 간호자의 부담을 높인다고 했다. 그러나 다른 연구에서는, 흔히 부담이 가벼울 것이라고 사람들이 생각하는 經度의 치매노인 간호자 부담의 심각성을 주장했다(Bowers, 1987 : 20~22). Zarit(1986)도, 치매노인 기능손상정도가 아니라 간호자가 그것을 主觀的으로 어떻게 느끼느냐가 간호자 부담정도를 결정한다고 했다.

대개의 경우 노인의 질병이나 불구는 가족에게 스트레스를 덜 주게되는 데(Autier, 1984), 박계범(1982)은 그 이유를, 원래 노인의 家庭內 役割이 질병이나 불구 때문에 상실되거나 대체되는 역할이 아니기 때문이라고 했다(최영희, 1989 : 18). 이것은 노인의 질병이 否定的 노인-가족관계를 형성하지는 않는다는 의미인데, 그러나 치매노인의 경우는, 치매의 疾病特性인 跋行的 해동이나 認知的 기능의 손상으로 인해 간호자 부담이 높아지고 다음에 否定的 노인-간호자-가족관계를 형성하게 된다.

치매노인 간호자의 性別 분포를 살펴보면, 간호는 전통적으로 여성의 책임으로 여겨져 왔으며 아내와 딸들이 주로 맡았다. 즉, 여성간호자가 남성간호자보다 훨씬 많다(Brody, 1985 : 21; Zarit 등, 1986 : 260; Stone, 1987 : 617). 配偶者가 간호능력이 있을 때는 대개 그 배우자가 간호자가 되며(Horowitz, 1985), 이 경우 남편과 아내의 性比率는 자녀까지 포함했을 경우의 성비율 보다 줄어든다(Stone, 1987 : 619). 남성과 여성에 의해 경험되어지는 상이한 생활경험과 사회화 유형으로 인해 서로 相異하게 반응한다고 알려졌다(Pruchno & Resch, 1989 : 159). 나이 많은 여성은 그들이 나이를 먹어 감에 따라 좀 더 物質的이고 獨斷的이 되는 반면, 남성은 좀 더 감정이 풍부하고 養育的이 된다(Gutmann, 1987). 특히 자녀 양육의 책무로부터 막 벗어난 中年女性의 경우, 부모의 무능력과 그들 자신의 생활을 좀더 적극적으로 조절하려는 결정간에 충돌이 일어나게 된다(Brody, 1985 : 24~25). 또한 그들의 人生後期를 좀더 개인적인 成長의 時期로 보고 있는 나이 많은 여성들은 그들의 남편의 간호자가 되는 것을 원망하게 된다(Zarit 등, 1980 : 649~650).

일부 학자들은 간호요구들이, 適應的 “母性傾向”

의 여성들에게서 보다 生涯 後期의 남성들의 욕구에 좀 더 일치하며(Gutmann, 1987), 간호를 여성의 養育的 役割의 연장으로 보지 않고, 看護가 다른 사람을 責任진다는 中心的 觀點에서 가정이나 직장에서의 權威的 人物로서의 男性的 傳統的 役割의 연장이라고 보아서, 남성에 있어서는 인지적 기능이 손상된 아내의 依存度는 程度의 變化이지 역할의 質的 變化는 아니라고 주장했다(Miller, 1987). 즉, 남성은 役割逆轉(role reverse)의 차이를 덜 느끼게 되고 여성보다 부담을 덜 느끼게 된다. 이와 관련하여 간호자들의 性的 相異性을 연구한 학자들(Cantor, 1983; Horowitz, 1985; Poulshock, 1982)은 우울의 형태로 나타나는 부담을 여성이 남성보다 더 많이 경험한다고 보고했고, 社會的 활동제한의 부담도 여성이 더 높다고 했다. 그러나 이러한 看護者 부담과 性的 相異性에 관한 연구결과들은 일관성이 좀 부족하다. Zarit 등(1986)의 縱的研究에 의하면 첫 연구(1980)에서는 아내가 남편보다 더 부담을 느낀다고 했으나 2년후에는 차이가 없었다. Fitting 등(1986)의 Zarit식 부담척도를 사용한 결과에서도 남편과 아내의 차이가 없었다. 그러나 비교적 젊은 아내와 비교적 나이 많은 남편에 있어서는 간호자 부담 점수는 배우자 손상정도가 커짐에 따라 증가되었다(Poulshock & Deimling, 1989 : 160).

치매노인과 간호자의 관계를 고려하면, 간호자가 配偶者인 경우 정신적, 신체적, 사회적 건강의 위험을 가장 많이 받는다고 했으며 그 이유로서 치매노인과 同年輩로서 나이가 매우 많고 그들 자신의 질병이 있으며 간호자가 치매노인의 배우자라는 緊密한 關係가 간호자로 하여금 더욱 스트레스를 받고, 긴장을 느끼게하는 主要因이라고 했다(Crossman, 1981 : 465; Cantor, 1983). 또한 배우자들이 느끼는 心理的 문제로서 고독, 우울, 죄의식, 미래에 대한 원망, 두려움, 배우자가 正常이었을 때를 그리워 함등이 나타났다(Barusch, 1988 : 682 ~ 683).

간호자가 노인의 女子인 경우에는, 役割逆轉(role reverse)의 부담을 더욱 크게 느끼게 되며(Scharlach, 1987 : 628~631), 또한 많은 경우 집 밖에서 직장을 갖고 있으며 또한 자신들의 자녀들이 있음으로 해서 간호자 자신의 역할과 부담이

크으며, 노인의 간호를 위해 직장을 그만두거나, 근무시간을 줄여야 했다(Stone & Sangl, 1987 : 620; Brody, 1986 : 380). 韓國의 경우에는 통계치는 없으나 대부분의 경우 큰 며느리가 노인 간호를 담당하고 있고, 치매노인이 여자인 경우, 배우자가 있어도 큰 며느리가 대부분 노인간호를 담당해 왔다. 그러나 核家族化에 따라 자녀들이 분가하여 살게됨으로 해서 노인夫婦 世帯가 늘어 남에 따라 남편이 치매인 아내를 간호하는 경우도 늘고 있다. 傳統的 간호자 選定 規範과 간호자 부담의 관계를 연구한 결과(최해경, 1991 : 191)에 따르면, 큰 며느리나 노인의 아내가 간호자인 경우 가족으로부터 버려진 느낌이나 울가미를 쓴 느낌을 덜 받는다고 했다. 美國의 경우에는, 딸이 주된 간호자로서 부모가 늙어 더 이상 스스로 생활해 나갈 수 없게 되면 부모와 같이 살게 된다(Brody, 1985 : 21).

치매노인 간호자는 이러한 부담으로 인해 신체적 건강의 악화, 분노, 우울등의 정서적 변화가 나타날 수 있는데, 간호자의 나쁜 건강상태는 낮은 상호관계의 질과 함께 우울과 간호부담의 정도를 높인다(Pruchno & Resch, 1985 : 162; Chenoweth & Spencer, 1986; Poulshock & Deimling, 1984 : 231). 또한 많은 경우에 환자간호로부터 빠져나올 수 없어 휴식시간을 가질 수 없고, 수면부족과 우울을 호소했을 때(Gmeiner, 1986; 동경조사, 1980), 간호자들이 노인간호에 매달리게 되면 社會的 孤立, 가족관계의 긴장, 역할역전의 스트레스, 가정기능의 파괴 등이 나타난다(Bowers, 1987 : 22~23). 즉 가족은, 생활양식, 사생활, 사회생활, 휴가, 장래 계획, 수입, 다른 가족에게 가야 할 시간의 轉用, 건강문제의 야기등 여러 면에서 영향을 받게 된다(Brody, 1985 : 22). 가족의 平衡(family homeostasis)이 깨어지면, 가족간의 葛藤이 자극받고, 남편과 아내 사이에, 成人 동기간에, 世代간에 부정적 영향을 끼치게 된다.

노인에게 치매가 시작되고, 죽음까지 이르는 기간이 평균 8.1년인(Brennen 등, 1991 : 15), 오랜 치매期間은 간호자의 시간과 자유를 제약하게 된다. 치매노인 간호 소요기간에 관한 연구에 따르면, 44%의 간호자가 1~4년간, 20% 이상의 간호자가 5년 이상의 간호기간을 소요했고, 80%의 간호자가

1주 7일간 하루평균 4시간씩 노인을 간호하는 데 소요하는 것으로 나타났다(Stone 등, 1987: 620). 그러나 Zarit 등(1980: 652)은 치매기간과 간호부담은 관계가 없다고 했다.

간호자의 배우자(Sussman, 1979), 동기간(Horowitz, 1982), 다른 친척들(Zarit 등, 1980)의 情緒的, 社會的 支持는 간호자부담을 완화시킨다(Brody, 1985: 22). 社會的 支持란, 애정, 긍정, 도움의 요소중 하나 또는 그 이상을 포함한 대인관계적인 상호작용으로 정의되어진다(Kahn & Antonucci, 1981). 애정은 좋아함, 동정, 존경의 표현이고, 긍정은 어떤 행동이나 진술에 대한 동의 또는 깨달음을 표현하는 것, 도움은 물건, 돈, 정보, 시간등을 포함한 직접적인 도움을 제공하는 相互作用을 하며, 그 기본적 의미는 사회적 욕구를 충족시키기 위해 관심, 사랑, 인정, 용납, 이해, 도움등을 받고자 하는 것으로 볼 수 있다. 社會的 支持를 제공하는 支持網의 근원은 광범위 하지만, 배우자, 가족, 친구, 이웃, 동료직원 및 전문직을 가진 전문가를 공통적으로 지적하고 있다(Norbeck, 1981: 264~265). 타인과 사회적 관계를 맺는데 있어서 개인이 지닌 주요 정서적 애착이 관계하게 되는데 사회적 지지망의 결여는 신경증의 증상이 나타날 수 있다고 했다.

社會的 支持와 간호자負擔과의 관계에 관한 연구에 의하면, 인지된 간호부담과 사회적 지지가 負的 相關關係가 있으며 간호부담과 養老院 入院과는 正的 相關關係가 있다고 보고되었다(Zarit 등, 1980: 653~654). 남편과 아내간호자의 정신적 건강을 비교하는 연구에서 여성은 좀더 속을 털어놓을 막역한 친구를 필요로 하고 남성은 치매노인의 신체적 간호, 요리, 세탁등의 집안일에 他人의 助力를 필요로 한다고 했다(Pruchno & Resch, 1989; Zarit 등, 1986: 653).

노인의 감사표현, 재정적 보상, 노인-간호자 관계의 개선등, 간호에 대한 補償이 간호부담을 완화시킨다는 연구도 있다(Hirl, 1989). 치매노인간호자의 社會的 支持要求 內容에 관한 조사(Norbeck, 1991: 265)에 의하면, 빈도가 높은 요구내용의 순서에 따라, 첫째 가용자원, 단기간 휴식, 가사 조력 등의 수단적 지지, 둘째 질병에 대한 지식, 문제 행동조정, 분노 극복등의 정보적 지지, 셋째 경청,

하소연등의 환류적 지지, 네째 수용, 헌신, 사랑등의 정서적 측면의 사회적 지지요구를 나타냈다.

Tolsdorf는 개인의 스트레스를 克服하는 技術의 하나로 社會的 支持網의 動員을 들었는데, 사회적 지지망을 유지, 동원하기 위해서는 社會的 技術(social skill)이 중요하다. Robinson(1988: 60~70)은 치매노인 간호자를 대상으로 사회적 기술훈련 프로그램을 실시하여 그들의 자존심 증가의 결과를 보고했다.

III. 研究方法

1. 研究 對象 및 資料 蒐集

研究對象(sample)은 서울 所在 1個 老人綜合福社館의 치매노인가족 모임에 등록하고, 참여하는 치매노인간호자를 조사대상으로 했는데, 그 이유는 치매노인의 특성이, 서울이나 지방이나 유사하며, 치매와 관련된 여러 연구결과를 살펴볼 때, 치매노인과 관련된 간호자 부담 문제는 어느 곳에서나 발생하며 그 내용도 별 차이가 없기 때문이다.

우리나라의 儒敎의 사고방식으로 인해 노인들 모시는 가족들이 외부인들에게 자신의 어려움을 말하려 하지 않기 때문에, 자발적으로 치매노인 가족모임에 참여하여 솔직하게 조사에 응해줄 前述한 23명만을 대상으로 하였다.

노인과 간호자의 관계를 보면 며느리 9명, 딸 7명, 배우자 4명(남편 2명, 아내 2명), 아들 3명이다. 치매노인의 性別은 남자 5명, 여자 18명이었다.

資料蒐集 期間은 1992년 4월 29일부터 1992년 6월 17일까지였으며, 자료수집 方法은 23명의 연구대상자 중, 5명은 質問紙 직접조사와 直接面接을 통하여, 11명은 질문지 직접조사와 電話로, 나머지 7명은 질문지 郵送과 電話로 본 연구자가 직접 실시 하였다.

직접면접시에는 조사 대상자들의 솔직한 답변을 얻기 위해 질문지 내용과 직접적 연관은 없더라도 그들의 고충을 들었으며, 이를 통해 질문지 내용을 좀 더 심도있게 파악하고 보완할 수 있었다. 전화 조사는 질문지 조사 내용을 분석해 나가는 도중, 질문지조사와 직접면접으로도 미진했던 부분을 전

화로 보완했고, 특히 질문지를 우송한 경우에는 전화 조사시간이 각 대상자마다 20분~30분정도 소요되었다.

2. 研究變數의 測定

본 연구의 研究變數의 측정은, 제2장의 문헌분석에 의해 간호자 부담의 중요 影響要因으로 간주된, 노인의 성별, 연령, 치매기간, 건강상태, 간호자의 성별, 연령, 건강상태, 생활정도 그리고 간호자가 받는 사회적 지지와 보상등의 제 변수들과, 본 연구자가 Zarit(1986)의 노인기능 손상과 간호자 부담 측정 도구를 이용, 보완한 내용을 포함한 질문지를 사용하였다.

質問紙는 총 80문항으로, 간호자 부담에 관한 22문항, 노인기능손상에 관한 27문항, 사회적 지지 및 보상에 관한 11문항, 조사대상자의 일반적 특성에 관한 19문항과 간호자들이 願하는 복지서비스에 관한 1문항으로 구성되었다.

1) 老人機能 損傷

노인의 機能損傷領域을, 인지적 기능영역 8문항, 파행적 행동영역 8문항, 신체적 일상생활기능 영역 6문항, 도구적 일상생활기능 영역 5문항으로 이루어진 총 27문항의 4단계 척도를 사용하여 각 문항마다 전혀 안 그렇다=0, 가끔 그렇다=1, 자주 그렇다=2, 늘 그렇다=3의 점수를 주었고, 각 항목의 점수는 0~3 사이이며, 영역별 노인기능손상 점수는 각 영역의 모든 항목에서의 응답 점수를 합제한 것으로, 인지적 기능손상 영역의 점수는 0~24 사이, 파행적 행동영역의 점수는 0~24 사이, 신체적 일상생활 기능손상 영역의 점수는 0~15 사이, 도구적 일상생활 기능 손상 영역의 점수는 0~18 사이이다.

총체적 노인기능손상 점수는 전체 27개 항목의 응답 점수를 합제한 것으로 가능한 점수는 0~81 사이이다. 점수가 높을 수록 노인 기능손상의 정도와 빈도가 높은 것으로 평가한다.

2) 看護者 負擔

간호자 負擔 領域을, 일과에 대한 영향 4문항, 건강에 대한 영향 10문항, 노인-간호자-가족관계 2문항, 사회적 활동에 관한 영향 5문항, 노인간호로 인한 경제적 부담 1문항으로 이루어진 총 22문

항으로 구성된 4단계 척도를 이용하여, 그렇지 않다=0, 가끔 그렇다=1, 자주 그렇다=2, 거의 항상 그렇다=3의 점수를 주었고, 각 항목의 점수는 0~3 사이이며, 영역별 간호자부담점수는 각 영역의 모든 항목에서 응답 점수를 합제한 것으로, 일과에 대한 영향영역의 점수는 0~12 사이이며, 건강에 대한 영향영역의 점수는 0~30 사이, 노인-간호자-가족관계에 대한 영향영역의 점수는 0~6 사이, 사회적 활동에 대한 영향영역의 점수는 0~15 사이 그리고 노인간호로 인한 경제적 부담영역의 점수는 0~3 사이이다. 점수가 높을수록 간호자 부담 정도가 높은 것으로 평가한다.

3) 기타 重要 變數들

노인간호자가 받는 社會的 支持의 내용은, 가족·친지의 방문빈도, 신체적 간호의 私的 도움 유무, 친척·친지의 私的 財政的 원조 유무, 간병인 등의 有料도움 유무, 병원·복지관·양로원등의 公的 서비스이용여부, 간호자의 사회적 지지에 대한 느낌등이다. 가족·친지의 방문빈도는 아주 드물거나 전혀 없다=1, 한달에 1번정도=2, 일주일에 1번정도=3, 매일=4의 4점 척도로, 신체적 간호의 사적 도움 유무, 사적 재정적 원조 유무, 유료 도움 유무 및 공적 서비스 이용여부는, 예=1, 아니오=2로, 간호자의 사회적 지지에 대한 느낌은 전혀 도움이 되지 않았다=1, 약간 도움이 되었다=2, 보통 도움이 되었다=3, 매우 도움이 되었다=4로 측정되었다.

補償의 내용은 간호자와 노인 상호관계의 질적 변화, 사회적 칭찬, 노인의 감사표현 여부등이며, 간호자와 노인 상호관계의 질적변화는, 매우 악화되었다=1, 약간 악화되었다=2, 변화 없이 그대로이다=3, 약간 좋아졌다=4, 아주 좋아졌다=5의 5점 척도로, 사회적 칭찬은 전혀없거나 아주 드물다=1, 가끔=2, 자주=3, 늘=4의 4점 척도로 측정되었고, 노인의 감사표현 여부는 늘 감사표현을 한다=1, 가끔 표현하지 않는다=2, 자주 표현하지 않는다=3, 늘 표현하지 않는다=4의 4점 척도로 측정되었다. 간호자의 생활정도는 매우 가난하다=1, 가난한 편이다=2, 보통으로 사는 편이다=3, 여유있게 사는 편이다=4, 매우 풍족하게 사는 편이다=5의 5점 척도로 측정되었다.

3. 資料 分析 方法

노인과 간호자의 一般의 特性은 平均(M), 標準 偏差(SD) 및 百分率(%)로, 노인손상 정도와 간호자 부담 정도는 平均(M)과 標準편차(SD)로 측정하였고, 노인기능 손상과 간호자 부담과의 관계 분석 및 간호자 부담과 다른 중요 獨立變數들과의 관계 분석은 피어슨 상관계수(Pearson correlation coefficient)로 檢定하였다.

IV. 調查結果

1. 研究 對象者의 一般의 特性

노인간호자의 平均年齡은 51.5세이며, 연령범위는 29세부터 69세사이였다. 남성간호자(아들, 남편)의 경우 60~69세군이 80.0%를 차지했고, 여성간호자(며느리, 딸, 아내)의 경우, 40~49세 38.9%, 50~59세 33.3%로 전체 여성간호자의 72.3%가 40대~50대 여성이었다. 性別분포는 남성이 21.7%, 여성이 78.3%로 여성이 2/3이상이었다.

노인과 간호자의 關係를 보면 며느리 39.2%, 딸 30.4%, 배우자 17.4%(아내 8.7%, 남편 8.7%), 아들 13.0%로서 며느리의 비율이 제일 높았다. 結婚狀態는 23명 모두 기혼이었으며 대상자의 65.3%가 주부였고 34.7%가 직업을 가졌다. 기독교 신자가 52.2%, 천주교 신자가 26.1%, 불교 신자가 8.7%로 전체의 87%가 종교를 가졌으며, 教育程度는 대졸 43.5%, 전문대졸 8.7%, 고졸 30.5%, 중졸 4.3%, 국졸 13.0%로, 전체의 52.2%가 전문대 이상의 높은 학력을 가졌다. 간호자의 平均 자녀수는 3명이었다. 간호자의 生活程度는 보통이다 87.0%, 여유있게 산다 13.0%, 간호자의 健康狀態는 좋다 78.3%, 나쁘다 21.7%였고, 남자의 경우는 100% 모두 좋다고였고, 여자의 경우는 좋다 72.2%, 나쁘다 21.7%로 여자간호자에게 건강문제가 비교적 더 많은 것을 볼 수 있었다. 간호자의 疾病 및 身體的 障礙 보유상태를 보면, 1가지 이상의 질병이나 장애를 보유하고 있는 경우가 전체의 78.2%로 나타났으며, 그 내용을 살펴보면, 히스테리 30.4%, 관절·신경통 26.1%, 우울, 불면, 사고의 혼란이 모두 각각 21.7%였다.

간호자가 간호부담으로 갖는 스트레스에 대한 對處方案은, 전체 조사대상자가 1가지 이상의 방안을 가지고 있었고, 그 내용을 보면 가족·친구에게 하소연한다 60.9%, 외출한다, 욕하거나 짜증낸다 각각 30.4%, 치매노인간호자 모임이나 상담전화 이용 26.1% 등의 순서로 나타났다. 남자의 경우는, 전문의와 상담한다가 80.0%로 가장 높았고, 여자의 경우는 가족, 친구에게 하소연한다가 73.7%로 가장 높았다.

치매노인의 平均年齡은 77.7세이며, 연령분포를 보면, 60~69세 21.7%, 70~79세 43.5%, 80~89세 30.4%, 90~99세 4.4%였고, 남녀별로 보면, 남자의 경우 70~79세 40.0%로 가장 높고, 여자의 경우는 60~69세 22.2%, 70~79세 44.4%, 80~89세 33.3로 나타났다. 노인의 性別분포는 남자 21.7%, 여자 78.3%였으며, 치매노인의 73.9%가 건강했고, 36.1%는 건강이 나빴다. 노인의 배우자 관계를 보면 동거가 34.8%, 사별이 60.9%로 나타났다.

노인의 치매期間을 보면 1년미만 4.4%, 1년이상~2년미만 21.8%, 2년이상~5년미만 34.8%, 5년이상~10년미만 26.1%, 10년이상~20년미만 4.3%, 20년이상 8.7%로, 2년이상~5년미만이 제일 높았고, 치매기간이 20년이상인 경우 모두 여자노인이었다.

노인의 疾病 및 身體的 障礙보유는 1가지이상 가지고 있는 경우가 전체의 82.6%였고, 남자노인의 경우 100.0%, 여자노인의 경우는 77.8%였다. 그 내용을 보면, 변비 26.1%, 언어장애 21.7%, 치아장애 17.4%, 청각장애 13.0%, 빈혈 13.0%로 나타났고, 남자노인의 경우에는 청각장애가 60.0%로, 여자노인의 경우에는 변비와 치아장애가 각각 22.2%로 가장 높게 나타났다.

노인의 身體看護時, 私의도움이 있다 39.1%, 없다 60.9%였고, 재정적 도움이 있다 34.8%, 없다 65.2%였고, 看病人같은 有料도움이 있다 26.1%, 없다 73.9%였다. 치매노인으로부터의 財政的 補償이 전혀 없다 87.0%, 조금 부담 4.3%, 많이 부담 8.7%였는데, 여자노인의 경우 73.9%가 전혀 없다. 남자노인의 경우 전혀 없다가 60.0%로 나타나서 남자노인의 재정적 능력이 여자노인보다 높음을 보여주고 있다.(표 1,2참조)

〈표 1〉 일반적사항

| 변 | 수 | 수 | % | 변 | 수 | 수 | % | |
|---------------------|---------|-------|-------|---------------|------------|---------|-------|------|
| 간호자성별 | 남 | 5 | 20.7 | 간호자 수입 | 31만원~40만원 | 2 | 8.7 | |
| | 여 | 18 | 78.3 | | 41만원~50만원 | 2 | 8.7 | |
| 간호자 결혼상태 | 미혼 | · | · | | 51만원~60만원 | 3 | 13.0 | |
| | 기혼 | 23 | 100.0 | | 61만원~70만원 | 1 | 4.4 | |
| 간호자와 노인과의 관 계 | 며느리 | 9 | 39.2 | | 71만원~80만원 | 2 | 8.7 | |
| | 딸 | 7 | 30.4 | | 81만원~90만원 | 1 | 4.4 | |
| | 배우자 | 4 | 17.4 | | 91만원~150만원 | 3 | 13.0 | |
| | 아들 | 3 | 13.0 | | | 150만원이상 | 9 | 39.1 |
| 간호자 종 교 | 없음 | 3 | 13.0 | | 신체간호시 | 있다 | 9 | 39.1 |
| | 불교 | 2 | 8.7 | | 사적 도움 | 없다 | 13 | 60.9 |
| | 천주교 | 6 | 26.1 | | 있다 | 8 | 34.8 | |
| | 기독교 | 12 | 52.2 | 재정적 도움 | 없다 | 15 | 65.2 | |
| | | | | 유료 도움 | 있다 | 6 | 26.1 | |
| 간호자 교육정도 | 국졸 | 3 | 13.0 | | 없다 | 17 | 73.9 | |
| | 중졸 | 1 | 4.3 | 공적 서비스 이 용 | 예 | 23 | 100.0 | |
| | 고졸 | 7 | 30.5 | | 아니오 | 0 | 0 | |
| | 전문대졸 | 2 | 8.7 | 노인의 성별 | 남 | 5 | 21.7 | |
| | 대졸 | 10 | 43.5 | | 여 | 18 | 78.3 | |
| 간호자 직업 | 주부 | 15 | 65.3 | 노인의 건강상태 | 좋다 | 17 | 73.9 | |
| | 판매직 | 1 | 4.3 | | 나쁘다 | 6 | 36.1 | |
| | 사무직 | 1 | 4.3 | 노인의 배우자 관계 | 동거 | 8 | 34.8 | |
| | 행정관리직 | 1 | 4.3 | | 사별 | 14 | 60.9 | |
| | 전문직 | 4 | 17.5 | 노인의평균치매기간 | | 5.43년 | | |
| | 없음 | 1 | 4.3 | | 노인평균연령 | 77.7세 | | |
| 간호자 생활정도 | 보통이다 | 20 | 87.0 | | | | | |
| | 여유있게 산다 | 3 | 13.0 | | | | | |
| 간호자 건강상태 | 좋다 | 18 | 78.3 | | | | | |
| | 나쁘다 | 5 | 21.7 | | | | | |
| 간호자평균연령 | | 51.5세 | | | | | | |
| 간호자평균자녀수 | | 3명 | | | | | | |

〈표 2〉 일반적 사항

| 변 | | 수 | 수 | 남(n=5) % | 수 | 여(n=18) % | 수 | 제(n=23) % |
|-------------|--------------------|----------------|------|-------------|------|--------------|------|--------------|
| 간 호 자 | 연령 | 29세 이하 | • | • | 2 | 11.1 | 2 | 8.7 |
| | | 30~39세 | • | • | 1 | 5.6 | 1 | 4.3 |
| | | 40~49세 | 1 | 20.0 | 7 | 38.9 | 8 | 34.0 |
| | | 50~59세 | • | • | 6 | 33.3 | 6 | 26.1 |
| | | 60~69세 | 4 | 80.0 | 2 | 11.1 | 6 | 26.1 |
| | 질병 및 신체적장애 | 1가지 이상보유 | 3 | 60.0 | 15 | 83.3 | 18 | 78.2 |
| | | 우울 | 1 | 20.0 | 4 | 22.2 | 5 | 21.7 |
| | | 히스테리 | 1 | 20.0 | 6 | 33.3 | 7 | 30.4 |
| | | 관절신경통 | 1 | 20.0 | 5 | 27.8 | 6 | 26.1 |
| | | 불면 | • | • | 5 | 27.8 | 5 | 21.7 |
| | | 두통 | • | • | 3 | 16.7 | 3 | 13.0 |
| | | 사고의 혼란 | • | • | 5 | 27.8 | 5 | 21.7 |
| | | 소화불량 | • | • | 3 | 16.7 | 3 | 13.0 |
| | 간호부담으로 인한 스트레스해소방안 | 가족친구에게 하소연 | 1 | 20.0 | 13 | 73.7 | 14 | 60.9 |
| | | 음악이나 라디오를 듣는다 | • | • | 4 | 22.2 | 4 | 17.4 |
| | | 외출 | • | • | 7 | 38.9 | 7 | 30.4 |
| | | 욕하거나 짜증을 낸다 | • | • | 7 | 38.9 | 7 | 30.4 |
| | | 노인에게 소홀히 한다 | • | • | 4 | 22.2 | 4 | 17.4 |
| | | 치매노인모임, 상담전화이용 | • | • | 6 | 33.3 | 6 | 26.1 |
| | 전문과의 상담 | 4 | 80.0 | 1 | 5.6 | 5 | 21.7 | |
| | 기도 | 1 | 20.0 | 3 | 16.7 | 4 | 17.4 | |
| 노 인 | 연령 | 60~69세 | 1 | 20.0 | 4 | 22.2 | 5 | 21.7 |
| | | 70~79세 | 2 | 40.0 | 8 | 44.4 | 10 | 43.5 |
| | | 80~89세 | 1 | 20.0 | 6 | 33.3 | 7 | 30.4 |
| | | 90~99세 | 1 | 20.0 | • | • | 1 | 4.4 |
| | 재정적 보상 | 전혀없다 | 3 | 60.0 | 17 | 73.9 | 20 | 87.0 |
| | | 조금부담 | 1 | 20.0 | • | • | 1 | 4.3 |
| | | 많이부담 | 1 | 20.0 | 1 | 26.1 | 2 | 8.7 |
| | 노인질병보유 및 신체적장애 | 1가지 이상 | 5 | 100.0 | 14 | 73.9 | 19 | 82.6 |
| | | 변비 | 2 | 40.0 | 4 | 22.2 | 6 | 26.1 |
| | | 치아장애 | • | • | 4 | 22.2 | 4 | 17.4 |
| | | 언어장애 | 2 | 40.0 | 3 | 16.7 | 5 | 21.7 |
| | | 백내장 | 1 | 20.0 | 1 | 5.6 | 2 | 8.7 |
| | | 청각장애 | 3 | 60.0 | • | • | 3 | 13.0 |
| | | 비뇨기 질환 | • | • | 2 | 11.1 | 2 | 8.7 |
| | | 호흡기 질환 | • | • | 2 | 11.1 | 2 | 8.7 |
| | | 빈혈 | • | • | 3 | 16.7 | 3 | 13.0 |
| | | 신경통 | 1 | 20.0 | 2 | 11.1 | 3 | 13.0 |
| | | 고혈압 | 2 | 40.0 | 1 | 5.7 | 3 | 13.0 |
| | | 당뇨병 | 1 | 20.0 | 2 | 11.1 | 3 | 13.0 |
| 치매기간 | 1년미만 | 1 | 20.0 | • | • | 1 | 4.4 | |
| | 1년이상~2년미만 | • | • | 5 | 27.8 | 5 | 21.8 | |
| | 2년이상~5년미만 | 3 | 60.0 | 5 | 27.8 | 8 | 34.8 | |
| | 5년이상~10년미만 | 1 | 20.0 | 5 | 27.8 | 6 | 26.1 | |
| | 10년이상~20년미만 | • | • | 1 | 5.6 | 1 | 4.3 | |
| | 20년이상 | • | • | 2 | 11.1 | 2 | 8.7 | |

2. 老人 機能損傷과 看護者 負擔의 關係

노인의 機能損傷 정도는 모든 노인이 1가지 이상의 기능손상이 있었고, 노인 기능 손상의 全體 평균점수는 43.13이었다(가능한 점수는 0~81). 노인 기능손상의 領域別 평균점수를 보면, 도구적 일상생활기능 12.57, 인지적 기능 12.0, 신체적 일상생활기능 8.48, 파행적 행동 10.09로서 도구적 일상생활기능의 손상이 제일 컸다. 認知的 기능손상 영역을 각 問項別로 평균점수를 보면, 혼자 돌아다니거나 길을 잃는다 1.09, 같은 질문을 반복한다 1.39, 물건을 숨긴다 1.09, 의심하고 비난한다 1.30, 물건을 잃어버리거나 아무데나 둔다 1.52, 친지를 몰라본다 1.61, 며칠인지 무슨 요일인지 모른다 2.22, 어떤 일이든지 끝내지 못한다 1.87, 跋行的 行動영역을 각 問項別로 평균점수를 보면, 물건을 부순다 0.83, 나를 당황스럽게 하는 일들을 한다 1.30, 밤에 깨어난다 1.78, 계속적으로 안절부절한다 1.70, 계속적으로 이야기한다 1.52, 자신에게 위험한 행동들을 한다 0.65, 과거 일을 되새긴다 1.09, 실제 아닌 것을 보고 듣는다 1.22, 身體的 日常生活機能을 각 문항별로 평균점수를 보면, 스스로 옷을 입지 못한다 1.65, 스스로 식사하지 못한다 1.43, 스스로 목욕하지 못한다. 2.09, 스스로 면도하거나 화장하지 못한다 1.57, 대소변을 조절하지 못한다 1.7, 道具的 일상생활 기능을 각 문항별로 평균점수를 보면, 식사준비를 못한다 1.83, 청소를 하지 못한다 1.87, 전화를 사용하지 못한다 2.39, 돈관리를 하지 못한다 2.22, 물건을 혼자 사지 못한다 2.17, 간단한 일도 혼자 하지 못한다 2.09였다.

노인 機能損傷 정도를 男女別로 보면, 남자의 전체 평균점수는 44.80, 여자는 42.67로 남녀간에 별 차이가 없었다. 領域別 기능손상정도를 남녀별로 보면, 인지적 기능 영역은 남자 12.60, 여자 12.83로 별 차이가 없었고, 파행적 행동 영역은 남자 8.60, 여자 10.50으로 여자가 파행적 행동빈도가 더 높았다. 신체적 일상생활기능은, 남자 10.80, 여자 7.83으로 남자가 여자보다 신체적 일상생활 저하가 더 높았다. 도구적 일상생활 기능은, 남자 12.80, 여자 12.50으로 남녀간에 차이가 별로 없었다.

問項別 노인기능손상을 男女別로 보면, 인지적 기능영역에서는, 남자는, 같은 질문을 반복한다 2.20, 며칠인지 무슨 요일인지 모른다 2.40으로 비교적 높게 나타났고, 여자는, 며칠인지 무슨 요일인지 모른다 2.17, 어떤 일이든지 끝내지 못한다 1.94로 비교적 높게 나타났다. 파행적 행동영역에서는 남자는, 밤에 깨어난다 1.60, 계속적으로 이야기한다 1.40이었고, 여자는, 밤에 깨어난다 1.83, 계속적으로 안절부절한다 1.78, 계속적으로 이야기한다 1.56, 실제 아닌 것을 보고 듣는다 1.33, 나를 당황스럽게 하는 일을 한다 1.33으로 나타났다. 신체적 일상생활기능 영역은, 남자는, 스스로 목욕하지 못한다 2.80, 스스로 옷을 입지 못한다 2.20, 스스로 면도하거나 화장하지 못한다 2.20, 대소변을 조절하지 못한다 2.0, 스스로 식사하지 못한다 1.60이었고, 여자는, 스스로 목욕하지 못한다 1.89, 대소변을 조절하지 못한다 1.67, 스스로 옷을 입지 못한다 1.50, 스스로 식사하지 못한다 1.39, 스스로 면도하거나 화장하지 못한다 1.39로서, 남자가 순항목에서 여자보다 신체적 일상생활기능의 저하를 보였다. 도구적 일상생활기능 영역은, 남자는, 전화를 사용하지 못한다 2.40, 돈 관리를 하지 못한다 2.40, 물건을 혼자 사지 못한다 2.40, 간단한 일도 혼자 하지 못한다 2.0, 청소를 하지 못한다 1.80으로, 全體 문항에서 도구적 일상생활 저하를 나타냈고, 여자의 경우는, 전화를 사용하지 못한다 2.39, 돈 관리를 하지 못한다 2.17, 물건을 혼자 사지 못한다 2.11, 간단한 일도 혼자 하지 못한다 2.11, 청소를 하지 못한다 1.89, 식사준비를 못한다 1.83으로 나타나서 여자도 역시 도구적 일상생활기능의 현저한 저하를 보였으며, 남녀별 차이는 거의 없었다. 영역별 노인기능손상을 비교해 보면, 남녀 모두 인지적 기능영역과 도구적 일상생활기능에서 현저한 기능저하를 보였다.(표 3 참조)

看護者 負擔 정도의 全體 평균점수는 24.28(가능한 점수 0~66)이고, 領域別 간호자 부담을 보면, 일과에 대한 영향 5.48, 건강에 대한 영향 10.45, 부정적-노인-간호자관계 1.95, 사회적 활동에 대한 영향 5.53, 경제적 부담 0.87로서 일과에 대한 영향영역의 부담이 가장 높았다.

〈표 3〉 노인 기능손상 정도

| 문항 | 전체 | | 남자 | | 여자 | | |
|-------------|-------------------------------------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|
| | 평균 (M) n=23 | 표준편차 (SD) | 평균 (M) n=5 | 표준편차 (SD) | 평균 (M) n=18 | 표준편차 (SD) | |
| 노인 | 1. 혼자 돌아다니거나 길을 잃는다 | 1.09 | 1.00 | 0.60 | 0.89 | 1.22 | 1.00 |
| | 2. 같은 질문을 반복한다 | 1.39 | 1.12 | 2.20 | 0.84 | 1.17 | 1.10 |
| | 3. 물건을 숨긴다 | 1.00 | 0.95 | 1.20 | 1.10 | 0.94 | 0.94 |
| | 4. 의심하고 비난한다 | 1.30 | 0.11 | 1.60 | 1.14 | 1.22 | 1.11 |
| | 5. 물건을 잃어버리거나 아무데나 둔다 | 1.52 | 1.12 | 1.60 | 1.14 | 1.50 | 1.15 |
| | 6. 친지를 몰라본다 | 1.61 | 1.27 | 1.40 | 1.14 | 1.67 | 1.33 |
| | 7. 며칠인지 무슨요일인지 모른다 | 2.22 | 1.09 | 2.40 | 0.89 | 2.17 | 1.15 |
| | 8. 어떤 일이든지 끝내지 못한다 | 1.87 | 1.29 | 1.60 | 1.52 | 1.94 | 1.26 |
| 인지적 기능 | | 12.0 | 4.05 | 12.6 | 3.21 | 11.83 | 4.31 |
| 의기능 | 9. 물건을 부순다 | 0.83 | 1.03 | 0.80 | 0.84 | 0.83 | 1.10 |
| | 10. 나를 당황스럽게 하는 일들을 한다 | 1.30 | 1.02 | 1.20 | 0.84 | 1.33 | 1.08 |
| | 11. 밤에 깨어난다 | 1.78 | 0.95 | 1.60 | 0.55 | 1.83 | 1.04 |
| | 12. 계속적으로 안절부절 한다 | 1.70 | 1.22 | 1.40 | 1.34 | 1.78 | 1.22 |
| | 13. 계속적으로 이야기 한다 | 1.52 | 1.31 | 1.40 | 1.34 | 1.56 | 1.34 |
| | 14. 자신에게 위험한 행동을 한다 | 0.65 | 0.98 | 0.40 | 0.89 | 0.72 | 1.02 |
| | 15. 과거일을 되새긴다 | 1.09 | 1.12 | 1.00 | 1.41 | 1.11 | 1.08 |
| | 16. 실제 아닌 것을 보고 듣는다 | 1.22 | 0.95 | 0.80 | 0.84 | 1.33 | 0.97 |
| 과행적 행동 | | 10.09 | 4.36 | 8.60 | 3.44 | 10.5 | 4.08 |
| 손상 | 17. 스스로 옷을 입지 못한다 | 1.65 | 1.40 | 2.20 | 1.30 | 1.50 | 1.42 |
| | 18. 스스로 식사하지 못한다 | 1.43 | 1.40 | 1.60 | 1.52 | 1.39 | 1.42 |
| | 19. 스스로 목욕하지 못한다 | 2.09 | 1.35 | 2.80 | 0.45 | 1.89 | 1.45 |
| | 20. 스스로 면도하거나 화장하지 못한다 | 1.57 | 1.41 | 2.20 | 1.30 | 1.39 | 1.42 |
| | 21. 대소변을 조절하지 못한다 | 1.7 | 1.42 | 2.00 | 1.41 | 1.67 | 1.46 |
| 신체적 일상생활 기능 | | 8.48 | 5.78 | 10.8 | 5.02 | 7.83 | 5.93 |
| 영역 | 22. 식사준비를 못한다 | 1.83 | 1.44 | 1.80 | 1.64 | 1.83 | 1.42 |
| | 23. 청소를 하지 못한다 | 1.87 | 1.46 | 1.80 | 1.64 | 1.89 | 1.45 |
| | 24. 전화를 사용하지 못한다 | 2.39 | 1.20 | 2.40 | 1.34 | 2.39 | 1.20 |
| | 25. 돈 관리를 하지 못한다 | 2.22 | 1.35 | 2.40 | 1.34 | 2.17 | 1.38 |
| | 26. 물건을 혼자 사지 못한다 | 2.17 | 1.34 | 2.40 | 1.34 | 2.11 | 1.37 |
| | 27. 간단한 일도 혼자하지 못한다 (예 : 쓰레기버리기) | 2.09 | 1.35 | 2.00 | 1.41 | 2.11 | 1.37 |
| | 도구적 일상생활 기능 | | 12.57 | 7.48 | 12.80 | 7.95 | 12.5 |
| 총 계 | | 43.13 | 16.78 | 44.8 | 12.52 | 42.67 | 18.07 |

〈표 4〉 간호자 부담 정도

| 문항 | | 전체 평균 (M) N=23 표준편차 (SD) | 남자 평균 (M) N=5 표준편차 (SD) | 여자 평균 (M) N=18 표준편차 (SD) | | | | |
|--|---|---|--|---|------|-------|-------|------|
| 간 호 자 부 담 영 역 | 1. 다른 친지들이 가능한데도 도와주지 않는 데 화가난다 | 0.74 | 1.10 | 0.20 | 0.45 | 0.89 | 0.45 | |
| | 2. 환자가 나에게 필요이상으로 많은것을 요구한다고 생각한다. | 0.91 | 1.31 | 0.20 | 0.45 | 1.11 | 1.41 | |
| | 3. 환자를 돌봄으로 해서 자신의 시간을 충분히 갖고있지 못하다고 생각한다 | 1.83 | 1.30 | 1.80 | 1.10 | 1.83 | 1.38 | |
| | 4. 환자가 의존적이다 | 2.10 | 1.09 | 1.40 | 0.89 | 2.17 | 1.10 | |
| | 일과에 대한 영향 | | 5.48 | 3.69 | 3.60 | 1.14 | 6.00 | 4.00 |
| | 5. 환자의 행동에 대해서 당황할 때가 있다 | 1.52 | 1.04 | 1.20 | 0.45 | 1.61 | 1.14 | |
| | 6. 환자에 대한 나의 태도에 죄의식을 느끼고 있다 | 1.00 | 0.74 | 0.89 | 0.45 | 1.06 | 0.8 | |
| | 7. 내가 환자에게 해줄 수 있는 혹은 해야하는 만큼의 책임을 못하고 있다고 생각한다 | 0.96 | 0.82 | 0.80 | 0.45 | 1.00 | 0.91 | |
| | 8. 환자에 대한 나의 태도에 화가난다 | 0.96 | 0.71 | 1.20 | 0.45 | 0.89 | 0.76 | |
| | 9. 과거에 환자에게 만족할 만큼 못해 주었다고 생각한다 | 0.83 | 0.89 | 1.40 | 0.89 | 0.67 | 0.84 | |
| | 10. 환자에 대한 나의 태도에 대해 신경성이거나 우울하다 | 0.96 | 0.77 | 0.80 | 0.45 | 1.00 | 0.84 | |
| | 11. 환자의 미래에 대해 두렵게 느낀다 | 1.09 | 0.95 | 0.80 | 0.84 | 1.17 | 0.99 | |
| | 12. 환자의 나이가 늘어나는 것을 보는 것이 고통스럽다 | 0.87 | 0.87 | 0.60 | 0.55 | 0.94 | 0.94 | |
| | 13. 나의 환자에 대한 태도로 긴장감을 느낀다 | 1.43 | 1.04 | 0.80 | 0.45 | 1.60 | 1.09 | |
| | 14. 환자를 돌보는 일때문에 건강이 악화되었다고 느낀다. | 0.83 | 0.94 | 0.60 | 0.55 | 0.89 | 1.02 | |
| | 건강에 대한 영향 | | 10.45 | 5.43 | 9.00 | 1.58 | 10.83 | 6.07 |
| | 15. 환자를 돌보는 일이 다른 가족, 친구와의 관계에 부정적 영향을 미친다 | 0.78 | 0.74 | 0.60 | 0.55 | 0.83 | 0.79 | |
| | 16. 다른 가족에 대한 책임과 환자에 대한 책임과의 사이에서 압박감을 느낀다 | 1.17 | 1.15 | 0.80 | 0.45 | 1.28 | 1.27 | |
| | 부정적 노인-간호자-가족관계 | | 1.95 | 1.55 | 1.40 | 0.89 | 2.11 | 1.68 |
| | 17. 환자를 돌보는 일때문에 개인생활을 갖고 싶은 만큼 갖지 못한다 | 1.52 | 0.95 | 1.40 | 0.55 | 1.56 | 1.04 | |
| | 18. 환자를 돌보는 일때문에 나의 사생활에 장애가 있다 | 0.96 | 0.88 | 1.00 | 1.00 | 0.94 | 0.87 | |
| | 19. 친지가 방문하면 편안하지 않다 | 0.83 | 1.03 | 0.60 | 0.55 | 0.89 | 1.13 | |
| 20. 환자가 나를 조정하는 것 같다 | 0.52 | 0.95 | 0.40 | 0.55 | 0.55 | 1.04 | | |
| 21. 환자가 내가 마치 그를 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다 | 1.70 | 1.18 | 2.40 | 0.89 | 1.50 | 1.20 | | |
| 사회적 활동에 대한 영향 | | 5.53 | 3.01 | 5.80 | 0.84 | 5.44 | 3.40 | |
| 22. 환자를 돌보는 데 드는 경비가 내 능력보다 과다하다고 생각한다 | 0.87 | 0.81 | 1.00 | 1.22 | 0.83 | 0.71 | | |
| 경제적 부담 | | 0.87 | 0.81 | 1.00 | 1.22 | 0.83 | 0.71 | |
| 총 계 | | 24.28 | 12.14 | 20.80 | | 25.21 | | |

日課에 대한 영향영역의 問項別 평균점수를 보면, 다른 친지들이 가능한데도 도와주지 않는데 화가난다 0.74, 환자가 나에게 필요이상으로 많은 것을 요구한다고 생각한다 0.91, 환자를 돌봄으로 해서 내 자신의 시간을 충분히 가지지 못한다고 생각한다. 1.83, 환자가 의존적이다 2.10이고, 健康에 대한 영향영역의 問項別 평균점수를 보면, 환자의 행동에 대해서 당황할 때가 있다 1.52, 환자에 대한 나의 태도에 죄의식을 느끼고 있다 1.00, 내가 환자에게 해줄 수 있는 혹은 해야 하는 만큼의 책임을 못하고 있다고 생각한다 0.96, 환자에 대한 나의 태도에 화가 난다 0.96, 과거에 환자에게 만족할 만큼 못해주었다고 생각한다 0.83, 환자에 대한 나의 태도에 대해 신경성이거나 우울하다 0.96, 환자의 미래에 대해 두렵게 느낀다 1.09, 환자의 나이가 늘어가는 것을 보는것이 고통스럽다 0.87, 나의 환자에 대한 태도로 긴장감을 느낀다 1.43, 환자를 돌보는 일때문에 건강이 악화되었다고 느낀다 0.83이고, 否定的 老人-看護者-家族關係 영역의 問項別 평균점수를 보면, 환자를 돌보는 일이 다른 가족, 친구와의 관계에 부정적 영향을 미친다 0.78, 다른 가족에 대한 책임과 환자에 대한 책임과의 사이에 압박감을 느낀다 1.17이고, 社會的 活動에 대한 영향영역의 問項別 평균점수를 보면, 환자를 돌보는 일때문에 나의 사생활에 장애가 있다 0.96, 친지가 방문하면 편안하지 않다 0.83, 환자가 나를 조정하는 것 같다 0.52, 환자가 내가 마치 그를 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다 1.70이고, 경제적 부담영역의 각 문항별 평균점수를 보면, 환자를 돌보는데 드는 경비가 내 능력보다 과다하다고 생각한다 0.87이었다.

領域別 간호자 부담을 男女別로 보면, 日課에 대한 영향영역은, 남자의 경우, 환자를 돌봄으로 해서 자신의 시간을 충분히 갖고 있지 못하다고 생각한다 1.80, 환자가 의존적이다 1.40, 여자의 경우는, 환자를 돌봄으로 해서 자신의 시간을 충분히 갖고 있지 못하다고 생각한다 1.83, 환자가 의존적이다 2.17로 남자보다 훨씬 높게 나타났다. 健康에 대한 영향영역은, 남자의 경우, 환자의 행동에 대해서 당황할 때가 있다 1.20, 환자에 대한 나의 태도에 화가 난다 1.20, 과거에 환자에게 만족할 만큼 못해주었다고 생각한다 1.40였고, 여자의 경우, 환자의 행동에 대해 당황할 때가 있다 1.61,

환자에 대한 나의 태도로 긴장감을 느낀다 1.60으로 나타났다. 否定的 노인-간호자-가족관계 영역은, 남자의 경우 환자를 돌보는 일이 다른 가족이나 친구와의 관계에 부정적 영향을 미친다 0.60, 다른 가족에 대한 책임과 환자에 대한 책임에서 압박감을 느낀다 0.80으로 낮게 나타났고, 여자의 경우, 환자를 돌보는 일이 다른 가족이나 친구와의 관계에 부정적 영향을 미친다 0.83, 다른 가족에 대한 책임과 환자에 대한 책임과의 사이에서 압박감을 느낀다 1.28로 남자보다는 비교적 높지만, 전체로 볼때는 낮은 점수였다. 社會的 活動에 대한 영향영역은, 남자의 경우, 내가 마치 그를 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다 2.40, 환자를 돌보는 일때문에 개인생활을 갖고싶은 만큼 갖지 못한다 1.40, 여자의 경우는, 환자를 돌보는 일때문에 개인 생활을 갖고싶은 만큼 갖지 못한다 1.56, 환자가 내가 마치 그를 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다 1.50으로 나타났다. 經濟的 負擔은, 환자를 돌보는데 드는 경비가 내 능력보다 과다하다고 생각한다 남자 1.0, 여자 0.83으로 낮은 점수를 보였다.<표 4 참조>

노인機能損傷의 각 領域과 노인기능손상의 다른 領域들 및 영역별 간호자 부담과의 關係, 그리고 看護者 負擔의 각 영역과 간호자 부담의 다른 領域들과의 關係를 살펴보면 <표 5 참조>, 노인 機能損傷 領域間的 關係는, 신체적 일상생활기능($r=.5798$ $p<-.05$)과 도구적 일상생활기능($r=.6172$ $p<.001$)의 두가지가 노인의 인지적 기능과 매우 有意한 正的 相關關係를 나타냈다. 이 의미는 치매 노인의 인지적 기능이 저하되면 노인의 일상생활 기능도 저하된다는 것으로 보이며, 도구적 일상생활기능과 신체적 일상생활기능도 有意한 正的 相關關係를 나타냈다($r=.7067$ $p<.001$).

노인기능손상 영역과 간호자부담 영역간의 關係를 보면, 노인의 신체적 일상생활기능과 부정적 노인-간호자-가족관계($r=.6032$ $p<.05$) 및 도구적 일상생활 기능과 부정적 노인-간호자-가족관계($r=.5930$ $p<.05$)에서 有意한 正的 相關關係를 나타냈는데, 이것은, 노인의 일상생활 기능손상보다는, 인지적 기능 저하나 파행적 행동등이 직접적으로 환자-간호자-가족관계에 부정적 영향을 미친다고 한 Poulshok & Deimling(1986:236~237)의 주장과는 상이한 결과였다.

<표 5> 노인 기능손상과 간호자부담간의 상관관계

| 변수 | 노인의 기능 손상 영역 | | | | | 치매기간 | 간호자부담영역 | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|-----------|---------------|---------------|------------------|---------|------------------|--------------------|-----------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 인지적 기능 | 파행적 행동 | 신체적일상 생활기능 | 도구적일상 생활기능 | 간호자의일과 에 대한영향 | | 간호자의건강 에 대한영향 | 간호자의사회적 활동에대한영향 | 부정적노안간 자가족관계 | 경계적 부담 | | | | | | | | | | | |
| 인지적기능 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 노인 파행적행동 | .2810 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기능 신체적일상 손상 | .5798* | .2565 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 영역 생활기능 | .6172* | .1309 | .7067** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 치매기간 | .0592 | -.0589 | -.0363 | -.0045 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 간 간호자의일과 에 대한영향 | .3667 | .1494 | .3664 | .3594 | .2600 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 호 간호자의건강 에 대한영향 | .1882 | .1788 | .1727 | .0641 | -.0633 | .6233* | | | | | | | | | | | | | | | |
| 자 부정적노안간 | .3207 | .3889 | .6032* | .5930* | .0272 | .5472* | .1611 | | | | | | | | | | | | | | |
| 부 호자가족관계 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 담 간호자의 사회적활동에 대한영향 | .1119 | .0829 | .0712 | .0387 | -.0465 | .6969** | .6851** | .3610 | | | | | | | | | | | | | |
| 영 경계적부담 | .0276 | -.1119 | .0332 | -.3079 | -.0418 | .1791 | .3008 | -.0494 | .3437 | | | | | | | | | | | | |

n=23 *p<.05 **p<.001

<표 6> 남녀별 노인기능손상과 간호자부담간의 상관관계(머느리·딸·아내 VS 아들·남편)

| 변수 | 노인의 기능 손상 영역 | | | | 치매기간 | 간호자 부담 영역 | | | |
|------------------|--------------|-----------|---------------|---------------|--------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | 인지적 기능 | 파행적 행동 | 신체적일상 생활기능 | 도구적일상 생활기능 | | 간호자의일과 에 대한 영향 | 간호자의건강 에 대한 영향 | 부정적노인간 호자가족관계 | 간호자의사회적 활동에대한영향 |
| 아들·남편 | .2077 | .5631* | .6560* | .0037 | .3079 | .1644 | .2999 | .1373 | .1373 |
| 노인 | .4890 | .3217 | .0872 | -.1759 | .0898 | .2204 | .4256 | .1354 | -.2465 |
| 기능 | .5053 | -.1524 | .6834** | -.0506 | .3247 | .1209 | .5719* | .0159 | .2993 |
| 손상 | | | | | | | | | |
| 영역 | .4365 | .1327 | .7537 | -.1379 | .3146 | .0329 | .5226 | .0863 | -.0382 |
| 영역 | | | | | | | | | |
| 치매기간 | .6111 | .3252 | .0381 | .4480 | .2776 | -.0231 | -.0125 | -.0178 | .2203 |
| 간호자의일과 에 대한영향 | .4313 | .3706 | .5759 | .9584* | .5139 | .6223* | .5286 | .7462** | .3580 |
| 간호자의건강 에 대한영향 | -.2287 | -.5241 | .6459 | .2006 | -.7071 | 0.0 | .1418 | .6965** | .4180 |
| 부정적노인간 호자가족관계 | .2641 | .1602 | .6972 | .9685* | .2722 | .9526* | 2.887 | .3817 | .1588 |
| 사회적활동에 대한영향 | .0865 | -.3263 | .7855 | .2826 | -.5791 | .0891 | .3273 | | .4487 |
| 경제적부담 | -.2953 | .1990 | -.5438 | -.8474 | -.6466 | 0.0 | -.7454 | 0.0 | |

n=5 *p<.05 **p<.001

노인의 치매기간과 영역별 간호부담과의 관계는 아무 상관이 없는 것으로 나타났는데, 이것은 Zarit등(1980 : 652)의 연구결과와 일치한다.

간호자부담의 각 영역간의 관계는, 부정적 노인-간호자-가족관계와 간호자의 일과에 대한 영향이 서로 有意한 正的 相關關係($r=.5472$ $p<.05$)를 나타냈고, 간호자의 사회적 활동에 대한 영향과 간호자의 일과에 대한 영향이 서로 매우 有意한 正的 相關關係($r=.6969$ $p<.001$)를 나타냈다. 간호자의 건강에 대한 영향과 간호자의 일과에 대한 영향이 서로 매우 有意한 正的 相關關係($r=.6233$ $p<.001$)를 나타냈다. 즉, 위의 세 관계는, 간호자의 일과부담이 높아지면 간호자는 사회적으로 고립하게 되고 건강이 나빠지고, 따라서 부정적 노인-간호자-가족관계가 성립되고 가정기능의 파괴가 나타난다고 한 Goldstein(1981 : 25~27)의 연구결과와 일치한다. 간호자의 사회적 활동에 대한 영향과 간호자의 건강에 대한 영향이 서로 매우 有意한 正的 相關關係($r=.6851$ $p<.001$)를 나타냈다.

노인기능손상과 간호자 부담영역과의 관계를 男女 看護者別로 살펴보면 <표 6참조>, 여자간호자의 경우에는 노인의 신체적 일상생활기능과 간호자부담 영역의 부정적 노인-간호자-가족관계가 서로 有意한 正的 相關關係($r=.5819$)를 보였는데, 이는 남자간호자의 경우 대부분의 간호자가 아내나 딸, 며느리 등의 사적 도움 또는 간병인등 유료 도움의 사회적 지지를 이용하기 때문에, 치매노인의 신체적 일상생활기능 손상으로 인한 부담은 적은 것으로 이해된다. 남자의 경우에는 도구적 일상생활기능과 부정적 노인-간호자-가족관계가 有意한 正的 相關關係($r=.9685$ $p<.05$)를 나타냈는데, 이것은 남자 간호자의 40%를 차지하는 남편의 경우, 치매상태인 배우자가 건강할 때처럼 아내의 역할을 충분히 하지 못함으로 인한 결과로 이해된다.

간호자의 건강에 대한 영향과 간호자의 사회적 활동에 대한 영향과의 관계는, 남자($r=.9526$ $p<.05$), 여자($r=.6965$ $p<.001$)로 모두 有意한 正的 相關關係를 보였으며, 이때 여자의 경우 간호자의 일과에 대한 영향과 간호자의 사회적 활동에 대한 영향($r=.7462$ $p<.001$)간에도 매우 有意한 正的

相關關係를 나타냈다. 이 결과는 간호자의 일과부담이 커지면 간호자의 건강이 나빠지고, 이것이 다시 간호자의 사회적 고립을 낳는다는 Goldstein (1981 : 25~27)의 견해와 일치한다.

간호자 부담 영역과 다른 중요변수간의 관계를 보면 <표 7참조>, 노인-간호자 상호관계의 질과 간호자 부담 영역의 여러 영역, 일과에 대한 영향($r=-.6478$ $p<.001$), 건강에 대한 영향($r=-.6066$ $p<.001$) 및 사회적 활동에 대한 영향($r=-.6304$ $p<.001$)의 매우 有意한 負的 相關關係를 나타냈는데, 이것은 사회적 칭찬과 부정적 노인-간호자 상호관계가 좋을수록, 간호자가 사회적 칭찬을 많이 받을수록, 간호자의 부담이 낮아진다는 것을 의미한다. 노인의 감사표현 여부와 간호자의 사회적 활동에 대한 영향($r=.5239$ $p<.05$), 일과에 대한 영향($r=.5291$ $p<.05$) 등이 有意한 正的 相關關係를 나타내서, 노인의 감사표현이 적을수록, 간호자 부담이 증가되는 것으로 나타났다. 이상의 결과들은, 사회적 칭찬, 노인의 감사표현, 노인과 간호자 상호관계의 질, 재정적 보상등-간호자가 받는 보상의 내용들이, 간호자 부담의 중요 영향변수라고 한 최해경(1991 : 199)의 연구결과와 일치한다.

사회적 지지에 관련되는 변수들과 간호자 부담과는 有意한 關係를 보이지 않았는데, 유의한 관계는 아닐지라도 간호자 자신이 경험한 사회적 지지의 유용성에 대한 느낌과 간호자 부담과의 관계는 일과에 대한 영향, 건강에 대한 영향, 사회적 활동에 대한 영향과의 관계에서 비교적 높은 값을 보여준다. 보상은 사회적 지지에 포함될 수 있다.

간호자의 收入과 간호자의 일과에 대한 영향과의 관계는, 有意한 負的 相關關係를 나타냈다($r=-.6098$ $p<.05$). 즉 수입이 많을수록 일과부담이 낮아졌다는 것을 의미하며 이는 최해경(1991 : 193)의 가족소득이 높을수록 간호자 부담이 낮다는 연구와 일치했다.

간호자 부담과 여러 變數間의 관계를 男女別로 보면, 남녀별로 별 차이가 없었다(<표 8, 9참조>).

(표 7) 간호자부담 영역과 중요 변수간의 상관관계

| 변 수 | | 간 호 자 부 담 영 역 | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|--------------|
| | | 간호자의 일과 에 대한 영향 | 간호자의 건강 에 대한 영향 | 부정적노인-간호 자-가족관계 | 간호자의 사회적 활동에 대한 영향 | 경 제 적 부 담 |
| 사 회 적 지 지 | 친척·친지의 방문 | -.2800 | -.0551 | -.3583 | -.1010 | .1441 |
| | 신체간호에대한사적원조 | .2908 | .0656 | .2530 | .1722 | -.1312 |
| | 사적인 재정원조 | .1847 | -.0090 | .1599 | .3152 | .3386 |
| | 유료도움의 이용 | .1503 | .1045 | -.0419 | .0380 | -.2215 |
| | 공적사회적서비스이용 | .2503 | .2233 | -.2318 | -.0377 | .0349 |
| | 간호자의사회적지지 의유용성에대한느낌 | -.4656 | -.4591 | -.2241 | -.4472 | -.1809 |
| 보 상 | 노인·간호자상호관계 | -.6478* | -.6066* | -.4468 | -.6304* | -.1450 |
| | 사회적 칭찬 빈도 | -.4363 | -.3494 | -.5276* | -.4011 | -.0130 |
| | 노인의감사표현여부 | .5291* | .3505 | .2772 | .5239* | .2150 |
| 노 인 간 호 자 특 성 | 노 인 의 연 령 | -.2402 | -.3214 | .2362 | -.1999 | -.1924 |
| | 노 인 의 성 별 | -.0171 | -.1552 | -.0127 | -.2286 | -.2185 |
| | 치 매 기 간 | .2600 | -.0633 | .0272 | -.0465 | -.0418 |
| | 간호자의 건강상태 | .3824 | .2304 | .2311 | .3959 | .2268 |
| | 간 호 자 의 연 령 | -.2946 | -.4022 | .0689 | .0642 | .0173 |
| | 간호자의 생활정도 | -.1405 | .1384 | -.0624 | .0190 | -.0986 |
| | 간 호 자 의 수 입 | -.5252* | -.1966 | -.3264 | -.2873 | -.2782 |
| | 간호자의 자녀수 | -.1662 | -.1496 | .2067 | .0156 | -.1612 |

n=23

*p<.05

**p<.001

〈표 8〉 여성 간호자부담과 중요 변수간의 상관관계(머느리·딸·아내)

| 변 수 | | 간 호 자 부 담 영 역 | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|--------------|
| | | 간호자의 일과 에 대한 영향 | 간호자의 건강 에 대한 영향 | 부정적노인-간호 자-가족관계 | 간호자의 사회적 활동에 대한 영향 | 경 제 적 부 담 |
| 사 회 적 지 지 | 친적·친지의 방문 | -.3364 | -.1188 | -.4509 | -.1606 | -.0864 |
| | 신체간호에대한사적원조 | .2310 | .0400 | .1543 | .2022 | .1715 |
| | 사적인 재정원조 | .2761 | .0354 | .2736 | .3488 | .4699 |
| | 유료도움의 이용 | .0554 | .1390 | -.0976 | .1504 | -.1085 |
| | 공적사회적서비스이용 | .2323 | .2124 | -.2646 | -.0326 | .0588 |
| | 간호자의사회적지지 의유용성에대한느낌 | -.4625 | -.4388 | -.2421 | -.4664 | -.2018 |
| 보 상 | 노인·간호자상호관계 | -.6576* | -.6084* | -.4664 | -.6414* | -.1994 |
| | 사회적 칭찬 빈도 | -.4233 | -.3646 | -.5015 | -.4489 | -.3644 |
| | 노인의감사표현여부 | .5557* | -.3113 | .2218 | .5935* | .4240 |
| 노 인 간 호 자 특 성 | 노 인 의 연 령 | -.2844 | -.4065 | .3066 | -.2754 | .0588 |
| | 노 인 의 성 별 | -.0030 | -.1284 | .0583 | -.2112 | -.5186 |
| | 치 매 기 간 | .2776 | -.0231 | -.0125 | -.8178 | .2203 |
| | 간호자의 건강상태 | .3249 | .1964 | .3233 | .4446 | .3593 |
| | 간 호 자 의 연 령 | -.1900 | -.4745 | .2085 | .0114 | -.2122 |
| | 간호자의 생활정도 | -.1633 | .1298 | -.1543 | -.0476 | .0857 |
| | 간 호 자 의 수 입 | -.6098* | -.1923 | -.3605 | -.3267 | -.2404 |
| | 간 호 자 의 자 녀 수 | -.1154 | -.1643 | .2860 | -.0400 | -.3378 |

n=18

*p<.05

**p<.001

(표 9) 남성간호자 부담 영역과 중요 변수간의 상관관계(아들·남편)

| 변 수 | | 간 호 자 부 담 영 역 | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------|
| | | 간호자의 일과 에 대한 영향 | 간호자의 건강 에 대한 영향 | 부정적노인-간호 자-가족관계 | 간호자의사회적 활동에 대한 영향 | 경 제 적 부 담 |
| 사 회 적 지 지 | 친척·친지의 방문 | -.1863 | .6325 | 0.0 | .5976 | .6124 |
| | 신체간호에대한사적원조 | .7475 | 0.0 | .6667 | .2182 | -.7454 |
| | 사적인 재정원조 | -.2500 | -.3536 | -.4082 | -.1336 | 0.0 |
| | 유료도움의 이용 | .6800 | -.8660 | -.1667 | -.8729 | -.3727 |
| | 공적사회적서비스이용 | | | | | |
| | 간호자의사회적지지 의유용성에대한느낌 | .6667 | -.7071 | .4082 | -.5343 | -.4564 |
| 보 상 | 노인·간호자상호관계 | | | | | |
| | 사회적 칭찬 빈도 | -.6588 | -.2236 | -.6455 | -.4226 | .7217 |
| | 노인의감사표현여부 | .4082 | .8660 | .6667 | .7638 | -.3727 |
| 노 인 간 호 자 특 성 | 노 인 의 연 령 | .0625 | .1768 | .1021 | .2004 | -.6276 |
| | 노 인 의 성 별 | -.2500 | -.7071 | -.4082 | -.8018 | .4564 |
| | 지 매 기 간 | .5139 | | .2722 | -.5791 | -.6466 |
| | 간호자의 건강상태 | | | | | |
| | 간 호 자 의 연 령 | -.4321 | .8556 | -.1512 | .7260 | .4508 |
| | 간호자의 생활정도 | .2500 | .7071 | -.4082 | .8018 | -.4564 |
| | 간 호 자 의 수 입 | 0.0 | -.3591 | .1481 | -.1939 | -.3974 |
| | 간 호 자 의 자 녀 수 | -.1474 | .4170 | .0602 | .1182 | -.1346 |

n=5

*p<.05

**p<.001

V. 結 論

現代 社會의 變化와 더불어 高齡化 社會, 核家族 社會를 이룸에 따라 家庭內 치매老人問題가 심각한 社會問題로 대두되었다. 우리나라도 2000年代에는 65세이상의 老人人口가 전체 人口의 10%를 차지하게 된다.

본 연구자는 가정내 치매노인과 간호자의 關係를, 치매노인看護者 負擔에 관한 理論의 考察과 치매노인간호자를 대상으로 한 實態分析을 통해 파악하여, 社會福祉의 支持方案을 개발하는 데 基礎資料를 제공할 目的으로 본 연구를 시도하였다.

문헌분석을 통해서 다음과 같은 理論的 論議의 根據를 도출했다. 간호자 부담에 관한 연구를 할 때는 多領域的 接近方法(multidimensional approach)을 적용시키는 것이 효과적이다. 노인의 心身機能 損傷領域은, 認知的 機能, 跋行的 行動, 身體的 日常生活機能 및 道具的 日常生活機能의 4領域으로, 看護者負擔은 日課에 대한 영향, 健康에 대한 영향, 社會的 活動에 대한 영향, 否定的 노인-간호자-가족關係 및 經濟的 부담의 5領域으로 나눌 수 있다. 노인의 심신 기능손상의 정도가 높을수록 간호자의 부담이 증가되는 것은 아니며, 看護者負擔이란 간호자가 치매노인간호를 어떻게 느끼는가 하는 主觀的 負擔으로서, 이러한 주관적 부담이 증가되면, 家族機能에 否定的 影響을 미치게 되어 가족기능이 제대로 유지되지 못하게 된다. 그 외에 노인의 性別, 年齡, 치매期間, 健康狀態, 看護者에 대한 補償, 社會的 支持, 女子數, 看護者 健康狀態 및 生活程度등의 諸變數들이 간호자 부담에 影響을 미치는 要因들이다.

이러한 이론적 논의를 구체적으로 실태분석을 통해 可視化시키기 위해 서울所在 1個 老人綜合福祉館의 치매老人 看護者모임의 참여자 23명을 대상으로 質問紙調査, 直接面接 및 電話調査를 통하여 看護者 負擔實態를 調査하였다.

실태분석의 結果는 다음과 같다.

1. 노인의 日常生活 機能과 否定的 노인-간호자-가족關係는 有意한 正的 相關關係를 나타냈다.
2. 간호자의 健康에 대한 영향과 간호자의 日課에 대한 영향은 매우 有意한 正的 相關關係를 나타냈다.

3. 간호자의 健康에 대한 영향과 간호자의 社會的 活動에 대한 영향은 매우 有意한 正的 相關關係를 나타냈다.

4. 간호자의 社會的 活動에 대한 영향과 간호자의 日課에 대한 영향은 매우 有意한 正的 相關關係를 나타냈다.

5. 補償과 否定的 노인-간호자-가족관계, 간호자의 日課에 대한 영향, 간호자의 健康에 대한 영향 및 간호자의 社會的 活動에 대한 영향과는 有意한 相關關係를 나타냈다.

6. 간호자의 收入과 간호자의 日課에 대한 영향은 有意한 負的 相關關係를 나타냈다.

본 연구에서 간호자의 收入이 간호자의 日課에 대한 부담에, 그리고 간호자가 받는 補償이, 간호자의 日課와 社會的 活動制限과 否定的 노인-간호자-가족關係 등, 대부분의 간호자 부담 영역에 크게 肯定的 影響을 미치는 要因으로 나타났으며, 이것은 家庭內 치매노인 看護者 支持를 위한 社會福祉의 方案을 마련할 때, 이 收入과 補償의 두가지를 고려하여 經濟的, 社會的, 心理的인 측면에서 社會福祉의 方案을 마련해야 한다는 것을 示唆한다.

參 考 文 獻

國內文獻

1) 單行本

- 김수지, 김조자, 박지원.(1989), 「看護研究」, 서울 : 수문사.
- 오택섭.(1984), 「社會科學 데이터分析法」, 1984, 서울 : 나눔.
- 이성희.(1991), 「치매노인의 이해와 간호」, 서울 : 서울 중부 노인종합복지관.
- 장인엽, 최성재.(1987), 「老人福祉學」, 서울 : 서울대학교 출판부.
- 전남진.(1987), 「社會政策學 講論」, 서울 : 서울대학교 출판부.
- 조유향.(1989), 「노인간호」, 서울 : 현문사.

2) 論 文

- 김신미.(1991), 機能低下노인의 家族負擔과 Respite care, 중양의학, 56(1), 41~47.
- 김정자.(1989), 老人層 人口의 健康問題와 管理實態, 대한간호, 28(2), 78~95.
- 김주희.(1990), 老齡化, 대한간호, 29(4), 21~23.
- 배정미, 서문자.(1989), 看護師의 業務 스트레스에 대한 研究, 대한간호학회지, 19(3), 261~272.
- 송미순.(1990), 美國 老人專門看護師의 役割과 韓國看護에의 適用, 대한간호, 29(4), 32~37.
- 야마시타, 카에꼬.(1992), 一般病棟에서의 치매患者 看護와 管理, 임상간호, 16(5), 154~159.
- 오가실, 한정석.(1987), 스트레스 生活事件, 健康問題, 對應, 社會의 支持의 關係, 대한간호학회, 20(3), 414~429.
- 오경옥.(1990), 精神患者와 一般成人의 社會의 支持, 生活事件, 憂鬱의 關係에 관한 比較 研究, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 은영.(1990), 老人患者의 焦燥行爲에 대한 査定과 管理, 대한간호, 29(4), 28~31.
- 이기주.(1991), 人間 서비스 傳達體系의 模型設定에 관한 研究, 연세대학교 행정학과 박사학위논문.

- 이정림.(1990), 老人患者의 看護水準에 대한 査定과 分類, 대한간호, 29(4), 24~27.
- 조유향.(1989), 老人에 대한 保健醫療의 開發을 위한 調査研究, 한국 노년학, 107~109.
- 최영란.(1992), 有料養老院에 관한 考察—우리나라 中産層 준거로—, 한양대학교 석사학위논문.
- 최영희, 원종순.(1989), 急·慢性 疾病이 있는 家族의 家族機能 比較研究, 간호과학, 제1권, 5~23.
- 최해경.(1991), 心身機關損傷老人을 돌보는 家族수 발자負擔의 韓國에서의 決定要因에 관한 研究, 한국사회복지학, 18(5), 175~205.
- 한창영.(1991), 老人福祉의 概念과 原則에 관한 考察, 제주대학교 논문집, 32집, 223~264.

3) 定期 刊行物

- 醫協新報, 치매老人 50萬名(日本), 1986. 8. 18, 2009號.
- 忠淸日報, 1992. 5. 12, 14525號.
- 看協新報, 1992. 5. 14, 732號.

外局文獻

1) Articles

- Archbold, P. G.(1980). Impact of Parent Caring on Middle Aged Offspring. Journal of Gerontology. 6, 79~85.
- Barusch, A. S.(1988). Problems and Coping Strategies of Elderly Spouse Caregivers. the Gerontologist.28(5), 677~685.
- Bass, L.(1986). Caregiver Stress. Journal of Gerontology. 41(6).
- Birnbaum.(1984). Implementing Community-Based Long Term Care(New York). the Gerontologist. 24, 380~386.
- Bowers, B. J.(1987). Intergenerational Caregiving : Adult Caregives and Their Aging Parents. Advances in Nursing Science. 9(2), 20~31.
- Brody, E.(1981). Woman in the Middle and Family Help to Older People. the Gerontologist. 21,

471~480.

- Brody, E.(1985). Parent Care as a Normative Family Stress. *the Gerontologist*. 25(1), 19~29.
- Brody, E. M. & Schoonover, C. B.(1986). Patterns of Parent-Care When Adult Daughters Work and When They Do Not. *the Gerontologist*. 26(4), 373~381.
- Brennan, P. E., Moore, S. M. & Smith, K. A. (1991). ComputerLink : Electronic Support for the Home Caregiver. *Advances in Nursing Science*. 13(4), 14~17.
- Bunting, S.(1989). Stress on Caregivers of the Elderly. *Advances in Nursing Science*. 11(2), 63~73.
- Chappel, N.L.(1985). Social Support and the Receipt of Home Care Services. *the Gerontologist*. 25(1), 47~54.
- Clark, N.M. & Rakowsky, W.(1983). Family Caregivers of Older Adults : Improving Helping Skills, *the Gerontologist*. 23, 637~642.
- Chnoweth, B. & Spencer, B.(1986). Dementia : The Experience of Family Caregivers. *the Gerontologist*. 26(3), 267~272.
- Crossman, L., London, C & Barry, C.(1981). Older Women Caring for Disabled Spouses : A Model for Supportive Services. *the Gerontologist*. 21(5), 464~481.
- Deimling, G.T. & Bass, D.M.(1986). Symptoms of Mental Impairment among Elderly Adults and Their Effects on Family Caregiver. *Journal of Gerontology*. 41(6), 778~784.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M. & Easthan, J. (1986). Caregivers for Dementia Patients : A Comparison of Husbands and Wives. *the Gerontologist*. 26(3), 248~252.
- Fengler, A.P. & Goodrich, N.(1979). Wives of Elderly Disabled Men : The Hidden Patients. *the Gerontologist*. 19, 175~183.
- George, L.K. & Gwyther,(1986). Caregiver Wellbeing : A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *the Gerontologist*. 26(3), 253~259.
- Goldstein, V., Regnery, G. & Wellin, E.(1981). Caretaker Role Fatigue. *Nursing outlook*. 29, 24~30.
- Hasselkus, B.R.(1988). Meaning in Family Caregiving : Perspectives on Caregiver/Professional Relationships. *the Gerontologist*. 28(5), 686~691.
- Norbeck, J., Lindsey, A.M. & Carrieri, V.(1981). The Development of an Instrument to Measure Social Support. *Nursing Research*. 30, 264~269.
- Norbeck, J., Chafetz, L., Wilson, H. & Weiss, S. (1991). Social Support Needs of Family Caregivers of Psychiatric Patients from Three Age Groups. *Nursing Research*. 40(4), 208~213.
- O'neill, C. & Sorenson, E.S.(1991). Home Care of the Elderly : A Family Perspective. *Advances in Nursing Science*. 13(4), 28~37.
- Patterson, S.L.(1987). Older Rural Natural Helpers : Gender and Site Differences in the Helping Processes. *the Gerontologist*. 27(5), 639~644.
- Poulshock S.W. & Deimling G.T.(1984). Families Caring for Elders in Residence : Issues in the Measurement of Burden. *Journal of Gerontology*. 39(2), 230~239.
- Pratt C., Schmall V. & Wright S.(1987). Ethical Concerns of Family Caregivers to Dementia Patients. *the Gerontologist*. 27(5), 632~638.
- Pruchno, R.A & Resch, N.L.(1989). Husbands and Wives as Caregivers : Antecedents of Depression and Burden. *the Gerontologist*. 29(2), 159~165.
- Robinson, B. & Thurner, M.(1979). Taking Care of Aged Parents : A Family Cycle Transition. *the Gerontologist*. 19(6), 586~593.
- Robinson, K.M(1988). A Social Skills Training Program for Adult Caregivers. *Advances in*

- Nursing Science. 10(2), 59~72.
- Rynoos. J, Kaplan, B.H. & Fleisher, D.(1984). International Neighborhood Networks : A Basis for Aiding the Frail Elderly. the Gerontologist. 24(3), 233~237.
- Safford. F.(1980). A Program for Families of the Mentally Impaired Elderly. the Gerontology. 20(6), 656~667.
- Schmall, V. & Wright, S.(1987). Ethical Concerns of Family Caregivers to Dementia Patients, the Gerontologist. 27(5), 632~638.
- Scharlach, A.E.(1987). Role Strain in Mother-Daughter Relationships in Later Life. the Gerontologist. 27(5), 627~631.
- Stone, R., Galferata, G.L. & Sangl, J.C.(1987). Caregivers of the Frail Elderly : A National Profile. the Grontologist. 27(5), 616~626.
- Wilson, H.S.(1989). Family Caregiving for a Relative with Alzheimers Dementia : Coping with Negative Choices. Nursing Research. 38(2), 94~98.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Peterson, J.B.(1980). Relatives of the Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden, the Gerontologist. 20(6), 649~655.
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.M.(1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longitudinal Study. the Gerontologist. 26(3), 260~266.

(Abstract)

A Study on Family Caregivers' Burden of the Elderly with Dementia

Moon, Hae Ree
Department of Nursing,
Chung-Ju Junior College

The purpose of this study is to identify sources of the caregiving burden, thereby suggesting social welfare alternatives for supporting family caregivers of the elderly with dementia.

23 family caregivers who participated in self-help group of family caregivers of dementia elderly at a welfare facility for the elderly in Seoul were selected as the study sample.

Zarit caregiving burden scale and Zarit functional impairment measurement for the elderly were adapted for this study and a number of additional variables were included in this study. Correlational analysis was utilized.

The results of the study were summarized as follows :

- 1) The impairment of activities of daily living of the elderly was significantly related to the negative elderly caregiver-family relationship (PADL: $r = .6032$ IADL : $r = .5930$ $p < .05$).
- 2) The impact on caregiver's health was very significantly related to the impact on the caregiver's task ($r = .6233$ $p < .001$).
- 3) The Impact on caregiver's health was very significantly related to the impact on the caregiver's social activity restriction ($r = .6851$ $p < .001$).
- 4) The impact on the caregiver's social activity was very significantly related to the impact on the caregiver's task ($r = .6969$ $p < .001$).
- 5) Caregiver's income was significantly related to the impact on the caregiver's task ($r = .5252$ $p < .05$).
- 6) Compensation (interpersonal relationship between the elderly and the caregivers, social praise and appreciation of the elderly) was important variables which affect to the feeling of the caregiving burden.