

## 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구\*

홍여신\*\* · 이선지\*\*\* · 박현애\*\* · 조남옥\*\*\*\* · 오진주\*\*\*\*

### I. 서 론

치매의 발생은 연령증가와 밀접한 관계가 있으며 (Schoenberg 등, 1987) 대부분의 치매가 아직까지 원인적 치료가 불가능할 뿐 아니라 수년간의 만성적인 경과를 취하기 때문에 고령인구집단에서 심각한 건강문제를 야기하고 있다. 치매는 노인인구가 큰 비중을 차지하는 선진국에서는 물론이고 평균수명이 점차 증가하고 있는 중진국에서도 심각한 건강문제 및 사회문제로 대두되고 있다.

최근에 실시된 치매에 대한 역학조사를 살펴보면, 서양각국의 65세 이상 노인들에서 치매의 유병율은 핀란드에서 2.0%, 미국에서 6.1%, 이태리에서 8.4%, 독일에서 10.2%였으며 70세 이상을 조사한 영국과 호주에서는 각각 10.5%와 23.4%로 나타났다(박종한 등, 1991). 우리나라의 경우에도 1980년에는 65.8세이던 평균수명이 1990년에는 71.2세, 2000년에는 74.2세로 점차 연장되어(보사부, 1991) 조만간 선진국형의 고령화사회가 될 것이며, 이에따라 치매의 유병률도 높아질 것으로 예상된다. 최근 경기도 연천지역 노인 1천 1백명을 대상으로 한 치매실태 조사연구(우종인, 1994)에서는 유병률이 9.5%로 나타났으며, 박종한등(1991)이 경상북도 영일군의 한 면지역의 65세 이상 노인들을 대상으로 조사한 결과에 의하면 치매의 유병률이 11.3%로 나타났으며 성별로 남자는 7.2%이고 여자는 15.4%로

치매노인에 대한 대책이 절실히 필요함을 알수 있다.

기억력장애와 대인관계상의 장애를 경험하는 치매는 환자 본인뿐 아니라 돌보는 가족원에게도 많은 신체적, 정신적 문제를 야기시키고 있다. 돌보는 가족원들은 흔히 만성적인 피로(Rabins et al., 1982; 이성희와 권종돈, 1993; 홍여신등, 1994), 신체적 건강의 악화(Romaniuk and Arling, 1983), 재정적인 어려움(Cantor, 1980; Grad and Sainsbury, 1968), 가족의 혼란(Grad and Sainsbury, 1968; Rabins et al., 1982), 역할갈등(Goldstein et al., 1981), 그리고 불면증이나 우울 혹은 지나친 불안정이나 죄책감등의 정신적인 문제(Lazarus et al., 1981; Rabins et al., 1982; 홍여신등, 1994)로 고통을 받고 있다.

노인성치매 환자의 대부분을 가정에서 돌보고 있는 상황을 고려할 때 이와같은 문제를 경험하는 가족원을 위한 간호가 환자뿐 아니라 가족원에게도 중요함에도 불구하고 실제로 치매노인 가족원을 대상으로한 간호중재 연구는 매우 적다(Maas & Buckwalter, 1991). Biegel 등(1984)은 증가된 지식과 정보 그리고 기술은 환자를 돌보는 가족원의 능력을 신장시키고 그들의 부담감과 불편감을 감소시킬 수 있다고 하였으며, Winogron 등(1987)은 가족원이 질병과정에 대해 많이 배우고, 환자관리에 필요한 지식을 많이 습득할수록 그리고 다른 사람과 자신들의 스트레스를 많이 공유할

\* 이 논문은 1993년도 교육부지원 학술진흥재단의 자유공모과제 학술 연구 조성비에 의해 지원되었음.

\*\* 서울대학교 간호대학

\*\*\* 서울대학교 보건대학원

\*\*\*\* 서울대학원 대학원

수록, 환자에 대한 부정적인 느낌을 잘 수용하고 환자행위에 대해 “참을 수 없음”의 정도도 감소한다고 하여 가족을 대상으로한 교육의 중요성을 강조하였다.

우리나라의 경우 이러한 노인성 치매환자와 가족을 위한 연구는 초기 단계로 예방적 중재를 위한 치매발병요인을 규명하고 환자를 돌보는 가족원을 지지하고 간호방법을 교육하는 등의 간호중재 방안의 개발이 절실하다고 생각된다.

이에 본 연구자들은 일차적으로 노인성치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스와 간호요구에 관한 실태조사를 하고, 이차적으로 간호전문인이 제공하는 교육이 가족원의 부담감, 역할 스트레스, 그리고 삶의 질에 변화를 가져오며, 또한 가족원에게 발생한 이러한 변화가 환자와의 상호작용에서도 영향을 미쳐 환자와의 관계에서 보다 적절한 반응을 함으로써, 환자의 이상행동도 줄어들 것이라는 가정하에 가족원에게 치매에 대한 일반적인 이해와 치매로 인해 나타나는 이상행동에 대한 간호방법을 포함하는 교육프로그램을 개발하고 이를 가족원에게 교육시킨 후 그 효과를 보는 연구를 실시하고자 하였다. 본 연구자들은 이러한 일련의 연구과제를 효과적으로 담아내기 위해서 문제분석단계(노인성치매 발병요인 및 가족원의 스트레스와 간호요구 조사), 대안작성단계(교육프로그램 개발) 그리고 대안검증단계(가족원을 대상으로한 교육의 실시와 효과분석)로 이루어진 운영연구기법을 사용하였다.

문제분석에 해당하는 일단계 연구인 노인성치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스와 간호요구에 대한 연구(홍여신등, 1994)에 이어, 이단계로 실시된 본 연구의 구체적인 목적은 대안작성과 대안검증에 해당하는 것으로, 첫째는 가족원을 위한 교육프로그램 매뉴얼을 개발하고 둘째로 보건진료원이 가정방문을 통해 교육매뉴얼을 기초로 교육을 실시한 후 가족원과 환자측면에서 나타나는 효과를 살펴보는 것이다.

## II. 문헌고찰

### 1) 부담감, 역할스트레스, 그리고 삶의 질

노인성치매환자는 인지손상으로 인해 잘못된 인간-환경 상호작용을 나타내는 반복적 행동, 잘못된 반응, 그리고 상황에 맞지 않는 행동들을 보인다(Roberts and Algate, 1988). Rabins등(1982)은 치매환자가 가족에게 미치는 영향을 알아보기 위해, 회복이 불가능한

치매로 진단받은 환자 55명의 일차적인 간호를 담당하고 있는 가족을 면담하면서 문제를 일으키는 환자의 이상행동과 가족이 환자를 간호하면서 경험하게된 신체적, 정신적, 정서적 문제들을 조사하였다. 그 결과 가족들이 말하는 환자에게 나타나는 행위상의 문제로는 기억장애, 파국적 행동(catastrophic reactions), 관심을 요하는 행동(demanding/critical behavior), 밤에 돌아다님, 물건감추기, 의사소통장애, 의심, 트집잡기 등의 순으로 나타났다. 심각한 문제를 유발하는 행위에 대해서는 신체적 난폭함, 기억장애, 실금, 파국적행동, 때리기, 트집잡기, 의심의 순으로 대답하였다. 또 가족이 스스로 경험하는 문제로는 만성피로, 분노, 우울이 가장 많았으며, 다음으로는 가족간 갈등, 친구와 취미의 상실, 자신을 위한 시간의 부족, 돌봄제공자가 아프게 될 것에 대한 걱정, 새로운 역할과 책임수행의 어려움, 죄책감 등의 순으로 나타났다. 노인성치매의 대표적인 형태인 알츠하이머씨병은 최근의 사건에 대한 기억력 상실이 특징이다. 이러한 기억력 상실로 인해 대화가 불가능하고 사고의 흐름에 장애가 있으며, 친근한 사람이나 물건 또는 장소를 인식하지 못한다. 또한 기억, 집중, 계산, 분별, 의사결정과 관련한 능력부족은 불안, 초조, 흥분, 퇴행, 우울, 변형된 행동을 초래하여 사회적 관계를 어렵게 하며 운동기능장애와 체력의 약화는 결국 환자를 기관에 수용하게 한다(Burns and Buckwalter, 1988).

Zarit 등(1980)은 이와같은 이상행동이 가족에게 커다란 부담감 혹은 스트레스가 되며, 또한 가족의 신체적, 정신적 건강에도 부정적 영향을 준다고 하였다.

Haley 등(1987)은 건강한 노인을 돌보는 가정과 치매노인을 돌보는 가정을 비교 연구한 결과 치매노인의 가족원 집단이 대조 집단보다 건강지각(자가 보고의 건강지각을 한 개 문항으로 질문함)이 더 낮고, 복용 약물수가 더 많으며, 의사 방문수가 더 많으며, 또한 더 우울하고 생활만족도도 더 낮다고 보고하였다. Pruchno 와 Potashnik(1989)는 치매 환자를 돌보는 배우자 395명을 대상으로 한 연구에서 정상인에 비해 치매 환자의 배우자들이 당뇨, 관절염, 빈혈, 궤양등의 만성질환을 더 많이 경험하고 정신증으로 약물을 더 많이 복용하고 무기력, 두통, 심계항진 등의 증상을 많이 호소한다고 하였다. Baillie 등(1988)은 노인을 돌보는 가족원 대상의 연구 결과 돌봄으로 인한 스트레스정도는 돌보는 가족원의 심리적 고통과 우울에 유의한 상관관계를 보인다고 하였다.

Montgomery, Gonyea, 그리고 Hooyman(1985)은 노인을 돌보는 가족 80명을 대상으로 가족원의 돌보는 경험과 그들이 겪는 주관적 객관적 부담감 사이의 관계를 조사하여 주관적 부담감과 객관적 부담감 간에는 상호관련성이 있으나, 각 부담감의 예측요인은 다르다고 보고하였다. 이들에 의하면 주관적 부담감은 특히 돌봄 제공자의 특성(나이, 수입)과 관련이 있으나, 객관적 부담감은 제공하는 돌봄행위의 형태(목욕, 옷입히기; 장소의 이동, 심부름; 도와주는 다른 사람의 수)와 관련이 있으며 시간표나 지리적 위치는 객관적 부담감을 가장 잘 예측해주는 요인으로 나타났다. 이 연구에서 가족의 부담감 감소를 위한 중재법과 정책의 제안으로 주관적 부담감은 수입이나 나이 등 개인적 특성과 관련된 것으로 쉽게 변화시킬 수 없으나, 객관적 부담감은 적어도 일시적일지라도 환자를 돌볼 수 있는 기관을 이용함으로써 줄일 수 있으므로, 지역사회나 국가적인 대안 마련이 필요함을 지적하고 있다.

Gwyther 와 George(1986)는 치매환자가족의 안녕감과 부담감에 대한 심포지움에서 관련 논문들의 실무 적용에 대해 첫째, 가족기능은 치매환자의 질병특성보다는 간호상황특성에 의해 잘 예측될 수 있다고 하였다. 가족의 안녕은 가족의 주관적 지각, 개인적 특성, 그리고 사회적 자원에 대한 광범위한 고찰없이 이해될 수 없다는 것이다. 둘째, 가족을 위한 서비스를 계획하고 수행할 때는 각 가족의 이질적인 특성을 잘 고려해야 한다고 하였다. 셋째, 돌봄으로 인한 요구와 부담감은 시간에 따라 변할 수 있음을 이해해야만 한다고 하였다. 알츠하이머씨병의 진행성의 특성때문에 간호제공자에게 주어지는 요구도 변화되며, 돌봄제공자의 자원과 다른 책임 역시 시간의 흐름에 따라 변한다. 돌봄제공자의 지지체계는 변하거나 어떤 시점에 없어질 수도 있다. 돌봄제공자의 직업 형태가 바뀌거나 건강문제가 발생하거나 혹은 재정상태의 변화를 경험하는 등 이러한 역동적인 삶의 조건들은 돌봄제공자의 안녕감과 효율성, 그리고 서비스요구에 영향을 미친다는 것이다.

또한 가족구성원이 치매성질환을 앓을 경우 가족이 경험하는 스트레스와 부담감은 가족의 신체적, 정신적 건강에도 부정적 영향을 줄 뿐 아니라(Haley, Levine, Brown, Berry 와 Hughes, 1987; Pruchno 와 Potashnik, 1989; Baillie, Norbeck 과 Barnes, 1988; Rabins 등, 1982; 이성희와 권중돈, 1993; 홍여신등, 1994) 삶의 질에도 부정적인 영향을 미친다.

Index Medicus에 1977년에서야 하나의 분리된 개념으로 등록된 삶의 질 개념은(오복자, 1994) 다차원적인 개념으로 그 정의가 다양하지만, 많은 연구자들은 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족이라고 하였다(Burckhardt, 1985; Johanna and Ferdinand, 1985). 삶의 질에 영향을 미치는 주된 요인으로는 건강상태(한윤복, 1990; 김종숙, 1987), 자아존중감(Burckhardt, 1985; Lewis, 1982), 사회적 지지 혹은 가족지지(장혜경, 1989; 권영은, 1990) 등을 들 수 있다. 성인 507명을 대상으로 생활만족도와 22개 변수간의 상관성을 조사한 Edwards 와 Klemmack(1973)은 사회경제적 상태, 지각된 건강상태, 이웃이나 친구와의 관계가 생활만족도에 대한 중요한 예측인자라고 보고하였으며, 성인 502명을 대상으로 삶의 질에 영향을 주는 것으로 생각되는 변수 18개에 대해 다중회귀분석을 한 Palmore와 Luikart(1972)는 건강과 사회적 활동 그리고 내적통제위가 삶의 질에 관련있는 변수라고 하였다. Brown과 Rawlinson, 그리고 Milles(1981)는 만성질환자의 삶의 질에 대한 연구에서 무능력의 정도, 건강통제위, 지각된 건강과 사회활동이 삶의 질에 영향을 미치는 변수들이며 이중에서 사회적 활동이 가장 중요한 요인이라고 하였다. 이들은 또 무능력과 자신의 건강을 나쁘게 지각하는 것은 사회활동에 위축을 주어 개인의 삶의 질에 부정적인 영향을 준다고 하였다. Magilvy(1984)는 청력장애인 여성노인을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강과 사회적 지지가 삶의 질에 영향을 준다고 보고 하였다. 김옥수(1993)의 혈액투석환자를 대상으로 한 연구에서도 환자가 지각하는 가족 지지와 의료인 지지 정도가 높을수록 환자의 삶의 질은 높은 것으로 나타났다.

## 2) 간호중재 연구

치매환자를 돌보는 가족원을 대상으로 한 연구의 주제로 주로 그들이 경험하는 문제나 스트레스 혹은 부담감 정도가 많으나 그 결과가 통합되어 있지는 않다(Maas & Buckwalter, 1991). 가족원을 대상으로 한 중재연구에는 가족원에 대한 교육과 자조그룹 혹은 가족상담 등의 방법이 포함된다.

가족원에게 노화과정에 대한 지식을 증가시키고 노인을 위한 서비스 정보와 보다 효과적인 간호기술을 제공하는 교육은 증가된 지식과 정보 그리고 기술이 가족원의 능력을 신장시키고 그들의 부담감과 불편감을 감소시킬 것이라는 Biegel 등(1984)의 가정을 근거로 하고

있다.

실험군 20명과 대조군 20명을 대상으로 알츠하이머씨병 환자 배우자의 대처기술에 대한 교육프로그램의 효과를 살펴본 Chiverton과 Caine(1989)의 연구는 대조군에 비해 교육을 받은 집단은 의미있는 정도로 능력이 신장되고 보다 독립적으로 기능한다고 보고하였다. Baldwin, Kleeman, Stevens 그리고 Rasin(1989)은 치매노인을 돌보는 가족원을 대상으로 교육프로그램과 지지/심리치료 프로그램의 두가지 그룹중 하나에 무작위로 할당된 뒤 각 프로그램의 효과를 알아보는 연구를 실시하였다. 교육프로그램의 내용은 가족체계와 가족역동, 스트레스와 스트레스 관리법, 그리고 정상노화와 병리적노화의 차이점을 중점을 두었으며 지지/심리치료 프로그램은 가족들로 하여금 심리치료 집단을 이루게 하고 이속에서 참여자들이 제기하는 문제들을 토론하고 해결방안과 방향을 토론하는 것이다. 연구결과 두가지 프로그램 모두 가족원의 긴장완화에 도움이 되었다고 보고하면서 심리치료의 효과가 교육 프로그램 보다 크고 지속적이었다고 하였다.

알츠하이머씨병 환자와 가족이 한 단위를 이룬 10가정을 대상으로 인지-자극 프로그램의 효과를 연구한 Quayhagen 과 Quayhagen(1989)은 자극을 제공받은 집단이 인지-자극 프로그램을 제공받지 않은 집단에 비해 환자의 인지수준과 행위기능의 수준은 유지되고 정서 상태는 증진됨을 보고하면서, 이러한 조사결과를 바탕으로 연구자들은 질병의 초기에 인지자극을 줌으로써 환자의 인지기능 감소를 지연시키고 가족원의 안녕감에도 긍정적으로 작용하여 가족원의 대처능력을 신장시킬 수 있다고 제안하였다.

지지그룹에 대한 연구들에 의하면(Fruehwirth, 1989 ; Schmidt & Keyes, 1985) 가족원들이 주로 논의하는 문제로는 의사로 부터 적절한 지지와 정보가 부족한 점, 질병에 대한 이해 부족, 우울, 함정에 빠진 듯한 느낌, 환자의 이상행동으로 인한 분노와 공포, 사회적 고립, 역할 취소의 어려움, 환자를 시설에 보내는 것에 대한 죄책감, 그리고 가족원 자신의 자아정체감 상실 등이며, 지지그룹의 가장 주된 이점으로는 가족원들이 자신의 문제를 논의하고 정보를 공유한다는 점이라고 보고하였다.

Moseley, Davies, 그리고 Priddy(1988)가 수행한 지지그룹이 알츠하이머씨병 환자의 남편들에게 갖는 효과에 대한 연구에 의하면 남편들이 처음에는 감정을 숨김 없이 드러내려 하지 않았으나 시간이 흐름에 따라 점차

로 표현하게 되었으며, 환자를 돌보는 역할을 점차 익히고 새로운 역할을 받아들이는 과정이 곧 슬픔 과정의 시작이라고 하였다.

### Ⅲ. 연구방법

본 연구는 문제분석과 분석결과에 근거한 대안작성 그리고 대안검증의 흐름에서 가족원의 치매 환자 간호와 관련된 지식경도와 이들 지식의 실제 환자 간호에의 적용을 연결하는 차원에서 위에서 기술한 연구목적달성하기 위한 연구방법으로 운영연구기법(Operational Research)을 사용하였다. 본 연구에서의 단계별 연구내용은 다음과 같다.

#### 1. 문제분석 단계

이미 이루어진 일단계 연구로서 노인성치매의 발병요인과 돌보는 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구를 충청남도 일개지역의 치매노인과 정상노인을 대상으로 조사하여 분석한 결과는 다음과 같다.

1) 노인성치매의 발병요인과 관련하여, 대상자의 일반적 특성중에서는 연령, 현재의 결혼상태, 종교가 ; 건강상태중에서는 현재의 흡연유무, 음주유무, 음주정도, 과음정도가 ; 대상노인의 과거력에서는 기타암에서 ; 가족관계에서는 현재와 과거 모두에서 가족원이 생각하는 노인과의 관계가 ; 생활사에서는 지적활동정도와 가족관계의 구심점역할 수행여부, 문제발생시 접근법에서 ; 그리고 스트레스 생활사에서는 자녀문제, 가족간의 갈등 또는 불화, 건강문제 및 위법행위 등이 치매노인군과 정상군간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

2) 치매환자 가족원의 스트레스 요인으로 가족원이 가장 흔히 부딪히는 증상은 괴상한 행동, 불결, 기분변덕, 가리지 않고 먹음, 수족떨림 등의 순으로 나타났으며, 가장 문제를 일으키는 증상은 불결, 괴상한 행동, 수면장애, 기분변덕, 의심등의 순으로 나타났다.

돌보는 가족원이 경험하는 증상은 신체적 측면에서는 피로를, 정신적 측면에서는 불안/긴장이나 기분의 침체 또는 스트레스를, 그리고 사회적 측면에서는 생활장애, 수치심, 주위의 비난, 죄책감 등을 들었다.

3) 치매환자를 돌보는 가족원의 교육과 관련한 간호요구에 대한 조사결과 "돌보는 가족원 스스로 환자간호에 필요한 지식과 기술을 충분히 갖고 있다고 생각하십니

까?”라는 문항에 대해 ‘충분하다’고 한 응답자가 19명인 반면에 40명이 ‘부족하다’로 그리고 16명은 ‘아주 부족하다’로 답하여 환자간호를 위한 지식과 기술에 대한 교육 요구도가 높음을 보여주었다.

또한 가족원들이 희망하는 서비스 형태는 전문치료기관을 가장 많았으며, 다음으로는 수용이나 보호시설, 역할 분담, 상담이나 교육(정보제공)의 순으로 나타났다.

## 2. 대안작성 단계

### 1) 교육프로그램 매뉴얼 개발

치매환자에게는 손상된 뇌기능을 보상해 주는 간호기술이 가장 필요한 부분이라고 알려져있으며 이러한 간호기술은 치매환자의 독특한 특성으로 인해 매우 전문적인 기술을 요하나 우리나라에서는 특별히 이에 대한 지침이나 간호기술의 개발이 이루어지지 못하고 있다.

본 연구자들이 수행한 일단계 연구(홍여신등, 1994)를 통해 치매가족의 실제 간호기술에 대한 높은 교육요구도를 알아내었고, 대안작성 단계에서는 치매환자 가족간호 향상을 위해 일단계 연구결과에서 가족원이 스트레스를 느끼게 되는 환자의 이상행동과 관련문헌을 기초로 가족원이 환자를 돌볼때 사용할 수 있는 간호지침서인 교육프로그램의 매뉴얼을 제작하였다.

본 간호지침서는 주로 ぼけと看護(馬場一雄 외), 치매성老人の介護 -介護者のための老人問題實踐シリーズ(小室豊允외, 1988), 치매성老人のふれあい介護マニュアル(江藤文夫 監譯)등의 일본문헌과 Care of Alzheimer's Patients : A Manual for Nursing Home Staff(Gwyther, 1985)등 미국문헌을 참고로 작성하였다. 구체적인 실례등은 앞으로 보완해 나가는 작업이 필요하다고 보여지나 현실적으로는 매우 유용한 지침서로 사용될 수있으리라 기대된다.

매뉴얼의 구체적인 구성내용은 다음과 같다.

#### (1) 치매란 무엇인가?

치매에 대한 원인및 병리학적 설명과 간호자를 위한 행동지침을 담고있다.

#### (2) 치매관련 문제행동

치매의 증상으로 나타나는 문제행동과 각 문제행동에 대한 간호기술로 이루어진다. 문제 행동에는 사회적 의견(social facade) ; 우울-무감동-위축 ; 뒤집, 흠칫, 쌓아둠 ; 배회 ; 의심 ; 망상 ; 환각 ; 파국적행동(catastrophic reactions) ; 야간이상행동 ; 부적절한 행동 등이 포함된다.

### (3) 안 전

각종 안전사고에 대한 설명과 이에 대응한 간호에 대한 내용을 담고있다.

### (4) 대 화

환자의 대화능력상실 과정과 대화의 중요성을 강조하고 언어적 의사소통뿐 아니라 환자의 눈과 행위 또는 표정등을 통한 비언어적 의사소통법을 담고 있으며, 대화능력의 유지를 위한 간호내용을 담고있다.

### (5) 일상생활에 있어서 기본동작 간호

구강위생, 식사, 배설, 의생활, 목욕, 수면등 일상생활 부분에서 중요한 활동에서 일어날수 있는 문제와 이에 대한 간호내용을 설명하고 있다.

### (6) 활 동

환자에게 남아있는 활동능력의 신장을 위한 간호내용을 기술하였다.

## 2) 가정방문 및 교육활동에 대한 계획

치매환자가족을 대상으로한 교육프로그램의 적용을 위해서 '본 연구원들이 교육자료를 만들고, 그 자료를 기초로 일개 군지역의 보건진료원들에게 교육을 실시한 다음 보건진료원들이 해당 가정을 방문하여 교육의 실시와 함께 환자 간호를 시범보이고 그 효과를 측정하였다. 보건진료원 교육시에는 교육매뉴얼의 내용을 기본으로 치매의 발생요인, 종류등도 포함하였다. 보건진료원의 가정방문은 모두 4회에 걸쳐 이루어졌다.

## 3. 대안검증 단계

대안작성 단계에서 계획된 대안에 대해 그 효능을 검증하는 단계로서 유사실험연구설계에 의해 대안으로 채택된 4회에 걸친 가정방문활동을 통한 교육이 치매환자와 가족원에게 어떤 효과를 미치는 지를 교육 전, 후로 가설 검증을 통해 비교검증하였다. 자료수집은 94년 6월 10일 부터 8월 20일에 걸쳐 이루어졌다. 연구대상및 진행과정은 다음과 같다.

### 1) 연구 대상

충청남도 일 지역을 대상으로 MMSE-K를 이용하여 치매여부를 진단하고 관련요인을 조사(홍여신등, 1994)한 일단계 연구 대상자들 중에서, MMSE-K 점수가 20점 이하로 치매로 분류된 대상자들 중 일개 군지역에 거주하는 총 43명의 치매환자와 그가족을 대상으로

로 하였다.

## 2) 가족간호 실시 및 자료수집

치매환자 가족을 대상으로 교육을 실시하고 교육효과를 평가하기 위해 보건진료원이 4주에 걸쳐 4회 가정방문을 하였다. 첫번째 방문에서 보건진료원은 사전조사와 교육자료에 기초하여 가족에게 교육을 실시하였다. 두번째와 세번째 방문에서 보건진료원은 환자간호 상황을 보면서 시범과 보완교육을 실시하였다. 그리고 마지막 4번째 방문에서 교육의 보완과 설문지를 이용하여 사후평가를 실시하였다. 방문은 1주일 간격으로 이루어졌다. 가족교육은 치매발생 관련요인 조사(홍여신등, 1994)에 참여하였던 보건진료원 중에서 일단계 연구에 열심히 참가하고 이단계 연구에 관심을 보인 충청남도 일개 군지역의 보건진료원들에 의해 수행되었다.

## 3) 가설 설정

훈련받은 보건진료원이 가정방문을 통해 실시한 치매노인을 돌보는 가족원에 대한 교육의 효과를 측정하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 가설 1. 교육 전, 후의 가족원의 삶의 질에는 차이가 있을 것이다.
- 가설 2. 교육 전, 후의 가족원의 역할스트레스에는 차이가 있을 것이다.
- 가설 3. 교육 전, 후의 가족원의 부담감에는 차이가 있을 것이다.
- 가설 4. 교육 전, 후의 환자의 이상행동빈도는 차이가 있을 것이다.
- 가설 5. 교육 전, 후의 가족원의 치매에 대한 지식은 차이가 있을 것이다.
- 가설 6. 교육 전, 후의 가족원의 치매교육에 대한 태도는 차이가 있을 것이다.

## 4) 자료수집 도구

### (1) 삶의 질 측정 도구

본 연구에서 삶의 질은 노유자(1988)가 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 정서상태(9문항), 경제생활(11문항), 자아존중감(8문항), 신체상태와 기능(9문항), 이웃관계(4문항), 가족관계(6문항) 등 6개 요인 47문항으로 구성되어 있으며 도구의 내적신뢰도인 Cronbach alpha는 .7805로 나타났다.

### (2) 역할스트레스 측정 도구

역할스트레스는 양영희(1992)가 개발한 역할 스트레

스 도구를 사용하였다. 원래의 도구는 역할과중, 역할갈등, 역할보호성 각각의 6문항, 총 18문항의 4점 척도로 구성되어 있으나 본 연구에서는 관련성이 적은 3문항을 제외하고 총 15문항으로 측정하였으며, 추후 신뢰도가 낮은 한 문항을 다시 제하여 총 14문항으로 구성된 도구를 사용하였다. 이렇게 수정된 도구의 내적신뢰도는 .6376으로 나타났으며 이 도구에서 높은 점수가 높은 역할스트레스를 의미한다.

### (3) 부담감 측정 도구

본 연구의 부담감 측정은 Zarit의 The Burden Interview를 사용하였으며(Zarit et al, 1980), 도구는 원래의 29개 문항에서 간추려진 22개 문항으로 이루어져 있다(Zarit et al, 1987). 간호자 부담영역은 일과에 대한 영향의 4문항, 건강에 대한 영향의 10문항, 노인-간호자-가족관계의 2문항, 사회적 활동에 대한 영향의 5문항, 노인으로 인한 경제적 부담의 1문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 "전혀 그렇지 않다"부터 "매우 그렇다"까지의 범위 안에서 자신의 느끼는 바를 표시하도록 되어 있다. 도구의 신뢰도는 .8207로 나타났다.

### (4) 환자의 이상행동 측정 도구

본 연구에서 환자의 이상행동을 측정하는데 사용한 The Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)는 1979년 Pattie & Gilleard에 의해 개발된 도구로 노인의 인지, 행동의 불능정도를 측정할 수 있는 두개 영역인 Cognitive Assessment Scale (CAS)과 Behavior Rating Scale (BRS)로 구성되어 있다.

CAPE Behavior Rating Scale은 18개 항목으로 구성되어 있으며 행동장애의 4개 영역 즉 신체적 불능, 무감동, 대화장애, 사회적 장애에 대해 평가하는 검사로, 각 항목에 대해서 가족이나 간병인이 답하도록 하였으며 3점 척도로 0-2성을 갖는 전체적으로는 0-36점의 범위를 갖는다. 본 도구의 신뢰도는 .8104로 나타났다.

### (5) 치매에 대한 지식 및 교육에 대한 태도 측정 도구

조사 도구 중 지식 측정 도구는 연구자들이 개발한 교육 매뉴얼을 기초로 하여 각 부분에서 기초적인 지식으로 간주되는 사항을 중심으로 구성된 21개 문항으로 측정하였다. 각 문항에 대해 ○와 ×로 표시하게 하여 맞춘 문항수로 측정하였다. 점수분포는 0점에서 21점까지 가능하며 점수가 높을수록 지식정도가 높다.

태도 측정은 연구를 위해 제공된 교육자체에 대한 태도를 측정하는 8개 문항으로 나누어 조사하였으며, 각

문항에 대해 '매우그렇다'에서 '전혀아니다'의 4점척도로 반응하게 하여, 점수분포는 8점에서 64점으로, 점수가 높을수록 교육에 대한 태도가 좋다.

(6) 교육후 지식, 기술의 향상과 실제간호행위의 변화에 대한 가족원의 주관적인 평가 측정도구

이 부분에서는 교육 후 간호지식, 간호기술, 실제 제공하는 간호내용의 변화 및 향상정도에 대해 응답자의 주관적인 느낌을 질문한 것으로서, 교육 매뉴얼에 기초한 주요 간호내용별로 질문 항목을 구성하였다. 간호지식 및 간호기술의 향상정도에 대해서는 4점 단위로 응답하게 하였으며, 실제 환자에게 제공하는 간호내용의 변화여부에 대해서는 환자의 상태에 따른 비례당을 표시할 수 있게 하였으며, 결과는 5점 단위로 점수를 표시하게 하였다.

5) 자료분석방법

수집된 자료는 도수분포, 평균 등의 서술통계와 Pearson correlation, t-test 등의 통계기법에 의해 분석하였다.

IV. 연구결과

1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 중요한 특성들을 살펴보면 <표 1>과 같다. 치매노인의 MMSE-K 점수의 범위는 9점에서 20점에 위치하며, 평균 점수는 16.32로 나타났다. 환자 연령은 66세에서 98세의 범위에 있으며 평균 연령은 82.5세이다. 성별은 남자가 6명이고 여자가 37명으로 여자환자들이 대부분을 차지하고 있다. 가족원은 남자가 17명, 여자가 26명이며, 연령은 26세에서 76세까지이며 평균 연령은 49.4세이다.

가족원의 환자와의 관계는 배우자가 6명, 자녀가 16명, 며느리가 18명, 그리고 친지가 3명으로 나타났다. 환자를 돌본 기간은 2개월에서 120개월에 걸쳐 있었으며 평균 돌봄기간은 77.3개월이었고, 하루에 환자를 돌보는 데 소요된 시간은 1시간에서 4시간이었으며 평균 1.6시간이 소요된 것으로 나타났다.

2) 교육 전, 후의 비교

교육의 실시가 가족원의 삶의 질, 역할스트레스, 부담감과 치매에 대한 지식정도 및 치매교육에 대한 태도 그리고 환자의 이상행동정도에 미치는 효과에 대한 가설검증 결과는 <표 2>와 같다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성 n(%)

특 성	구 분	n(%)	
		치매노인 실수(%)	가족원 실수(%)
연령	65세 미만	0(0 )	36(83.7)
	65~74세	6(14.1)	5(11.6)
	75~84세	21(48.8)	2( 4.7)
	85세 이상	16(37.2)	0(0 )
성별	남	6(14.1)	17(39.5)
	여	37(86.0)	26(60.5)
교육정도	무학	31(72.1)	7(16.3)
	서당	3( 7.0)	0(0 )
	국졸	8(18.6)	22(51.7)
	중졸	0(0 )	6(14.1)
	고졸	0(0 )	6(14.1)
	대졸 이상	0(0 )	1( 2.3)
	무응답	1( 2.3)	1( 2.3)
현재의 결혼상태	미혼	0(0 )	2( 4.7)
	기혼	6(14.1)	38(88.4)
	이혼	0(0 )	0(0 )
	별거	1( 2.3)	1( 2.3)
	사별	33(76.7)	0(0 )
	무응답	3( 7.0)	2( 4.7)
과거의 직업	전문직, 기술직	0(0 )	2( 4.7)
	사무직	0(0 )	1( 2.3)
	농수산직	5(11.6)	16(37.2)
	교통 및 통신직	0(0 )	1( 2.3)
	무직(학생포함)	24(55.8)	2( 4.7)
	주부	9(20.9)	17(39.5)
	자유업	3( 7.0)	4( 9.3)
	무응답	2( 4.7)	0(0 )
	종교	기독교	3( 7.0)
불교	16(37.3)	16(37.2)	
천주교	1( 2.3)	1( 2.3)	
유교	14(32.6)	16(37.2)	
무교	6(14.1)	6(14.1)	
기타	2( 4.7)	2( 4.7)	
무응답	1( 2.3)	1( 2.3)	
사회경제적 상태	상	2( 4.7)	2( 4.7)
	중	28(65.1)	21(72.1)
	하	12(27.9)	9(20.9)
	무응답	1( 2.3)	1( 2.3)
	계	43( 100)	43( 100)

〈표 2〉 교육 전, 후의 각 변수에 대한 효과

변 수	n	교육 전		교육 후		t	p값
		평균	S.D	평균	S.D		
삶의 질	43	142.93	13.7	153.67	12.8	-.78	.442
역할스트레스	43	36.44	3.9	33.86	3.5	4.86	.001
부담감	43	38.30	6.7	38.05	8.1	.41	.683
환자의 이상행동	43	21.37	6.8	20.53	7.0	2.14	.038
치매에 대한 지식정도	43	9.79	3.1	13.19	3.4	-7.07	.0001
치매교육에 대한 태도	43	20.30	2.8	18.93	1.9	3.67	.001

가설 1. “교육 전, 후의 가족원의 삶의 질에는 차이가 있을 것이다”는 교육을 제공 받기 전의 평균 가족원의 삶의 질은 142.93이고 교육 받은 후의 평균 삶의 질은 143.67로 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 가설 1은 채택되지 못하였다.

가설 2. “교육 전, 후의 가족원의 역할스트레스에는 차이가 있을 것이다”는 교육 받기 전의 평균 가족원의 역할스트레스는 38.58이고 교육 받은 후의 평균 역할스트레스는 36.02로 통계적으로 유의한 차이가 있어 교육의 효과가 있는 것으로 나타나 가설 2는 채택되었다 (p=.001).

가설 3. “교육 전, 후의 가족원의 부담감에는 차이가 있을 것이다”는 교육 받기 전의 평균 가족원의 부담감은 38.30이었으며 교육 받은 후에는 38.04로 차이가 없어 가설 3은 채택되지 못하였다.

가설 4. “교육 전, 후의 환자의 이상행동빈도는 차이가 있을 것이다”는 Patti의 도구를 이용하여 측정한 환자의 평균 이상행동 정도가 교육 받기 전에 21.37이고 교육을 받은 후에는 20.53으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 가설 4는 채택되었다(p=.038).

가설 5. “교육 전, 후의 가족원의 치매에 대한 지식은 차이가 있을 것이다”는 가족원의 치매에 대한 평균 지식 정도는 교육 전에 9.79에서 교육 후 13.18로 유의한 차이

가 있어서 교육의 효과가 있는 것으로 나타났다(p=.0001).

가설 6. “교육 전, 후의 가족원의 치매교육에 대한 태도는 차이가 있을 것이다”는 가족원의 치매교육에 대한 태도의 평균은 교육 받기 전에 20.30에서 교육 후에는 18.93로 유의한 차이를 보임으로써 가설 6은 채택되었다(p=.001).

이상의 결과를 요약해 보면, 치매환자 가족원을 대상으로 보건의료원이 가정방문을 통해 교육과 간호에 대한 시범을 보임으로써, 가족원의 삶의 질이나 부담감에는 유의한 영향을 미치지 못하였으나, 가족원의 치매에 대한 지식의 증가와 역할스트레스의 감소 그리고 환자의 이상행동에 미치는 유의한 영향을 미친 것으로 나타났다.

3) 변수들 간의 상관관계

치매환자를 돌보는 가족원의 삶의 질이나 부담감 또는 역할스트레스 그리고 환자의 이상행동이나 가족원의 치매에 대한 지식정도나 치매교육에 대한 태도가 가족원의 연령, 환자를 돌본 기간, 일일 평균 간호시간과 환자의 연령 및 MMSE-K 점수와 어떤 관련성이 있는지를 살펴본 결과는〈표 3〉과 같다. 환자 및 가족원의 연령이 가족원의 역할 스트레스와 유의한 상관관계를 보이는 것으로 나타났다.

〈표 3〉 환자연령, 가족원의 연령, 교정후 MMSE-K점수, 하루간호시간, 총간호기간과 제변수와의 상관관계

	환자 연령	가족원 연령	교정후 MMSE-K 점수	하루 간호시간	총간호 기간
역할스틀스	.4016*	.4111*	.1146	.0539	.0094
부담감	.0609	.3203	-.1434	.1969	.0396
삶의 질	-.1059	.0721	-.1369	-.1019	-.0408
이상행동	-.0010	-.1489	.2759	-.1756	-.0554
치매에 대한 지식	.0063	.2311	.1230	-.1715	.1443
교육에 대한 태도	.2756	.0302	-.1589	.2572	-.0965

n=43 p-값 : \*-.01 \*\*-.001



4) 교육후 지식, 기술의 향상과 실제간호행위의 변화에 대한 가족원의 주관적인 평가

가족원들은 본 연구에서 실시한 치매에 대한 교육과 같은 내용을 전에 들었다는 경우는 33%인 14명에 불과한 반면에 처음이라고 한 경우가 65%인 28명이었으며, 본 연구의 교육내용에 대해 98%에 해당하는 42명이 참신하다고 응답하였으며, 역시 98%인 42명이 실제 간호수행에 도움이 된다고 하였다. 이전에 교육과 같은 내용을 들었다는 14명의 경우 2명만이 의료기관에서 들었고 책에서 보았다는 경우가 6명, TV/라디오에서 들은 경우가 5명, 친지나 친구에게서 들은 경우가 1명이었다.

보건진료원으로 부터 치매에 관한 교육을 받은 후 간호지식의 향상 정도와 간호기술의 향상 정도에 대한 가족원의 직접적인 판단과 실제로 교육 내용을 환자를 돌보면서 실천하였는지에 관한 사항을 조사한 결과 환자의 이상행동, 환자위주의 환경조절에 대한 지식, 환자의 활동프로그램 및 방법, 환자와의 대화방법, 환자의 안전도모에 대한 지식, 일상생활에 대한 지식은 모든 항목에서 65%의 응답자가 지식정도가 증가하였다고 하였으며, 특히 이상행동에 대한 지식은 9.3%가 매우 증가되었다고 하여, 효과가 있는 것으로 나타났다. 위의 각 항목에 대한 기술의 향상 정도와 관련하여서는 환자와의 대화기술이 4.7%는 '매우증가'하였으며, 76.7%에서 '증가'하였다고 하여 특히 변화가 많았다. 환자의 이상행동조절

기술도 67.4%에서 '증가'되었다는 긍정적인 반응을 보였으나, 환자위주의 환경조절기술이나 환자의 활동프로그램방법은 각각 74.4%, 88.4%가 '증가없음'이라고 하여, 교육으로 변화하기에는 현실적인 제약이 있는 것으로 나타났다. 환자의 안전도모 위한 기술이나 일상생활과 관련한 기술도 55.8%와 62.2%가 '증가 없음' 일상생활과 관련해서는 7.0%가 '전혀증가없음'이라는 반응을 보이기도 하였다.

실제 위의 각 항목에서 환자에게 제공하는 간호내용에 변화가 있었는가에 대해서는 대체로 긍정적인 변화가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면 환자의 이상행동조절과 관련해서는 특히 "환자의 주장을 인정한다"와 "어린애 같은 말투를 사용하지 않는다"가 83.7%와 72.1%에서 '그렇다'라는 반응을 얻었으며, "도덕적 훈계를 하지 않는다"는 53.5%가 '아니다'라고 하여 많이 변화되지 않는 현상으로 나타났다.

환자의 생활환경변화와 관련해서는 "환자가 좋아하는 물건을 배치한다"가 62.8%에서 '그렇다'라고 하였으며, 활동프로그램 제공과 관련해서는 "환자가 하는 단순행위라도 존중해 준다"와 "간단한 집안일에 참여시킨다"가 모두 76.7%에서 '그렇다'라는 긍정적인 변화가 있음을 보여주었으며 특히 "간단한 집안일에 참여시킨다"는 7%에서 '매우그렇다'라고 하여 교육이 필요하였음을 보여주었다.

〈표 4〉 교육후 지식, 기술의 향상과 실제간호행위의 변화에 대한 가족원의 주관적인 평가 n(%)

	매우증가	증가	증가없음	전혀증가없음
다음 각각의 항목에 대해 본인의 지식이 어느정도 향상되었다고 느끼십니까?				
환자의 이상행동에 대한 지식	4( 9.3)	27(62.8)	11(25.6)	1( 2.3)
환자위주의 환경조절에 대한 지식	0(0 )	26(60.5)	17(40.0)	0(0 )
환자의 활동프로그램의 방법	0(0 )	26(60.5)	17(40.0)	0(0 )
환자와의 대화방법	4( 9.3)	28(65.1)	11(25.6)	0(0 )
환자의 안전도모에 대한 지식	0(0 )	26(60.5)	17(40.0)	0(0 )
일상생활(의복, 식사, 배설)에 대한 지식	0(0 )	27(62.8)	16(37.2)	0(0 )
실제로 다음 각 항목의 기술은 어느정도 향상되었다고 느끼십니까?				
환자의 이상행동 조절기술	0(0 )	29(67.4)	14(32.6)	0(0 )
환자위주의 환경조절기술	0(0 )	11(25.6)	32(74.4)	0(0 )
환자의 활동프로그램 방법	0(0 )	4( 9.3)	38(88.4)	1( 2.3)
환자와의 대화기술	2( 4.7)	33(76.7)	8(18.6)	0(0 )
환자의 안전도모를 위한 기술	0(0 )	17(40.0)	24(55.8)	2( 4.7)
일상생활(의복, 식사, 배설)의 제공	0(0 )	13(30.2)	27(62.8)	3( 7.0)

	매우 그렇다	그렇다	아니다	전혀 아니다	비해당
실제로 환자에게 제공하는 간호내용에 변화가 있었습니까?					
- 환자의 이상행동 조절					
환자의 주장을 인정한다.	2( 4.7)	36(83.7)	5(11.6)	0(0 )	0(0 )
화를 내지 않는다.	0(0 )	22(51.2)	20(46.5)	1( 2.3)	0(0 )
도덕적 훈계를 하지 않는다.	0(0 )	19(44.2)	23(53.5)	1( 2.3)	0(0 )
배회시 도움을 요청하면서 데리고 온다.	0(0 )	24(55.8)	14(32.6)	5(11.6)	0(0 )
어린애 같은 말투를 사용하지 않는다.	2( 4.7)	31(72.1)	10(23.3)	0(0 )	0(0 )
- 환자의 생활환경 변화					
환자가 좋아하는 물건을 배치한다.	1( 2.3)	27(62.8)	14(38.8)	1( 2.3)	0(0 )
집안을 조용하게 만든다.	1( 2.3)	17(40.0)	21(48.8)	4( 9.3)	0(0 )
환자를 일으킨 물체나 장소를 치우거나 밤에 조명을 켜준다.	1( 2.3)	19(44.2)	22(51.2)	1( 2.3)	0(0 )
- 활동 프로그램 제공					
규칙적인 생활계획을 수립한다.	1( 2.3)	10(23.3)	28(65.1)	3( 7.0)	1( 2.3)
환자가 하는 단순행위라도 존중해 준다.	1( 2.3)	33(76.7)	8(18.6)	1( 2.3)	0(0 )
간단한 집안일에 참여시킨다.	3( 7.0)	33(76.7)	4( 9.3)	3( 7.0)	0(0 )
- 환자와의 대화					
가족이 하는 일에 대해 자주 설명해준다.	2( 4.7)	38(85.1)	12(27.9)	0(0 )	1( 2.3)
한번에 여러개의 질문을 하지 않는다.	1( 2.3)	23(53.5)	19(44.2)	0(0 )	0(0 )
환자가 반응하기를 기다린다.	3( 7.0)	20(46.5)	20(46.5)	0(0 )	0(0 )
환자가 적절한 단어를 찾지 못할 때는 단서를 제공한다.	0(0 )	19(44.2)	22(51.1)	2( 4.7)	0(0 )
조용하고 부드럽게 이야기 한다.	0(0 )	39(90.7)	4( 9.3)	0(0 )	0(0 )
- 환자의 안전도모					
위험한 물건을 치운다.	2( 4.7)	38(88.4)	2( 4.7)	1( 2.3)	0(0 )
수돗물을 잠그도록 여러 표시를 해준다.	0(0 )	16(37.2)	15(34.9)	12(27.9)	0(0 )
가스의 잠금장치를 환자에게 보이지 않게 한다.	0(0 )	16(37.2)	11(25.6)	16(37.2)	0(0 )
담배를 피울 경우에는 옆에서 지킨다.	0(0 )	17(40.0)	4( 9.3)	4( 9.3)	18(41.9)
- 의복					
혼자 입고 벗도록 옷을 순서대로 놓아준다.	0(0 )	20(46.5)	13(30.2)	7(16.3)	3( 7.0)
입고 벗기 편한 옷을 준비한다.	6(14.0)	34(79.1)	3( 7.0)	0(0 )	0(0 )
- 식사					
일정량은 반드시 먹도록 식사시간과 횟수를 늘린다.	0(0 )	23(53.5)	19(44.2)	1( 2.3)	0(0 )
식사거절시 기분전환을 시킨 후 다시 시도한다.	0(0 )	18(41.9)	24(55.8)	1( 2.3)	0(0 )
많이 먹을 때는 열량이 낮은 음식을 준다.	0(0 )	17(40.0)	21(48.8)	5(11.6)	0(0 )
- 배설					
일정한 간격으로 미리 배설을 시킨다.	0(0 )	25(58.1)	12(27.9)	6(14.0)	0(0 )
밤에는 수분섭취를 제한한다.	6(14.0)	34(79.1)	3( 7.0)	0(0 )	0(0 )
화장실을 알 수 있도록 표시를 하거나 화장실의 문을 항상 열어놓는다.	0(0 )	23(53.5)	17(40.0)	3( 7.0)	0(0 )

환자와의 대화에서는 “조용하고 부드럽게 이야기한다”에서 가장 많은 변화(90.7%)를 보였으며, “가족이 하는 일에 대해 자주 설명해준다”도 ‘매우그렇다’와 ‘그렇다’를 합쳐서 69.8%에서 긍정적인 변화를 보였으나 “환자가 적절한 단어를 찾지 못할 때는 단서를 제공한다”는 ‘아니다’와 ‘전혀아니다’를 합쳐서 모두 55.9%가 변화가 없음을 나타내었다.

환자의 안전도모와 관련해서는 “위험한 물건을 치운다”가 가장 많은 변화를 보인 문항으로 나타났으며, 의복에서는 “입고 벗기 편한 옷을 준비한다”에서 긍정적인 변화가 많았으며, 식사와 관련해서는 “일정량은 반드시 먹도록 식사시간과 횟수를 늘린다”가 53.5%에서 ‘그렇다’고 한 반면에 “식사거절시 기본전환을 시킨 후 다시 시도한다”와 “많이 먹을 때는 열량이 낮은 음식을 준다”가 ‘아니다’와 ‘전혀아니다’를 합쳐서 각각 58.1%와 60.4%로 변화를 하기가 어려운 사항으로 나타났다. 배설과 관련해서는 “일정한 간격으로 미리 배설을 시킨다”나 “화장실을 알 수 있도록 표시를 하거나 화장실 문을 항상 열어놓는다” 보다는 “밤에는 수분섭취를 제한한다”에서 ‘매우그렇다’와 ‘그렇다’가 합쳐서 93.1%의 변화를 보임으로써 환자의 불편감 감소를 위한 소극적 행동에서 많은 변화가 있음을 알 수 있다(표 4).

## V. 논 의

이미 고령화사회에 진입한 선진외국의 사례를 통해서 볼때 다른 연령층에 비해 상대적으로 빠른 증가를 보이는 노인의 문제가 우리나라에서도 점차 증가할 것이므로, 치매노인과 가족의 건강과 복지를 위한 대책마련이 중요한 과제로 대두되고 있다.

외국의 경우에는 치매의 원인, 감별진단, 치료방법, 약물에 관한 연구와 가족원의 부담감에 대한 연구가 활발하게 이루어지고 있을뿐 아니라 간호사들이 중심이 되어 치매노인과 가족을 위한 다양한 프로그램과 서비스가 개발되어 시행되고 있으며 그 효과를 알아보는 연구(Ferris, 1992; Scharlach and Frenzel, 1986; Winogron, Fisk, Kirsling and Keyes, 1987)가 활발히 이루어지고 있다. 우리나라의 경우 치매노인에 대한 관심은 늘어나고 있으나 아직 치매환자에 대한 역학조사도 초기단계로, 전국적인 실태는 알지 못하며 일부 지역(박종한, 1993; 우중인, 1994)을 대상으로한 역학조사나 병원에 입원한 노인환자를 근거로 치매환자를 추정하는(박종한, 1993) 단계이다. 임상연구도 주로 치매

의 진단이나 원인(김용선, 1992; 남궁기등, 1993; 권용철과 박종한, 1989; 박종한, 1993) 등 의사들에 의한 원인이 중심의 과제에 치우쳐있거나 혹은 사회복지차원에서 치매환자가족원이 경험하는 부담감이나 환자에게서 나타나는 증상등을 조사하는 단계(이성희와 권중돈, 1993; 문혜리, 1992)에 머물러있다.

그러나 치매노인의 문제는 원인에 따라 치유가능한 종류도 있으나 대부분이 치유불가능한 만성적인 질환으로 여러가지 건강문제를 가지고 있으며 또한 환자에 대한 책임을 거의 가정이 지고 있는 현상황하에서 이들 치매노인을 돌보는 가족원도 여러가지 심각한 정신, 신체, 사회적인 문제를 경험하는 특성을 있으므로 이들 치매노인과 가족을 위한 간호학적 접근의 중요성과 의미가 크다고 생각된다.

이에 본 연구자들은 노인성치매환자의 관리를 위해서 이미 수행한 일단계 연구의 치매발생요인조사를 조사사를 통하여 예방을 위한 중재전략을 수립하고자 하였다. 환자 가족원의 스트레스와 간호요구에 대한 조사를 근거로 이 단계 연구인 본 연구에서는 환자 가족원을 위한 간호중재방안의 하나로 교육프로그램을 개발하여 적용하고 그효과를 보는 운영연구를 실시하였다.

주간호자 83명을 대상으로 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구를 조사한 이성희와 권중돈(1992)의 연구결과에서도 주간호자가 노인의 치료와 관련된 애로사항중에서 가장 어려움을 많이 겪는 것이 간호지식의 부족으로 인하여 겪는 애로하고 보고하였는데, 본 연구결과에서도 대상자의 65%인 28명이 교육내용과 같은 이야기를 이전에 들은 적이 없었다고 하였으며, 들은 적이 있다는 14명의 대상자 중에서도 의료기관에서 들은 사람은 2명에 불과하여 지역사회에 거주하는 가족원들이 치매에 대한 적절한 정보를 얻기가 어려움을 알 수 있다. 대상자들은 98%(42명)가 실제간호수행에 도움이 된다고 하여 가족원들을 대상으로한 교육의 필요성이 지지되었다.

또한 교육프로그램의 실시 전후에 비교한 가족원의 삶의 질, 역할스트레스, 부담감과 환자의 이상행동, 그리고 가족원의 치매에 대한 지식과 교육에 대한 태도에서는 역할스트레스와 지식정도 그리고 환자의 이상행동 및 교육에 대한 태도가 유의한 차이를 보였다. 이러한 결과는 가족원에게 제공한 환자간호기술에 대한 교육은 가족원의 능력을 신장시킨다는 Biegel등(1984), Chiverton 과 Caine(1989), 그리고 Baldwin, Kleeman, Stevens 과 Rasin(1989) 등의 연구결과와 일치한다.

특히 환자를 돌보는 새로운 역할에 대한 정보부족으로 환자를 돌보는데 어려움을 느끼는 역할모호성을 포함한 역할스트레스는 교육의 실시로 유의한 차이를 보였으며, 환자상태에 대한 증가된 지식으로 실제 환자를 보면서 “환자의 주장을 인정한다”, “간단한 집안일에 참여시킨다”, “조용하고 부드럽게 이야기한다”, “위험한 물건을 치운다”, “입고 벗기 편한 옷을 준비한다” 그리고 ‘밤에는 수분 섭취를 제한한다’ 등 환자의 이상행동이나 불편감을 감소시킬 수 있는 행동의 변화로 환자에게 보다 적합한 환경을 조성함으로써, 환자의 이상행동이 감소한 것은 교육의 효과가 상당히 큰 것을 알 수 있을 뿐 아니라 치매환자에게 적용하는 환경-적합성이론(environment-fit theory)의 논리를 확인할 수 있어 본 연구결과는 지역사회 치매노인과 가족원을 위한 보건진료원을 통한 방문간호사업의 효과를 확인하는 것에서도 그 의미를 찾을 수 있다고 본다.

그러나 가족원의 삶의 질이나 부담감에서는 유의미한 차이를 보이지 못하였는데, 이는 삶의 질과 부담감이 경제 면이나 이웃관계등 구성영역이 다양하여, 치매에 대한 일반적인 이해나 이상행동에 대한 교육만으로는 효과를 나타내는데 한계가 있기 때문으로 생각되며, 이는 많은 가족원들이 일정기간 환자로 부터 분리되어 휴식을 취할 수 있기를 가장 원하는 것이나(Shope등, 1993) 역할의 분담을 원하는 연구결과(홍여신등, 1994)과도 관련있는 것으로 생각된다. 그럼으로 보건진료원의 담당지역을 중심으로한 지지그룹의 형성을 포함한 보다 포괄적인 간호재방안의 개발이 필요하다고 생각된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 노인성치매 발생요인과 가족원의 스트레스 요인에 관한 조사연구(홍여신 등, 1994)에 이어 운영연구기법을 이용하여 치매환자 가족원을 대상으로 치매환자에 대한 관리내용을 담은 교육프로그램 매뉴얼을 개발하였으며 이를 기초로 보건진료원이 개별 가정방문교육을 실시한 후 그효과를 규명해 보았다.

1994년 6월 10부터, 8월 20일 까지 충청남도 일개 군지역의 치매환자와 가족 43명을 대상으로 유사실험설계로 이루어졌으며, 교육및 효과측정은 보건진료원이 가정방문하여 이루어졌다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 교육전, 후의 삶의 질에는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

2. 교육전, 후의 역할스트레스는 유의한 차이를 보였다.
3. 교육전, 후의 부담감은 유의한 차이가 나타나지 않았다.
4. 교육전, 후의 환자의 이상행동은 유의한 차이를 보였다.
5. 교육전, 후의 가족원의 치매에 대한 지식은 유의한 증가를 보였다.
6. 교육전, 후의 가족원의 치매교육에 대한 태도는 유의한 차이를 보였다.
7. 제 변수간의 상관관계를 본 결과, 환자의 연령과 가족원의 연령이 가족원의 역할스트레스와 유의한 상관관계( $p=.01$ )를 보였다.
8. 교육후 환자의 이상행동, 환자위주의 환경조절, 환자의 활동프로그램, 환자와의 대화법, 환자의 안전도모 그리고 의복, 식사, 배설을 포함한 일상생활면에서 지식, 기술의 향상과 실제간호행위의 변화에 대한 가족원의 주관적인 평가에서 가족원들은 지식은 모두 60%에서 65%의 응답자가 ‘매우증가’ 또는 ‘증가’되었다고 하였다. 각 항목의 기술향상에 대해서는 “환자와의 대화기술”이 가장 많은 향상을 보인 것으로 나타났다, “환자의 활동프로그램”이 가장 변화가 없는 것으로 나타났다.

실제로 환자에게 제공하는 간호내용과 관련해서는 대부분이 긍정적인 변화가 있는 것으로 나타났으며 80% 이상의 응답자가 ‘매우그렇다’ 또는 ‘그렇다’라는 반응을 보인 구체적인 문항은: “환자의 주장을 인정한다”, “간단한 집안일에 참여시킨다”, “조용하고 부드럽게 이야기한다”, “위험한 물건을 치운다”, “입고 벗기 편한 옷을 준비한다” 그리고 “밤에는 수분 섭취를 제한한다” 등이었다.

본 연구를 바탕으로 다음 연구를 제언하고자 한다.

본 연구는 지역사회에 있는 노인성치매 환자와 가족원을 대상으로 교육프로그램을 개발 적용하여 그 효과를 살핀 것으로, 도시지역에서의 교육프로그램의 효과를 알아보는 연구를 하여 그효과를 비교할 필요가 있다.

또한 교육프로그램의 적용을 포함한 지역사회 서비스 프로그램(예를 들면 탁노소나 단기보호소 등)을 개발하여 그 효과를 살펴보는 연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 김옥수(1993). 혈역투석환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구, 서울대학교 석사학위논문.
- 김종숙(1987). 한국노인의 생활만족에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

- 김용선(1992). 노화와 알츠하이머병, 녹십자보, 4(20), 215-223.
- 권영은(1990). 암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 권용철, 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-mental state examination의 표준화연구 제1편 : MMSE-K의 개발. 신경정신의학, 28(3), 125-135.
- 남궁기, 이홍식, 유계준(1993). 치매의 진단과 치료, 한국노년학회 한국노인병학회 한국노화학회 '93연합 학술발표대회(초록집), 33-47.
- 노유자(1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 문혜리(1992). 가정내 치매노인간호자의 실태분석과 사회복지적 대응방안에 관한 연구, 충북대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 박종한, 고효진, 하재창, 박영남, 정철호(1991). 경북 영일군 어느 면지역 노인들에서 치매의 유병율, 정신신경학회지, 30(6), 1121-1129.
- 박종한(1993). 지역사회 치매 유병률 조사에서 선별검사의 의의, 신경정신의학, 32(1), 70-75.
- 박종한(1993). 치매의 역학, 의학정보, 9, 61-62.
- 양영희(1992). 만성 입원 환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조모형, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 우종인(1994). 새건강신문, 1995년 5월 7일.
- 오복자(1993). 암환자의 건강증진 행위와 삶의 질과의 관계연구, 삼육대학교 논문집, 25.
- 오복자(1994). 위암환자의 건강증진행위와 삶의 질에 측모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이성희, 권중돈(1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지요구, 서울특별시 북부노인종합복지관 연구보고서.
- 장혜경(1989). 암환자의 가족지지 및 자아존중감 및 질적 삶의 관계연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 한윤복, 노유자 및 김남초(1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. 간호학회지, 20(3), 399-413.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주(1994). 노인성 치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구, 간호학회지, 24(3), 448-460.
- 통계청, 장래인구추계(1990-2021년), 1991
- 馬場一雄 의. ぼけと看護, 看護 Mook No. 20, 金原出版社.
- 小室豊允의(1988). 치매성老人的 介護 - 介護者のための 老人問題實踐シリーズ, 中央法規出版株式會社.
- 江藤文夫 監譯(1991). 치매성老人的 ふれあい 介護マニュアル, 醫齒藥出版株式會社.
- Baillie, V., Norbeck, J. S. & Barnes, L. E. A. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. Nursing Research, 37(4), 217-222.
- Baldwin, B., Kleeman, K., Stevens, G., & Rasin, J. (1989). Family Caregiver stress : Clinical assessment and management. International Psychogeriatrics, 1, 185-194.
- Biegel, D., Shore, B., & Gordon, E.(1984). Building support networks for the elderly : Theory and application. Beverly Hills, CA : Sage.
- Brown, J. S., Rawlinson, M. E., & Milles, N. C. (1981). Life Satisfaction and Chronic Disease : Exploration of a Theoretical Model, Medical Care, 19(11), 1136.
- Burckhardt, C. S.(1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. Nursing Research, 34(1), 11-16.
- Burns, E. M., & Buckwalter, K. C(1988). Pathophysiology and Etiology of Alzheimer's Disease. Nursing Clinics of North America, 23(1), 11-29.
- Cantor, M. H.(1980). Caring for the frail elderly. Paper presented at the 33 Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Diego.
- Chiverton, P. & Caine, E. D.(1989). Education to assist spouses coping with Alzheimer's disease : A controlled trial. Journal of the American Geriatric Society, 37, 593-598.
- Edward, J. N., & Klemmack, O. L.(1973). Correlates of Life Satisfaction : A Re-examination. Journal of Gerontology, 28(4), 497-502.
- Ferris, M.(1992). Nursing interventions for families of nursing-home residents : Structured discussion of concerns can ease the transition to nursing-home care for both residents and their families. Geriatric Nursing, January /February, 37-38.

- Fruehwirth, S. S.(1989). An application of Johnson's behavioral model : A case study. Journal of Community Health Nursing, 6, 61-71.
- Goldstein, V., Regnery, G., & Wellin, E.(1981). Caretaker role fatigue. Nursing Outlook, 29, 24-30.
- Grad, J. & Sainsbury, P.(1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service : A two year follow-up. British Journal of Psychiatry, 114, 265-278.
- Gwyther, L. P.(1985). ACSW, Care of Alzheimer's Patients : A Manual for Nursing Home Staff, American Health Care Association and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.
- Gwyther, L. P., George, L. K.(1986). Symposium "Caregivers for Dementia Patients : Complex Determinants of Well-Being and Burden". The Gerontologist, 26(3), 245-247.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., Berry, J. W., & Hughes, G. H.(1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. J Am Geriatr Soc, 35, 405-411.
- Johanna, C. J. M., & Ferdinand, C. E.(1985). The Quality of Life of Cancer Patients : A Review of the Literature. Social Science & Medicine, 20(8), 809-817.
- Lazarus, L., Stafford, B., Copper, K., Cohler, B., & Dyken, M.(1981). A pilot study of an Alzheimer's patient's relatives discussion group. The Gerontologist, 21, 353-358.
- Lewis, F. M.(1982). Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-stage Cancer Patients. Nursing Research, 31(2), 113-118.
- Magilvy, J. K.(1985). Quality of Life of Hearing-impaired Older Women. Nursing Research, 34(3), 140-144.
- Maas, M. L. & Buckwalter, K.(1991). Alzheimer's disease. Annual Review of Nursing Research, 9, 19-55.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R.(1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 34, 19-26.
- Moseley, P. W., Davies, H. D., & Priddy, J. M.(1988). Support groups for male caregivers of Alzheimer's patients. Clinical Gerontologist, 7, 127-136.
- Palmore, E. & Luikart, C.(1972). Health and Social Factors Related to Life Satisfaction. Journal of Health and Social Behavior, 13, 68-80.
- Pattie A.(1979). Measuring Levels of Disability : the Clifton Assessment Procedures for the Elderly. In : Psychological Assessment of the Elderly, Wattis, & Hindmarch (1)(eds), Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 61-80.
- Pruchno, R. A. & Potashnik, S. L.(1989). Caregiving spouses : Physical and mental health in perspective. J Am Geriatr Soc, 37, 697-705.
- Quayhagen, M. P. & Quayhagen, M.(1989). Differential effects of family-based strategies on Alzheimer's disease. The Gerontologist, 29, 150-155.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. J.(1982). The Impact of Dementia on the Family. JAMA, 248(3), 333-335.
- Roberts, B. L. & Algase, D. L.(1988). Victims of Alzheimer's disease and the environment. Nursing Clinics of North America, 35(2), 113-118.
- Romaniuk, M., & Arling, G.(1983). An analysis of the stress experienced by caregivers of adult day care clients. Paper resented at the 36th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.
- Scharlach, A., Frenzel, C.(1986). An evaluation of institution-based respite care, The Gerontological Society of America, 26(1), 77-82.
- Schmidt, G. L., & Keyes, B.(1985). Group psychotherapy with family caregivers of demented patients. The Gerontologist, 25, 347-349.
- Schoenberg B. S., Anderson, D. W. & Haerer, A.(1985). Severe dementia : prevalence and clinical

cal features in a biracial U. S. population, Arch Neurol 42, 740-743.

Shope, J. T., Holmes, S. B., Sharpe, P. A., Goodman, C., Izenson, S., Gilman, S. & Foster, N. (1993). Services for persons with dementia and their families: A survey of information and referral agencies in Michigan, The Gerontologist, 33(4), 529-533.

Winogron, I. R., Fisk, A. A., Kirsling, R. A. & Keyes, B. (1987). The relationship of caregiver burden and morale to Alzheimer's disease patient function in a therapeutic setting, The Gerontologist, 27(3), 336-339.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden, The Gerontologist, 20, 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), 26-266.

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1987). The Memory and Behavior Problems Checklist-1987R and the Burden Interview (Technical report). University Park, PA: Pennsylvania State University.

- Abstract -

### Study on the Effectiveness of Care Giver Education Program on the Home Care of Senile Dementia Patients

Lee, Sun Ja\*\* · Park, Hyeoun Ae\*  
 Cho, Nam Ok\*\*\* · Oh, Jin Ju\*\*\*

This study investigated the effects of education program conducted through individual home visit by

CHPs, which was developed by the operational research technique for families of dementia patients. (Yeo Shin Hong et al, 1994)

The study was conducted in the form of a primary experimental design with 43 people as subjects, including dementia patients and family member in several Myon areas of Chungcheong Namdo between June 10 and August 20, 1994.

The data was collected by questionnaires through the home visit by the CHPs.

The results of study are as follows.

1. There is no difference in the quality of life between before and after the education program.
2. Role stress 'before the education program' was significantly different than 'after the education program'.
3. There was no difference in the feeling of burden between before and after the education program.
4. There was a significant difference in the abnormal behaviors of patients between before and after the education program.
5. The knowledge of dementia by the patient's family increased significantly after the education program, compared to that of 'before the education program'.
6. There was a significant difference in the attitude of family members toward the education program on dementia between before and after the education program.
7. The results of analysis on the coefficient relationship of various variables showed that the age of patients and family members have a significant correlation with role stress ( $p=.01$ ).
8. In the subjective evaluation of family members on changes in actual nursing actions and the improvement of knowledge and technique in terms of daily living, (including abnormal behavior of patients, adjustment of environment for patients, activity programs for patients, communication technique with patients, ensuring the safety of patients,

\*\* Seoul National University, College of Nursing

\* Seoul National University, Graduate School of Public Health

\*\*\* Seoul National University, Graduate School

clothing, meals and elimination, 60–65% of family members responded that their knowledge had increased.

As for improvement in techniques for each item, the technique for communication with patients showed the greatest improvement while the action program method for patients showed the least change.

As for the nursing service provided to patients, most respondents showed a positive change.

The specific items for which more than 80% respondents answered positively were as follows : recognizing the demand of patients, getting patients to do simple house works, talking softly and gently,

removing dangerous things, preparing comfortable clothes that are easy to put on and take off, and limiting water consumption at night.

As a result of study, the following suggestions can be made. The purpose of the study was to examine the effect of an education program developed and applied for dementia patients and family members in the community. This needs to be compared with a similar study conducted in the urban setting.

In addition, a community service program (ex : nursing hom and shelter) including the applicaion of the education program should be developed and the study done to investigate its effect.