

치매 노인의 문제행동이 가족스트레스에 미치는 영향

마정수* · 김초강**

(*Siemens General Medical Ltd., **이화여자대학교 보건교육과)

목 차

- | | |
|----------------|-------------|
| I. 서 론 | IV. 결론 및 제언 |
| II. 연구방법 | 참고문헌 |
| III. 연구결과 및 고찰 | |

I. 서 론

국민이 건강에 갖는 관심도는 그 어느때 보다 높으며, 그 중에서도 의학의 발달, 생활 및 경제수준의 향상, 그리고 평균수명의 연장 등으로 늘어난 노인인구의 건강문제 또한 중요하게 인식되고 있다(김정근, 1984; 김정순, 1990). 노화과정으로 인한 노인의 질환은 만성 퇴행성 질환인 경우가 많은데(이선자, 1992; 배철영, 1993), 특히 인지기능의 쇠퇴로 가족이나 사회에 대한 의존성이 매우 높은 치매는 그 대표적인 예라 할 수 있으며, 환자수도 계속 증가하고 있는 현실이다(조유향, 1988).

1993년 미국의 경우 65세 이상 노인 인구의 15%인 440만명이 치매환자이며, 2030년대에는 740만명으로 증가할 것으로 추정하고 있고(Alzheimer Disease and Related Disorders Association, 1993; Weinberger 등, 1993), 일본도 1990년 현재 65세 이상 노인의 치매 유병률이 6.7%(약 99만명)이며, 2020년에는 8.6%(274만명)로 증가할 것으로 보고

한 바 있다(厚生省, 1991).

우리나라에서는 치매를 질병이라기 보다는 '노망'이라 하여 자연스러운 노화과정으로 간주하고 질병으로 받아들이지 않는 경향이 있어(조경형 등, 1990) 정확한 유병율이 조사되고 있지는 않으나, 특정지역을 대상으로 한 역학조사들을 종합해 볼 때 우리나라의 치매노인수도 26만여명이 될 것으로 추측되며(박중환 등, 1991, 1993; 새건강신문, 1994; 권중돈, 1994), 앞으로도 계속 증가하여 그에 따른 많은 문제들이 예상되는 가운데 특히 노인을 돌보는 가족들간의 문제는 과거 대가족제도 때와 달리 핵가족과 맞벌이 부부일수록 그 심각성은 매우 크다.

뿐만 아니라 산업화, 분업화, 도시화 및 인구가 동 등으로 인한 핵가족화 현상의 영향으로 노인단독가구가 증가하는 반면 노인부양의식이 날로 저하되어, 선진국가와 같은 공적부양체계가 미흡한 우리나라 노인들의 거의가 가족체계에 의존하고 있어 문제의 심각성이 날로 증가되는 실정이다(서

병숙, 1986; 공세권 등, 1987; 윤종주, 1991).

결국 노인 부양은 가족들의 사회·경제 및 심리적으로 긴장을 동반한 스트레스를 심화시키며 (Pearlin 등, 1990), 실제로 노부모의 부양은 가족들에게 여러 면에서 스트레스의 요인이 되고 (Brody, 1985; Young 등, 1989; 김송애, 1991; 이영자 등, 1992; Choi, 1992), 부모의 좋지 않은 건강과 증가된 의존감은 자녀들의 스트레스를 증가시킬 수 있는 요인이 아닐 수 없다 (Cicirelli, 1980).

치매와 같이 회복 불가능한 만성퇴행성 질병인 경우 가족들의 스트레스 정도는 더욱 심각해지며 (Zarit, 1989; Stephens 등, 1991; 김윤정, 1994), 특히 치매는 기억력 장애를 포함한 정신 및 인지기능의 전반적인 장애에 의한 문제행동으로 인하여 치매노인에 대한 가족들의 계속적이고 일상적인 보호가 지속적으로 요구되므로 가족들의 스트레스는 더 더욱 가중된다 (Motenko, 1989; Kinney 등, 1989; 서유현, 1993).

치매에 대한 우리나라의 연구는 주로 정신의학계에서, 치매 발생의 원인에 대한 연구 (박종한 등, 1987, 1989; 이상도 등, 1988)와 노인의 인지기능 장애 유무와 정도를 판별하기 위한 측정도구에 관한 연구 (권용철 등, 1989; 박종한, 1993a, 1993b; 박종한 등, 1990, 1993; 문희원 등, 1991)가 이루어졌다. 최근 들어 조금씩 관심이 고조되는 치매노인 가족들에 대한 연구로서 치매성 노인 보호실태와 사회적 서어비스에 대한 연구 (윤수경, 1991)와 치매노인과 이들을 부양하는 가족의 생활실태 및 복지욕구에 대한 연구 (이성희 등, 1993), 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 관한 연구 (김윤정, 1994), 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구 (권중돈, 1994) 등이 있으나, 치매노인을 돌보는 중요한 인적자원인 가족이 느끼는 스트레스 수준 등의 정신건강을 측정한 연구는 거의 없는 실정이다.

치매노인의 치료와 관리는 가족의 역할이 매우 중요하여 그들에 대한 교육 및 상담이 중요하므로

(남궁기 등, 1993), 치매노인의 문제행동 실태와 그에 따른 가족의 정신적 스트레스를 파악하는 것은 치매노인을 돌보는 데 도움을 줄 뿐만 아니라 개인 및 사회적인 대처방안을 모색하는 데에도 매우 중요하며, 평균수명의 연장으로 인한 인구의 노령화에 따라 증가될 치매노인 관리와 그 가족 나름의 문제해결을 위한 성인 및 노인 보건교육의 자료제공을 위하여 매우 필요하다. 따라서 본 연구는 치매노인의 문제행동을 파악하고 그로 인해 가족이 느끼는 스트레스 수준을 연구하여 가족의 갈등문제를 해소하고, 치매노인을 돌보는 가족의 정신건강을 위한 프로그램 개발과 성인 및 노인과의 가족대상의 보건교육에 도움이 되는 기초자료로 사용하고자 연구하였다.

I. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 서울과 인천지역에 거주지를 두고 치매노인을 부양하고 있는 가족을 조사대상으로 하였다. 서울특별시 북부노인종합복지관에서 실시하는 치매노인가족모임에 등록된 가정, 서울과 인천 소재의 노인전문병원을 이용하는 가정, 그리고 일반 가정 중에서 치매노인을 부양하는 가족 70명을 대상으로 하였다.

1994년 7월 11일부터 7월 19일까지 9일 동안 치매노인을 부양하고 있는 8가정을 대상으로 직접 면접법에 의한 사전조사를 실시하였으며, 그 후 설문지의 내용과 형식을 수정, 보완한 후 1994년 7월 26일부터 9월 11일까지 48일에 걸쳐 본 조사를 실시하였다.

자료수집방법은 치매노인가족모임에 등록된 가족 중 50가족을 임의추출하여 우표를 동봉한 회신용봉투를 이용한 우편설문지법을 사용하여 22부를 회신받았다.

노인전문병원을 이용하는 노인의 가족에 대한 설문은 연구자가 병원에서 가족을 직접 만나거나,

설문지에 대한 자세한 설명과 응답방법을 교육받은 병원의 실무 근무자 1명을 통해 간접 실시하였다. 노인전문병원을 이용하는 가족과 연구자가 직접 가정방문을 하여 50가정을 포함, 총 72부의 설문지가 회수되었으나(전체 회수율 60%), 이 중에서 응답이 불성실한 2부를 제외하고 총 70부만을

본 연구의 분석자료로 이용하였다.

2. 연구내용

설문지의 내용은 부양자의 특성, 치매노인의 특성, 치매노인의 문제행동, 부양자의 스트레스 수준으로 구성된다(표 1).

표 1. 연구의 내용

조사항목		내 용
부양자의 특 성	일반적 특성	성별, 연령, 결혼상태, 자녀수 종교, 학력, 직업, 소득 부양노인 수, 부양시간 부양노인과의 관계, 부양기간 보건교육, 가족이 원하는 사회적 배려
치매노인의 특 성	일반적 특성 질병 특성	성별, 연령, 결혼상태, 종교, 학력, 소득 치매유병기간, 치매 외 질병, 과거질병, 진단, 치료
치매노인의 문제행동	일상생활행동 성격이상행동 인지기능문제 이상비행 정서불안	
가족의 스트레스 수준	기본생활 보조 수단생활 보조 인식능력쇠퇴 이상행동 도움체계미비	

1) 치매노인의 문제행동

치매노인의 문제행동수준을 측정하기 위해서 사용한 문항은 본 연구자가 이성희 등(1993)의 연구에서 사용한 문제행동의 문항과 Choi(1992)가 사용한 ADL/IADL 척도, Zarit 등(1982)의 MBPC-(Memory and Behavior Problems Checklist)에서 총 30문항을 추출하여 임의 작성하였고, 사전조사와 지도교수의 자문을 얻어 수정·보완한 후 최

종 29문항으로 재구성하여 조사하였다.

문제행동의 문항을 요인분석(Factor Analysis)한 결과 5개의 영역이 설정되었으며, 요인회전방식은 Equimax방식을 취하였다. 5개의 영역은 일상생활 행동영역 7문항, 성격이상행동 영역 8문항, 인지기능문제 영역 6문항, 이상비행 영역 4문항, 정서불안 영역 4문항으로 구분된다(표 2).

문제행동의 문항은 4점척도로 구성되며, '심하

표 2. 치매노인의 문제행동 항목별 요인분석 결과

내 용	요인 1	요인 2	요인 3	요인 4	요인 5	communality
요인 1 일상생활행동						
목욕을 스스로 못함	.8134	-.0120	.1212	.0859	.0849	.6910
옷을 갈아입지 못함	.7877	-.0719	.2265	.0263	.0948	.6866
대소변을 못 가림	.7773	.1220	.0857	-.0528	-.1798	.6616
혼자 보행하지 못함	.7168	-.0329	-.3942	-.0366	.1053	.6826
약을 혼자 못 먹음	.7119	-.1246	.3311	.1151	.3453	.7643
식사를 혼자 못함	.6498	-.0641	.2075	-.1053	.3313	.5903
불이나 화기관리를 못함	.6251	.1853	.1543	.0973	-.2039	.5000
요인 2 성격이상행동						
불평·불만이 많음	-.1683	.7277	-.2317	.0014	.2075	.6546
타인에게 공격적 행동	-.0860	.7203	.1130	.1592	.2277	.8149
말도 안 되는 소리를 함	-.0080	.6091	-.0008	.2130	.4586	.6267
소리지르고 이상한 말	.2971	.5745	.2394	.0410	.1628	.5039
다른 사람을 의심	-.0171	.5629	.3395	.1895	.1560	.4926
거식·폭식등	.0874	.5539	.3368	-.0181	-.1265	.4442
같은 말이나 질문의 반복	.0455	.4931	.2647	.2867	.2058	.4398
성적 이상행동	.0839	.4347	-.3138	-.1040	-.0741	.3108
요인 3 인지기능장애						
가족얼굴, 시간, 장소모름	.3047	-.0499	.7225	.0328	.0674	.6230
목적없이 헤매며 배회	.0248	.3764	.6427	.1734	-.0615	.5893
의사소통이 안됨	.1746	.2004	.6086	.2411	.3296	.6078
과거와 현재를 혼동	.0988	.1381	.5900	.1986	.2530	.4805
최근 일을 기억못함	.3405	.0502	.5617	.3291	.3525	.6665
한참을 멍하게 있음	.1217	.0213	.4420	-.0467	.3986	.3717
요인 4 이상 비행						
자상행위	-.0293	-.0870	-.1928	.8769	.0200	.8149
쓸데없는 물건을 거둠	-.0195	.1020	.0910	.8670	-.0465	.7729
물건을 숨김	-.0381	.2250	.1743	.8623	-.0736	.8314
물건을 잃어버리거나 돈 곳을 기억못함	.1494	.0192	.3254	.7957	.1342	.7798
요인 5 정서 불안						
우울증	.0151	.0277	-.0556	.0252	.8146	.6684
불안하고 흥분함	-.0930	.2028	.2101	-.0372	.7862	.7135
잠을 잘 못잠	.2293	.1536	.1066	.0054	.4913	.3289
환각·환상증상	-.1185	.4315	.2668	.0989	.4827	.5141
Eigenvalue	6.9812	4.0149	2.8004	1.9534	1.6778	
Pct of Variance	24.1%	13.8%	9.7%	6.7%	5.8%	

다'는 3점, '자주 있다'는 2점, '가끔 있다'는 1점, '없다'는 0점으로, 점수가 높을수록 문제행동의 정도가 심한 것으로 평가하였다.

본 연구에서 사용된 치매노인 문제행동 문항의 신뢰도 계수인 Cronbach's α 는 0.8939였으며, 영역별 문제행동의 신뢰도 계수는 <표 3>과 같다.

표 3. 문제행동의 신뢰도 계수

구 분	Cronbach's α
일상생활행동	0.8630
성격이상행동	0.8475
인지기능장애	0.7964
이상 비행	0.7227
정서 불안	0.6986
전 체	0.8939

2) 가족 스트레스 수준

부양자의 스트레스 수준을 측정하기 위한 도구는 Kinney 등(1989)의 치매노인 부양자의 스트레스 척도(Caregiving Hassles Scale)를 본 연구자가 번안한 후 전문가의 자문을 얻어 교정하여 사용하였다. 이 척도는 가족이 치매노인을 돌보는 일상 생활속에서 발생하는 사건들을 기준으로 하며, 그 사건들로 인해 느끼는 스트레스를 측정하는 것이다.

본 치매노인 부양자의 스트레스 척도는 치매노인의 기본생활 보조, 수단생활 보조, 인식능력의 쇠퇴, 이상행동, 도움체계의 미비 등 5개 범주로 구분된 총 42개 문항으로 구성되었다.

통계분석을 위하여 각 문항은 5점 척도로 구성되며, '해당없다'는 0점, '느끼지 않다'는 1점, '조금 느낀다'는 2점, '많이 느낀다'는 3점, '매우 많이 느낀다'는 4점으로 하여 조사하였다. 치매노인 부양자의 스트레스 척도의 신뢰도를 검증한 Cronbach's α 계수는 0.9152로 나타났고, 각 영역별 신뢰도는 다음의<표 4>와 같다.

표 4. 치매노인 부양자의 스트레스 척도의 신뢰도 계수

구 분	Cronbach's α
기본생활보조	0.8410
수단생활보조	0.7626
인식능력쇠퇴	0.8544
이상행동	0.8372
도움체계의 미비	0.7541
전 체	0.9152

3. 자료 분석 방법

본 연구에 사용된 자료는 모두 전산부호화하여 SPSS Package를 이용하여 전산통계처리하였다.

분석에 사용된 방법은 다음과 같다.

첫째, 부양자와 치매노인의 일반적 특성은 백분율로 구하였다.

둘째, 문제행동의 수준은 평균과 표준편차를 구하였다.

셋째, 치매노인의 질병특성은 백분율을 구한 후 치매노인의 일반적 특성, 질병특성에 따른 문제행동은 t - test, ANOVA를 이용하였다.

네째, 부양자의 스트레스 수준은 평균과 표준편차를 구하였다.

다섯째, 부양자의 일반적 특성에 따른 스트레스 수준은 t - test, ANOVA를 이용하여 분석하였다.

여섯째, 치매노인의 일반적 특성과 질병 특성에 따른 스트레스 수준의 분석에는 t - test, ANOVA를 이용하였다.

일곱째, 치매노인의 문제행동과 부양자의 스트레스 수준과의 관련성은 Pearson Correlation을 이용하여 상관관계 분석을 하였다.

Ⅲ. 연구결과 및 고찰

1. 부양자의 특성

1) 부양자의 일반적 특성

본 연구 대상자인 치매노인 부양자의 일반적 특성은 <표 5>과 같다.

표 5. 부양자의 일반적 특성

항 목	구 분	수(명)	%
성	남 성	12	17.1
	여 성	58	82.9
노인과의 관계	배우자	6	8.7
	아 들	9	13.0
	딸	19	27.5
	며느리	31	44.9
	사 위	2	2.9
	기 타	2	2.9
연령(만)	20 - 29	5	7.1
	30 - 39	13	18.6
	40 - 49	23	32.9
	50 - 59	21	30.0
	60 이상	8	11.4
결혼상태	미 혼	6	8.6
	기 혼	62	88.6
	이 혼	1	1.4
	사 별	1	1.4
자녀수(명)	1 이하	11	17.2
	2	26	40.6
	3	14	21.9
	4	5	7.8
	5 이상	8	12.5
종교	기독교	24	34.8
	불 교	16	23.2
	천주교	16	23.2
	무 교	13	18.8
학력	국 줄	5	7.2
	중 줄	5	7.2
	고 줄	20	28.6
	대 줄	33	47.1
	대학원 이상	6	8.7
월수입(만원)	50 이하	4	5.7
	50 - 99	10	14.3
	100 - 149	9	12.9
	150 - 199	18	25.7
	200 - 249	14	20.0
	250 이상	15	21.4
직업	있 다	23	32.9
	없 다	35	50.0
	있었으나 그만두었다	12	17.1
부양노인수(명)	1	58	82.9
	2	12	17.1
	계	70	100.0

무응답 1명
미혼 6명 제외

성별로는 여성이 82.9%, 남성이 17.1%로 대부분 여성이 치매노인을 부양하고 있었으며, 치매노인과의 관계에서는 며느리가 44.9%로 가장 많았으며, 딸인 경우가 27.5%, 아들이 13.0%, 배우자가 8.7%의 순으로 나타났는데, 이는 이성희 등(1993)에서 배우자가 부양하는 비율이 22.9%이고, 권중돈(1994)에서는 24.3%에 비하여 배우자가 부양하는 경우가 적게 나타나 자녀 부양자가 더욱 많은 것을 볼 수 있다.

부양자의 연령은 20대가 7.1%, 30대가 18.6%, 40대가 32.9%, 50대가 30.0%, 60세 이상이 11.4%로 40대와 50대 연령층이 가장 많았으며, 평균연령은 45.9세 이었다.

결혼상태는 기혼이 88.6%, 미혼 8.6%, 이혼과 사별이 각각 1.4%였고, 기혼부양자 자녀수는 2명의 자녀를 둔 부양자가 40.6%였고, 3명이 21.9%, 1명 이하는 17.2%, 5명 이상은 12.5%, 4명이 7.8%의 순으로 평균자녀수는 2.6명이었다.

종교는 기독교가 34.8%, 천주교와 불교가 각각 23.2%, 무교가 18.8%순이었다.

학력은 대졸이 47.1%, 고졸이 28.6%, 대학원 이상이 8.7%, 국졸과 중졸 모두 7.2%로 조사되었고, 월수입에서는 150만원에서 199만원이 25.7%, 250만원 이상이 21.4%, 200만원에서 249만원이 20%, 50만원에서 99만원이 14.3%, 100만원에서 149만원이 12.9%, 50만원 이하가 5.7%의 순이었다. 부양자의 학력과 월수입이 상당히 높은 분포를 보였는데, 이는 부양자 중 많은 수가 치매노인의 보호와 치료를 위하여 복지관이나 병원 등을 이용하고 있을 정도의 여유있는 생활을 하고 있기 때문인 것으로 사료된다.

직업을 가지고 있는 부양자는 32.9%이며, 직업을 가지고 있지 않은 67.1%중에서 과거에는 직업이 있었으나 그만 둔 경우가 17.1%였다. 현재 직업을 가지고 있는 23명중에서는 전문기술직이 56.5%로 가장 많았고, 판매서비스직과 사무직이 각각 13%, 기타가 8.7%, 행정관리직과 시간제근무가 4.3%이

었다. 직장을 다니다가 그만 둔 경우 그 이유로는 노부모 부양이 41.7%로 가장 많았고, 자녀출산 및 양육 25.0%, 퇴직 16.7%, 결혼, 배우자의 반대가 각각 8.3%의 순으로 나타났다.

부양자의 82.9%가 1명의 노인을 부양하고 있으며, 2명의 노인을 동시에 부양하는 가족도 17.1%이었다.

직업을 가지고 있는 부양자는 32.9%이며, 직업을 가지고 있지 않은 67.1%중에서 과거에는 직업이 있었으나 그만 둔 경우가 17.1%였다. 현재 직업을 가지고 있는 23명 중에서는 전문기술직이 56.5%로 가장 많았고, 판매서비스직과 사무직이 각각 13%, 기타가 8.7%, 행정관리직과 시간제 근무가 4.3%이었다. 직장을 다니다가 그만 둔 경우 그 이유로는 노부모 부양이 41.7%로 가장 많았고, 자녀출산 및 양육 25.0%, 퇴직 16.7%, 결혼, 배우자의 반대가 각각 8.3%의 순으로 나타났다.

부양자의 82.9%가 1명의 노인을 부양하고 있으며, 2명의 노인을 동시에 부양하는 가족도 17.1%이었다.

2) 치매노인의 일반적 특성

성별 분포는 여성노인이 74.3%로 25.7%인 남성노인과 비교하여 매우 많아 치매노인 전체의 약 3/4 정도를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

연령은 80대가 37.1%로 가장 많았으며, 70대가 34.3%, 60대가 15.7%, 90세 이상이 8.6%, 59세 이하가 4.3%의 순이었고, 70대 노인 중에서도 75 - 79세의 노인이 20.1%로 나타나 75세 이상의 후기 고령노인이 전체 치매노인의 65.8%로 75세 미만의 전기 고령노인에 비하여 많은 것으로 나타났으며, 치매노인의 평균연령은 77.1세였다.

결혼상태는 노인이 혼자 사는 경우가 66.2%였고 그 이유로 사별이 64.7%, 별거가 1.5%였으며, 노부부가 생활하는 경우로는 초혼이 30.9%였고, 재혼이 2.9%였다.

과거의 취업상태는 판매서비스직 19.1%, 농·수산업 13.2%, 전문기술직 8.8%, 행정관리직 4.4%,

표 6. 치매노인의 일반적 특성

항 목	구 분	수(명)	%
성	남 자	18	25.7
	여 자	52	74.3
연령(만)	59 이하	3	4.3
	60 - 69	11	15.7
	70 - 79	24	34.3
	80 - 89	26	37.1
	90 이상	6	8.6
	계	70	100.0
결혼상태	초 혼	21	30.9
	재 혼	2	2.9
	별 거	1	1.5
	사 별	44	64.7
과거 직업	전문기술직	6	8.8
	행정관리직	3	4.4
	판매서비스직	13	19.1
	생산직	2	2.9
	농·수산업	9	13.2
	없다	35	51.5
	계	68	100.0
종교	기독교	19	27.5
	불 교	17	24.6
	천주교	15	21.7
	무 교	18	26.1
학력	무 학	27	39.1
	국 줄	19	27.4
	중 줄	6	8.7
	고 줄	14	20.3
	대 줄	3	4.3
계	69	100.0	
무응답 2명			
무응답 1명			

생산직 2.9%이었고, 직업이 없었던 51.5%의 노인은 치매노인의 74.3%가 여성노인이기 때문으로 사료된다.

종교는 기독교가 27.5%로 가장 많았으며, 무교

가 26.1%, 불교가 24.6%, 천주교교가 21.7%의 순이었고, 학력은 무학이 39.1%, 국졸이하가 27.4%, 고졸 20.3%, 중졸 8.7%, 대졸 4.2%로 66.5%가 국졸 이하였다<표 6>.

2. 치매노인의 문제행동

1) 문제행동의 수준

본 연구에서는 문제행동의 영역별 수준을 일상생활행동, 성격이상행동, 인지기능장애, 이상비행, 정서불안의 5가지 영역으로 구분하였으며, 문제행동이 없는 경우는 0점, 가끔 있는 경우는 1점, 자주 있는 경우는 2점, 심한 경우는 3점으로 하여 29 문항을 조사하였다(그림 1 참조).

5가지 영역중에서 문제행동의 정도가 가장 높은 것은 일상생활행동으로 평균 1.85점이었고, 인지기능장애가 1.76점, 성격이상행동이 1.37점, 정서불안이 1.30점, 이상비행은 1.28점의 순서로 나타났다(표 7). 치매노인의 전반적인 문제행동점수는 1.54점이었으며, 전체 평균을 넘는 문제행동의 영역은 일상생활행동과 인지기능장애 영역이었다.

일상생활행동 영역이 가장 높게 나타난 것은 치매노인의 65.8%가 후기 고령노인으로, 치매로 인한 문제 뿐만 아니라 고령으로 인해서 신체적으로 더욱 허약한 상태이기 때문인 것으로 사료된다.

문항별로 살펴보면 치매노인의 가장 심각한 문

제행동은 목욕을 스스로 못하는 것이었고, 불이나 화기를 제대로 관리하지 못하거나 최근에 있었던 일을 잘 기억하지 못하거나 물건을 잃어버리거나 든 곳을 기억하지 못함 등의 순이었으며, 문제행동의 정도가 높은 10개의 문항은 <표 8>과 같다. 상위 10문항 중에서는 일상생활행동에서 4문항, 성격이상행동에서 2문항, 인지기능장애에서 3문항, 이상 비행에서 1문항이었다.

이성희 등(1993)의 신체적 일상생활능력에서도 목욕을 스스로 못하는 것과 옷을 혼자 갈아 입지 못하는 것이 가장 심각한 문제로 나타났다. 또한

표 7. 영역별 문제행동수준

영역	Mean±S.D.	순 위
일상생활행동	1.85± 0.86	1
성격이상행동	1.37± 0.74	3
인지기능장애	1.76± 0.74	2
이상 비행	1.28± 0.74	5
정서 불안	1.30± 0.74	4
전 체	1.54± 0.54	

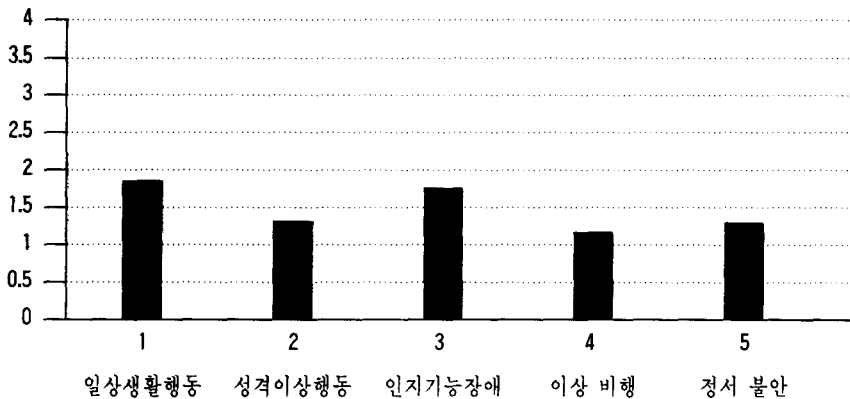


그림 1. 문제행동의 영역별 수준

표 8. 문항별 문제행동수준

영역	Mean±S.D.	순위
목욕을 스스로 하지 못 한다	2.39± 0.98	1
불이나 화기를 제대로 관리하지 못 한다	2.29± 1.05	2
최근에 있었던 일을 잘 기억하지 못 한다	2.29± 0.94	3
물건을 잃어버리거나 둔 곳을 기억하지 못 한다	2.10± 1.03	4
혼자 보행하지 못 한다	1.97± 1.23	5
의사소통이 안 된다	1.90± 1.04	6
옷을 스스로 갈아입지 못 한다	1.86± 1.20	7
말도 안 되는 소리로 괴롭힌다	1.84± 1.00	8
가족얼굴, 날짜, 시간, 장소를 잘 모른다	1.83± 1.03	9
같은 말이나 질문을 반복한다	1.81± 1.02	10

치매증상과 관련하여 전망증이 가장 심하게 나타났고, 가족얼굴, 날짜, 시간, 장소를 잘 모르거나 불안, 흥분, 의사소통 제한, 이상한 말이나 큰소리를 지르는 것 등의 문제행동 등이 심한 것으로 나타나 본 연구와 완전히 일치하지는 않으나 비슷한 결과를 보였다.

인지기능과 이상행동에 관련된 문제행동만을 조사한 Teri 등(1992)의 연구에서는 같은 질문을 반복하는 빈도가 가장 높았고, 최근 일을 기억하지 못 함, 물건을 잃어버림, 날짜를 잊어버림, 집중력 저하 등의 순서로 나타나 일상행동 영역을 제외하고 비교하면, 순위에는 다소 차이가 있으나 비슷한 문제행동이 나타났다.

Rabins 등(1982)의 연구에서는 기억력 장애, 비판적 행동, 야간배회, 물건을 숨김 등의 순서로 나타났다으며, 목욕을 혼자 못하는 경우는 11번째로 심각한 문제행동으로 나타나 본 연구와는 다른 양상을 보였다.

2) 치매노인 특성에 따른 문제행동수준

치매노인의 성별에 따른 문제행동 수준을 보면 여성노인이 모든 영역에 걸쳐 남성노인보다 문제행동의 정도가 약간 심하게 나타났으나, 통계적으

로 유의한 차이는 보이지 않았다(표 9).

연령에 따른 차이는 <표 10>과 같은데, 전반적인 문제행동 수준은 80대가 가장 높게 나타났고, 90세 이상군도 높아 고령노인의 문제행동 정도가 약간 높게 나타났다. 각 영역별로 보면, 일상생활행동은 59세 미만에서 가장 높았고, 성격이상행동, 인지기능문제와 이상비행은 80대가 가장 높았으며, 정서불안은 60대에서 가장 높게 나타났으며, 이상비행 영역에서 통계적으로 유의하게 80세 이상의 노인에서 문제행동 점수가 높았다.

표 9. 치매노인의 성에 따른 문제행동 수준

	남성 (N = 18)	여성 (N = 52)	t
일상생활행동	1.69± 0.89	1.90± 0.85	- .92
성격이상행동	1.30± 0.81	1.39± 0.72	- .37
인지기능문제	1.62± 0.81	1.80± 0.72	- .89
이상 비행	1.06± 0.70	1.36± 0.75	-1.52
정서 불안	1.17± 0.77	1.34± 0.73	- .86
전 체	1.43± 0.63	1.58± 0.50	- .93

표 10. 치매노인의 연령에 따른 문제행동 수준

	59미만 (N = 3)	60-69 (N = 8)	70-79 (N = 22)	80-89 (N = 25)	90이상 (N = 6)	F
일상생활행동	2.19± 1.40	1.81± 0.78	1.87± 1.01	1.76± 0.79	2.02± 0.47	.23
성격이상행동	0.71± 0.62	1.15± 0.57	1.26± 0.81	1.57± 0.76	1.56± 0.40	1.57
인지기능문제	1.50± 0.76	1.75± 0.73	1.58± 0.81	2.05± 0.58	1.39± 0.87	1.91
이상 비행	0.50± 0.43	1.18± 0.67	.97± 0.63	1.64± 0.67	1.54± 0.97	4.42*
정서 불안	1.00± 0.43	1.45± 0.63	1.18± 0.86	1.44± 0.68	1.00± 0.76	.89
전 체	1.24± 0.60	1.44± 0.51	1.42± 0.60	1.70± 0.47	1.56± 0.56	1.11

* P < 0.01

치매노인의 종교에 따른 문제행동은 <표 11>와 같이 나타났다.

치매유병기간은 2년에서 4년이 28.6%로 가장 높게 나타났고, 4년에서 6년이 27.0%, 1년이하가 20.6%, 1년에서 2년이 15.9%, 6년 이상이 7.9%로 나타났으며, 평균 치매유병기간은 약 3.5년으로 나타났다는데, 이는 4.8년의 치매유병기간을 나타낸 권중돈(1994)의 연구보다 짧은 것이었다.

치매유병기간에 따른 문제행동은 전체적으로는 치매유병기간이 길어지면서 문제행동의 점수가 높아져 4년에서 6년 사이에 가장 높게 나타났고 6년 이상에서 감소하였다. 각 영역별로 보면 일상생활

행동, 성격이상행동, 인지기능문제와 정서불안은 4년에서 6년 사이가 가장 심하였고, 이상비행은 1년에서 2년 사이가 가장 심한 것으로 나타났으며, 성격이상행동과 인지기능문제는 통계적으로 유의하였다<표 12>.

본 연구의 일상생활행동의 문제가 2년에서 6년 사이에 서서히 나빠지고 6년 이상에서 다소 호전되는 경향은 Haley 등(1989)이 제시한 ADL영역 손상이 증반에 서서히 나빠지는 결과는 일치하나, 후반에도 높은 문제행동으로 나타나는 것과는 다르게 나타났다. 인지기능문제도 시간에 따라 계속 증가하는 추세는 Haley 등(1989)과 일치하였으나,

표 11. 노인의 종교에 따른 문제행동 수준

	기독교 (N = 17)	불 교 (N = 15)	천주교 (N = 13)	무 교 (N = 18)	F
일상생활행동	1.56± 0.96	2.29± 0.62	2.09± 0.55	1.63± 0.91	3.47*
성격이상행동	1.13± 0.74	1.47± 0.59	1.59± 0.75	1.27± 0.77	1.36
인지기능문제	1.53± 0.81	1.89± 0.76	2.02± 0.61	1.67± 0.73	1.46
이상 비행	1.26± 0.76	1.22± 0.71	1.50± 0.85	1.19± 0.71	0.54
정서 불안	1.39± 0.69	1.37± 0.85	1.37± 0.64	1.01± 0.74	1.09
전 체	1.37± 0.61	1.75± 0.43	1.73± 0.49	1.39± 0.53	2.40

* P < 0.05

표 12. 유병기간에 따른 문제행동 수준

	1미만 (N =13)	1 - 2 (N =10)	2 - 4 (N =18)	4 - 6 (N =17)	6이상 (N =5)	F
일상생활행동	1.68 ± 0.84	1.47 ± 0.90	1.94 ± 0.85	2.09 ± 0.85	1.69 ± 0.90	1.06
성격이상행동	.89 ± 0.59	1.59 ± 0.83	1.35 ± 0.69	1.67 ± 0.76	1.25 ± 0.49	2.80*
인지기능문제	1.33 ± 0.57	1.57 ± 0.82	1.83 ± 0.57	2.25 ± 0.55	1.52 ± 0.99	4.40**
이상 비행	.95 ± 0.67	1.50 ± 0.80	1.31 ± 0.77	1.42 ± 0.62	1.33 ± 0.92	1.14
정서 불안	1.35 ± 0.67	1.38 ± 0.96	1.32 ± 0.72	1.40 ± 0.71	.67 ± 0.34	1.27
전 체	1.23 ± 0.40	1.51 ± 0.65	1.55 ± 0.52	1.82 ± 0.40	1.23 ± 0.61	3.07*

* P < 0.05 ** P < 0.01

역시 6년 이상이 되면 감소하는 경향이 나타나 차이를 보였다. 성격이상행동과 이상비행은 1년에서 2년, 4년에서 6년에서 가장 높은 문제를 호소했는데, 치매증기에 최고조를 달하는 것으로 설명한 Haley 등(1989)과는 다소 다르게 나타났다.

치매노인의 치매정도를 가족이 어느 정도로 인지하고 있는가에 따른 문제행동수준은 <표 13>과 같으며, 치매정도가 고도라고 생각하는 경우에서 모든 영역에 걸쳐 문제행동의 정도가 매우 높았으며, 통계적으로도 매우 유의한 차이를 보이고 있어 가족 스스로 노인의 문제행동 정도를 기준으로 노인의 상태가 어느정도인지를 판단하고 있는 것

으로 생각된다.

치매노인이 치매증상 외에 현재 다른 질병이 있는 경우는 35.7%이고 다른 질병이 없는 경우는 64.3%로 치매 증상만을 보이는 노인이 많았으며, 과거 질병유무에서는 과거 질병이 있었던 경우가 44.3%, 없었던 경우가 55.7%로 나타났으나, 두 가지 모두 문제행동 수준에 있어서는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

치매노인 중에서 치료를 받고 있는 경우는 42.9%였으며, 그 중 73.3%가 1년 이하의 치료기간을 보이고 있다. 치료를 받지 않는 경우는 57.1%로 나타났는데, 이는 이성희 등(1993)의 41%에 비

표 13. 가족의 치매인지도에 따른 문제행동 수준

	경 도 (N = 14)	중등도 (N = 27)	고 도 (N = 23)	F
일상생활행동	1.33 ± 0.72	1.70 ± 0.93	2.34 ± 0.58	8.85*
성격이상행동	0.82 ± 0.53	1.26 ± 0.63	1.81 ± 0.72	10.94*
인지기능문제	1.23 ± 0.56	1.61 ± 0.66	2.26 ± 0.64	13.26*
이상 비행	0.87 ± 0.73	1.16 ± 0.61	1.67 ± 0.73	7.25*
정서 불안	0.92 ± 0.50	1.13 ± 0.72	1.73 ± 0.69	8.64*
전 체	1.07 ± 0.34	1.39 ± 0.41	2.00 ± 0.42	26.78*

* P < 0.001

교하여 치료를 받지 않는 치매노인이 13.1%나 많은 것으로 나타났다. 치료를 받지 않는 이유로는 자연스러운 노화과정으로 필요성을 느끼지 못하기 때문이라고 답한 경우가 61.5%로 가장 많이 나타났다. 경제적인 이유가 12.8%, 노인이 병원이 가는 것을 싫어하기 때문이 7.7%로 나타나 가족의 치매에 대한 이해도가 매우 낮은 것으로 생각되며, 치매에 대한 보건교육이 이루어지지 않았음을 알 수 있다.

병원에서 치매라는 진단을 받았는지 여부에 따

라서 문제행동 수준에 차이를 보였는데, 진단을 받은 경우가 진단을 받지 않은 경우보다 문제행동 수준이 높게 나타남을 볼 수 있다(표 14). 이는 치매의 증상이 많이 발전하여 문제행동이 많이 나타나는 후에야 가족이 이에 대처하는 것으로 사료되며, 결국 조기에 발견하여 더이상의 진행을 막을 수 있는 가능성이 배제되므로 치매에 대한 보건교육이 선행되어 가족이 자각할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

표 14. 치매진단 유무에 따른 문제행동 수준

	있 다 (N = 29)	없 다 (N = 35)	t
일상생활행동	2.11 ± 0.69	1.58 ± 0.98	2.70*
성격이상행동	1.49 ± 0.76	1.25 ± 0.71	1.35
인지기능문제	2.03 ± 0.64	1.48 ± 0.75	3.23*
이상 비행	1.54 ± 0.72	1.04 ± 0.69	2.96*
정서 불안	1.47 ± 0.76	1.12 ± 0.68	2.02**
전 체	1.76 ± 0.49	1.33 ± 0.50	3.52***

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

본 연구에서 결과에 따르면 과거에 치매교육을 받은 사람은 4.3%에 불과했으며, 현재 받고 있는 사람은 15.9%에 그쳤다. 그러나 부양자 중 94.2%가 치매에 대한 보건교육이 필요하다고 응답하여 그 중요성이 인정되고 있다.

3. 치매노인 가족의 스트레스

1) 가족 스트레스 수준

치매노인을 부양하는 가족의 스트레스는 기본생활보조, 수단생활보조, 인식능력쇠퇴, 이상행동, 도움체계 미비의 5가지 영역으로 구분하여 조사하였으며, 총 42문항으로 해당없음은 0점, 스트레스를 느끼지 않는 경우는 1점, 매우 많이 느끼는 경우는

4점으로 하여 측정하였다.

부양자의 전체적인 스트레스 정도는 4점을 기준으로 하여 2.044점으로 조금 느끼는 정도였으며, 5개 영역 중에서 스트레스를 가장 많이 받는 영역은 도움체계의 미비로 2.374점을 나타내고 있다. 두번째로 높은 스트레스 영역은 치매노인의 인지능력 쇠퇴로 인한 것으로 2.258점이며, 도움체계의 미비와 함께 전체 스트레스 수준인 2.044점을 넘고 있다. BADL보조로 인한 스트레스는 1.961점으로 3위, 이상행동으로 인한 스트레스는 4위, IADL보조로 인한 스트레스는 5위의 순서로 나타났다(표 15).

본 연구의 문제행동 수준에서는 일상생활행동이

가장 심각한 것으로 나타났으나, 가족이 느끼는 스트레스는 도움체계의 미비, 치매노인의 인식능력의 쇠퇴로 인한 것이 더 높게 나타나, 치매노인의 문제행동 수준과 가족이 느끼는 스트레스의 수준이 반드시 일치하지는 않음을 보여주었다.

Stephens 등(1991)의 연구에서는 5가지 영역 중에서 기본생활 보조영역을 제외한 4가지 영역을 조사하였는데, 이상행동으로 인한 스트레스가 가

장 심한 것으로 나타났으며, 인식능력의 쇠퇴로 인한 스트레스, 기본생활 보조로 인한 스트레스, 도움체계로 인한 스트레스의 순서로, 본 연구에서 가장 높게 나타난 스트레스 영역인 도움체계의 미비가 외국에서는 가장 낮게 나왔다. 이는 아직까지 우리나라에서 가족중심의 부양체계가 당연하게 받아들여지고 있고, 치매에 대한 가족과 주변사람의 인식 또한 좋지 않으며 가족이 잠시라도 치매노인을 맡길 수 있는 주간보호시설이나 노인전문병원 등의 사회적 시설이 제대로 갖추어져 있지 않기 때문에 나온 결과라고 사료된다.

<그림 2>는 가족스트레스를 영역별로 구분하여 표시한 것이며, 문항별 스트레스 점수가 높은 10개의 문항은 <표 16>과 같다.

부양자의 스트레스 정도를 문항별로 살펴보면, 노인을 집에 남겨두고 외출을 함으로 받는 스트레스가 3점으로 상당히 높게 나타났다. 그 다음으로 노인의 정신능력의 쇠퇴로 인한 스트레스, 노

표 15. 가족스트레스의 영역별 수준

영역	Mean±S.D.	순위
기본생활보조	1.96± 0.85	3
수단생활보조	1.89± 0.81	5
인식능력의 쇠퇴	2.26± 0.85	2
이상 행동	1.91± 0.78	4
도움체계의 미비	2.37± 0.83	1
전 체	2.04± 0.59	

(스트레스점수)

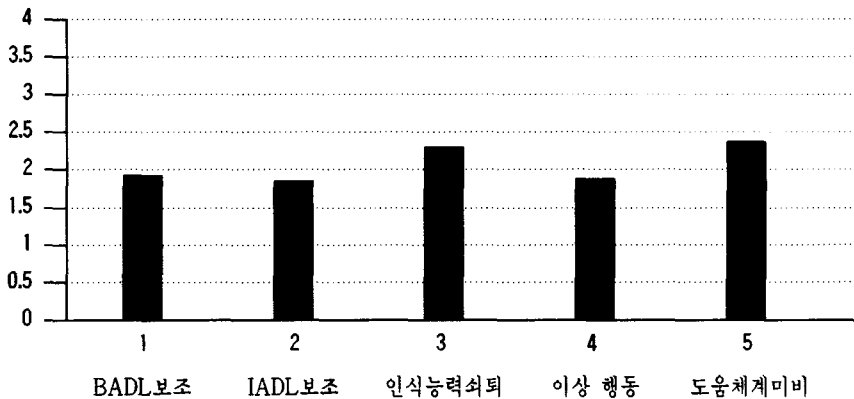


그림 2. 가족스트레스의 영역별 수준

표 16. 가족 스트레스의 문항별 순위

항 목	Mean±S.D.	순위
노인을 집에 남겨두고 외출을 함으로 받는 스트레스	3.00± 0.99	1
노인의 정신능력의 쇠퇴로 인한 스트레스	2.80± 1.09	2
노인을 씻기는 것으로 인한 스트레스	2.60± 1.31	3
노인이 이치에 닿지 않는 말을 함으로 오는 스트레스	2.60± 1.22	4
노인의 성격변화에서 오는 스트레스	2.59± 1.14	5
노인이 화장실가는 것을 돕는 스트레스	2.56± 1.35	6
노인의 망각증상으로 인한 스트레스	2.51± 1.24	7
노인과 가족간의 충돌로 인한 스트레스	2.49± 1.29	8
노인을 돌보는데 있어 가족의 이해부족으로 오는 스트레스	2.41± 1.07	9
노인이 낮동안의 보호요구에서 오는 스트레스	2.29± 1.29	10

인을 씻기는 것으로 인한 스트레스, 노인이 이치에 닿지 않는 말을 함으로 오는 스트레스, 노인의 성격이 이상하게 변함으로 오는 스트레스 등의 순서이다.

노인을 집에 남겨두고 외출을 함으로 받는 스트레스가 가장 높게 나타난 것은 치매노인을 부양함에 있어 다른 가족이나 기타 도움을 주는 사람이 부족하다는 것을 말해주는데, 부양자는 치매노인의 부양과 함께 가족구성원, 사회구성원 등의 다양한 역할을 수행해야 하기 때문에 스트레스는 더욱 높아질 수 있으며, 치매노인을 부양하지 않는 다른 가족들은 이에 따른 부양의 어려움을 이해하기 힘들 수 있다.

Stephens 등(1991)의 연구에서는 이치에 닿지 않는 말을 함으로 오는 스트레스가 가장 심한 것으로 나타났고, 물건을 잃어버림으로 오는 스트레스, 정신능력의 쇠퇴로 인한 스트레스, 노인이 흥분을 함으로 오는 스트레스, 노인이 협조를 하지 않음으로 오는 스트레스 등의 순서로 나타나 본 연구의 결과와는 일치하지 않았다. 또한 기본생활 보조, 수단생활 보조, 이상 행동, 인식능력의 쇠퇴 등 4가지 영역에 의한 스트레스를 측정 한 Kinney 등

(1989)의 연구에서는 스트레스를 가장 심하게 받은 10문항 중에서 인식능력의 쇠퇴와 기본생활 보조 영역이 8개로 나타나 본 연구와 비슷한 결과를 나타내었다.

2) 부양자의 특성이 스트레스에 미치는 영향

본 연구의 대상자인 치매노인 부양자의 성에 따른 스트레스 수준을 보면 모든 영역에 걸쳐 여성의 스트레스 정도가 남성보다 높았으나, 통계적으로는 유의하지 않았다(표 17). 이는 여성 부양자가 남성 부양자에 비하여 스트레스를 더 많이 받고, 부담을 많이 느낀다고 보고한 바 있는 Fitting 등(1986), Pruchno 등(1989), Shultz 등(1991)의 연구와도 일치하는 것이다.

부양자의 연령에 따른 스트레스 수준은 <표 18>에서와 같이 20대가 가장 스트레스를 많이 받고 있으며, 다음으로는 50대, 30대, 40대, 60대 순으로 연령대별로 일정한 경향을 보이지 않아, 부양자의 연령이 많을 때 스트레스를 더욱 많이 받는다고 연구한 George 등(1986)과는 다른 결과를 보였다.

표 17. 성별에 따른 스트레스 수준

	남 자 (N = 11)	여 자 (N = 56)	t
기본생활보조	1.68 ± 0.97	2.02 ± 0.82	-1.29
수단생활보조	1.56 ± 0.97	1.96 ± 0.77	-1.57
인식능력쇠퇴	2.01 ± 0.58	2.30 ± 0.88	-1.06
이상행동	1.85 ± 0.58	1.92 ± 0.82	- .29
도움체계미비	2.37 ± 0.93	2.38 ± 0.82	- .03
전 체	1.80 ± 0.49	2.09 ± 0.60	-1.53

표 18. 연령에 따른 스트레스 수준

영역	연령(세)	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	F
	(실수)	(N = 4)	(N = 13)	(N = 23)	(N = 21)	(N = 6)	
기본생활보조		2.56 ± 0.68	1.51 ± 0.99	1.94 ± 0.68	2.14 ± 0.96	1.99 ± 0.59	1.72
수단생활보조		2.46 ± 0.62	1.73 ± 0.93	1.77 ± 0.59	2.10 ± 0.92	1.59 ± 0.82	1.55
인식능력쇠퇴		2.16 ± 0.98	2.42 ± 0.57	2.04 ± 0.96	2.49 ± 0.89	2.03 ± 0.53	1.03
이상행동		2.07 ± 0.83	2.01 ± 0.59	1.97 ± 0.80	1.94 ± 0.91	1.25 ± 0.32	1.23
도움체계미비		2.52 ± 0.83	2.48 ± 0.87	2.37 ± 0.64	2.28 ± 1.00	2.38 ± 0.95	0.15
전 체		2.50 ± 0.26	2.00 ± 0.48	1.99 ± 0.55	2.17 ± 0.73	1.60 ± 0.33	1.83

노인과의 관계에 따른 스트레스 수준의 차이를 보면 며느리의 스트레스 정도가 가장 높았고, 기타를 제외한 가족관계 중에서 딸이 2번째로 스트레스 정도가 높게 나타났으며 아들, 배우자, 사위의 순서로 나타났다(표 19). 이 결과는 Quayhagen 등(1988)의 딸이 부양하는 경우에 가장 스트레스를 많이 받으며, 그 다음은 배우자라는 결과와는 다소 차이가 있으나, 우리나라는 주로 아들이 부모를 부양하여 며느리의 부양이 당연하게 받아들여지며, 특히 치매와 같은 심각한 질환을 가지고 있는 노인부양은 그래서 더욱 큰 스트레스를 줄 수 있다고 사료된다.

1일 부양시간에 따른 스트레스 수준은 부양시간이 많아질수록 스트레스 정도가 높아 4시간 미만

에서 가장 스트레스가 낮았으며 20시간 이상 부양하는 경우에서 가장 높았다(표 20). 특히 인지기능 문제로 인한 스트레스와 도움체계 미비의 두영역에서는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였으며, 이는 Pratt 등(1986)과 권중돈(1994)의 연구결과와도 일치하였다. 본 연구에서 조사한 가족이 원하는 사회적 배려 중에서 치매에 대한 보건교육(15.2%)보다 치매노인의 관리시설이나 병원의 활성화를 원하는 경우(83.3%)가 많은 것으로 미루어 볼 때, 1일 부양시간이 가족의 스트레스, 사회생활의 제한에 관련이 있는 것으로 사료된다.

3) 치매노인의 특성이 스트레스에 미치는 영향
치매노인의 성에 따른 가족의 스트레스는 여성 노인을 부양하는 경우에 스트레스가 더 심했고 기

표 19. 노인과의 관계에 따른 스트레스 수준

영역 \ 관계(실수)	배우자 (N = 6)	아들 (N = 9)	딸 (N = 18)
기본생활보조	2.06 ± 0.72	1.96 ± 0.92	2.19 ± 0.72
수단생활보조	1.74 ± 0.81	1.79 ± 0.95	2.02 ± 0.77
인식능력쇠퇴	2.11 ± 0.62	1.89 ± 0.70	2.35 ± 0.88
이상 행동	1.38 ± 0.11	1.64 ± 0.75	1.72 ± 0.83
도움체계미비	2.30 ± 1.15	2.16 ± 0.70	2.44 ± 0.69
전체	1.62 ± 0.35	1.85 ± 0.54	2.13 ± 0.59

영역 \ 관계(실수)	며느리 (N = 31)	사위 (N = 2)	기타 (N = 2)	F
기본생활보조	1.89 ± 0.90	1.33 ± 0.47	2.38 ± 0.39	0.66
수단생활보조	1.95 ± 0.79	1.29 ± 0.20	2.07 ± 0.51	0.45
인식능력쇠퇴	2.41 ± 0.91	1.94 ± 0.08	1.33 ± 0.16	1.14
이상 행동	2.15 ± 0.78	1.54 ± 0.06	2.25 ± 0.12	1.66
도움체계미비	2.30 ± 0.85	2.00 ± 0.00	3.60 ± 0.28	1.21
전체	2.21 ± 0.10	1.60 ± 0.07	2.14 ± 0.64	1.09

표 20. 1일 부양시간에 따른 스트레스 수준

영역 \ 부양시간 (실수)	4 미만 (N = 20)	4 - 8 (N = 16)	8 - 12 (N = 11)
기본생활보조	1.69 ± 0.68	1.79 ± 0.89	1.90 ± 1.11
수단생활보조	1.61 ± 0.67	1.83 ± 0.98	1.92 ± 0.67
인식능력쇠퇴	1.92 ± 0.67	2.06 ± 0.87	2.34 ± 0.83
이상 행동	1.67 ± 0.67	1.97 ± 0.85	1.86 ± 0.85
도움체계미비	1.90 ± 0.66	2.88 ± 0.65	2.73 ± 0.47
전체	1.75 ± 0.37	2.06 ± 0.56	2.15 ± 0.56

영역 \ 부양시간 (실수)	12 - 16 (N = 5)	16 - 20 (N = 11)	20 이상 (N = 3)	F
기본생활보조	2.47 ± 0.67	2.23 ± 0.93	2.59 ± 0.32	1.35
수단생활보조	1.61 ± 0.67	1.83 ± 0.98	1.92 ± 0.67	1.28
인식능력쇠퇴	2.33 ± 0.86	2.84 ± 0.97	3.00 ± 0.47	2.28*
이상 행동	2.00 ± 0.54	2.25 ± 0.98	2.58 ± 0.70	1.07
도움체계미비	1.92 ± 0.46	2.24 ± 1.08	2.87 ± 1.21	4.42**
전체	2.15 ± 0.69	2.36 ± 0.85	2.56 ± 0.22	2.17

* < P 0.05, ** P < 0.01

본생활 보조로 인한 스트레스만 남성노인을 부양하는 경우에 스트레스 정도가 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다(표 21). 본 연구에서 치매노인이 여성일 경우 문제행동 정도가 약간 심한 것으로 나타났는데, 스트레스 정도도 여성이 높은 것으로 나타나 문제행동과의 관련성을 볼 수 있으며, 부양자의 대부분이 여성이므로 보행을 돕거나 목욕이나 화장실 이용 등의 도움을

주는 기본생활 보조로 인한 스트레스가 남성 노인을 부양하는 경우에서 더 높게 나타난 것으로 사료된다.

치매노인의 연령에 따라서는 스트레스 수준에 큰 차이를 보이지는 않았지만 80세이상 노인을 부양하는 경우 가장 스트레스가 높았고 60세 미만의 노인을 부양하는 경우 스트레스가 가장 낮았으며, 결과는 <표 22>과 같다.

표 21. 치매노인 성별에 따른 스트레스 수준

	남 성 (N = 16)	여 성 (N = 51)	t
기본생활보조	2.02± 0.69	1.94± 0.90	.37
수단생활보조	1.85± 0.81	1.90± 0.82	-.24
인식능력쇠퇴	2.08± 0.89	2.32± 0.83	-1.01
이상행동	1.72± 0.71	1.97± 0.80	-1.10
도움체계미비	2.13± 0.75	2.46± 0.85	-1.44
전 체	1.88± 0.58	2.10± 0.59	-1.32

Mean±S.D.

<표 23>은 진단유무에 따른 스트레스 수준을 나타내는데, 치매의 진단을 받은 경우가 받지 않은 경우보다 스트레스 정도가 높았으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보이고 있다. 본 연구의 결과에서 80세 이상의 치매노인에게서 문제행동이 높게 나타났고, 치매의 진단을 받은 경우 문제행동 정

도가 심하게 나타난 결과로 미루어 볼 때 문제행동이 스트레스에 영향을 주는 것으로 사료된다.

치매유병기간에 따른 스트레스 수준은 1년에서 2년인 경우가 가장 스트레스가 높았으며, 2년 이후부터는 서서히 감소하여 6년 이상은 오히려 감소되는 것을 볼 수 있다. 인식능력 쇠퇴로 인한 스트

표 22. 치매노인의 연령에 따른 스트레스 수준

영역	연령(세) (실수)	60미만 (N = 3)	60-69 (N = 9)	70-79 (N = 23)	80-89 (N = 26)	90이상 (N = 6)	F
기본생활보조		2.19± 1.05	1.98± 0.82	2.05± 0.94	1.81± 0.73	2.15± 1.06	0.39
수단생활보조		2.29± 1.24	2.17± 0.64	1.67± 0.71	1.92± 0.90	1.93± 0.71	0.97
인식능력쇠퇴		1.93± 0.78	2.08± 0.90	2.28± 0.74	2.39± 0.92	2.07± 1.02	0.44
이상행동		1.42± 1.13	1.83± 0.71	1.78± 0.63	2.07± 0.83	2.14± 1.05	0.90
도움체계미비		2.00± 1.00	2.60± 0.75	2.09± 0.79	2.58± 0.66	2.40± 1.49	1.47
전 체		1.90± 0.62	2.08± 0.55	1.95± 0.56	2.12± 0.55	2.12± 0.98	0.33

표 23. 치매진단유무에 따른 스트레스 수준

영역	진단유무 (실수)	있 다 (N = 34)	없 다 (N = 33)	t
기본생활보조		2.18 ± 0.66	1.75 ± 0.96	2.13*
수단생활보조		2.13 ± 0.70	1.65 ± 0.85	2.54*
인식능력쇠퇴		2.42 ± 0.90	2.08 ± 0.77	1.73
이상 행동		2.05 ± 0.78	1.76 ± 0.77	1.52
도움체계 미비		2.37 ± 0.78	2.38 ± 0.89	- .09
전 체		2.23 ± 0.59	1.85 ± 0.54	2.74*

* P > 0.05

레스는 기간이 지날수록 스트레스 정도가 계속 증가하다가 4년에서 6년일 때에 가장 높았고, 6년 이상에서 상당히 낮아지고 있다. 이상행동으로 인한 스트레스는 1년에서 2년이 가장 스트레스가 높았고 역시 6년 이상이 되면 낮아지고 있었으며, 인식능력쇠퇴 영역과 함께 통계적으로도 유의한 차이를 보이고 있다(표 24). 본 결과는 환자의 치매유

병기간이 길수록 부양자의 분노심이나 부양부담이 줄어든다고 한 Motenko(1989)의 결과와 김윤정(1994)의 결과와도 일치하였다. 또한 Townsend 등(1989)이 제시한 가설 중 시간이 지날수록 부양자가 상황에 적응한다고 한 적응가설과도 부합된다고 볼 수 있다.

표 24. 치매유병기간에 따른 스트레스 수준

영역	유병기간(년) (실수)	1미만 (N = 14)	1 - 2 (N = 10)	2 - 4 (N = 20)	4 - 6 (N = 16)	6 이상 (N = 6)	F
기본생활보조		1.94 ± 0.63	1.99 ± 1.04	1.94 ± 0.86	1.93 ± 0.92	1.67 ± 0.49	0.16
수단생활보조		2.06 ± 0.75	1.90 ± 1.06	1.86 ± 0.73	1.83 ± 0.79	1.38 ± 0.71	0.77
인식능력쇠퇴		1.84 ± 0.66	2.36 ± 0.76	2.41 ± 0.88	2.56 ± 0.93	1.56 ± 0.29	2.95*
이상행동		1.47 ± 0.67	2.31 ± 0.78	2.00 ± 0.87	2.07 ± 0.55	1.38 ± 0.43	3.34*
도움체계미비		2.24 ± 0.62	2.60 ± 1.00	2.49 ± 0.72	2.36 ± 0.82	1.70 ± 1.16	1.41
전 체		1.87 ± 0.39	2.22 ± 0.57	2.11 ± 0.65	2.10 ± 0.54	1.52 ± 0.36	2.13

* P < 0.05

4. 치매노인의 문제행동과 가족 스트레스

문제행동과 스트레스의 관련성에서, 문제행동 수준과 스트레스 수준은 매우 높은 정적 상관관계($r = 0.7020$)를 나타내고 있어, 치매노인의 문제행동 정도가 심할수록 부양자는 스트레스를 많이 받는

것으로 나타났다. 전체적인 스트레스 수준과 성격 이상행동, 이상비행, 인지기능의 영역의 문제행동 영역의 3영역과는 통계적으로 유의한 높은 상관관계를 보이고 있으며, 특히 치매 노인의 성격이상행동($r = 0.6552$)과의 관련성이 가장 높아 가족에

표 25. 문제행동과 스트레스의 관련성

스트레스 수준	일상생활 행동	성격이상 행동	인지기능 장애	이상비행	정서불안	전 체 문제행동
기본생활 보조	0.6333**	0.1906	0.3172*	0.0533	0.2881*	0.4897**
수단생활 보조	0.4073**	0.3188*	0.4761**	0.2671	0.4395**	0.5796**
인식능력 쇠퇴	-0.0292	0.6778**	0.3852**	0.5041**	0.4676**	0.5635**
이상행동	-0.1624	0.7251**	0.3590*	0.5923**	0.4260**	0.5256**
도움체계 미비	-0.0554	0.2794	0.1831	0.3669**	0.1656	0.2573
전 체	0.2395	0.6552**	0.5244**	0.5391**	0.5290	0.7020**

* P < 0.01 ** P < 0.001

게 가장 큰 스트레스를 주는 요인으로 사료된다 (표 25).

스트레스를 각 영역별로 살펴보면 다음과 같다.

기본생활보조로 인한 스트레스는 일상생활행동, 인지기능장애, 정서불안에서 정적인 상관관계를 보였고, 일상생활행동이 가장 높은 상관관계($r = 0.6333$)를 보여, 스트레스와 관련된 문제행동 영역이 높은 스트레스를 유발함을 알 수 있다.

수단생활보조로 인한 스트레스는 일상생활행동, 성격이상행동, 인지기능장애, 정서불안의 문제행동과 정적 상관관계를 나타냈으며, 인지기능장애($r = 0.4761$)가 그 중에서 가장 높게 나타났다.

치매노인의 인식능력 쇠퇴로 인한 스트레스는 성격이상행동, 인지기능장애, 이상비행, 정서불안과 관련이 있었고, 이상행동으로 인한 스트레스는 성격이상행동, 인지기능장애, 이상비행, 정서불안영역과 관련이 있었는데, 두가지 스트레스 모두 성격이상행동에서 가장 높은 상관관계를 보이고 있다.

지지체계의 미비로 인한 스트레스는 이상비행과 정적인 상관관계를 보이고 있었다.

치매노인의 신체적·정신적 문제행동정도가 부양자에게 미치는 영향을 조사한 Pruchno 등(1989)

의 연구에서는 노인의 손상정도가 심해질수록 부양자의 우울정도, 분노가 심해진다고 하였는데, 이는 치매노인의 문제행동이 부양자에게 다각적으로 영향을 미친다는 것을 알 수 있으며, 본 연구에서도 문제행동의 영역별로 부양자의 스트레스에 큰 영향을 미치고 있었다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 치매노인의 문제행동과 가족의 스트레스 수준을 파악하고 문제행동이 가족 스트레스에 미치는 영향요인을 진단하여 치매노인의 관리와 그 가족을 위한 프로그램개발과 성인 및 노인 보건교육에 기초자료로 사용하고자 시도되었다.

본 연구의 대상자는 서울과 인천시에 거주하는 치매노인 부양가족을 조사대상으로 하였고, 1994년 7월 11일부터 7월 19일까지 9일 동안 8명의 가족에게 사전조사를 실시 한 후 설문지를 수정, 보완하여 총 70명의 가족을 대상으로 1994년 7월 26일부터 9월 11일 까지 48일에 걸쳐 본조사를 실시하였다.

자료수집 방법은 북부노인종합복지관의 치매노

인 가족모임, 서울과 인천 소재의 노인전문병원을 이용하는 가족과 일반 가정에서 치매노인을 부양하는 가족에게 우편설문법과 직접 및 간접 면접법을 실시하였으며, 사용된 자료는 모두 전산부호화하여 SPSS Package를 이용하여 전산 통계처리하였으며, 백분율, 평균과 표준편차, t - test, ANOVA, Pearson correlation을 이용하여 분석하였으며, 분석결과는 다음과 같다.

1. 부양자의 82.9%가 여성이었고, 그 중 44.9%가 치매노인의 며느리였고, 그 다음이 딸·아들·배우자의 순이었다. 연령은 40대가 32.9%로 가장 많았으며, 대상자의 평균연령이 45.9세로, 88.6%가 기혼자이었다. 종교는 기독교가 34.8%로 가장 많았고, 학력으로는 대졸이 47.1%로 가장 많았으며, 직업을 가지고 있는 경우는 32.9%이었다.

2. 치매노인의 일반적 특성은 여성노인이 74.3%로 남성노인보다 48.6%가 많았고, 연령은 80대가 37.1%로 가장 많았으며 치매노인의 평균연령은 77.1세이었다. 현재 배우자가 없는 노인이 66.2%이었고, 종교는 기독교가 가장 많았다. 학력으로는 국졸 이하가 66.5%이었다.

3. 치매노인의 문제행동으로는 일상생활행동이 1.85점으로 가장 심한 것으로 나타났고, 인지기능장애 1.76점, 성격이상행동 1.37점, 정서불안 1.30점, 이상비행 1.28점의 순이었다.

4. 치매노인 특성에 따른 문제행동 수준은 성별로는 여성 노인이, 연령에 따라서는 80대 노인에서 가장 심하게 나타났다. 치매유병기간에서는 전반적으로 시간이 경과함에 따라 4년에서 6년 사이에서 문제행동 정도가 가장 심하게 나타났다 ($P < 0.05$). 가족의 치매인지도에서는 치매 정도를 고도로 느끼는 경우 문제행동의 점수가 높았으며($P < 0.001$), 치매 진단을 받은 노인에게서 문제행동이 심하게 나타났다($P < 0.001$).

5. 치매노인 가족의 스트레스는 도움체계의 미비영역이 가장 높게 나타났고, 치매노인의 인식능력

쇠퇴로 인한 스트레스, 기본생활 보조로 인한 스트레스, 이상행동으로 인한 스트레스, 수단생활 보조로 인한 스트레스의 순이었다.

6. 대상자의 특성에 따른 스트레스는 여성이 남성보다 높았고, 연령은 20대, 50대, 30대의 순서로 나타났다. 노인과의 관계에서는 며느리가 가장 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났고, 1일 부양시간이 길어질수록 부양자의 스트레스 정도가 높았다($P < 0.05$).

7. 치매노인 특성이 스트레스에 미치는 영향을 보면, 기본생활 보조를 제외하고 여성노인을 부양하는 경우와 연령은 80세 이상 노인을 부양하는 경우 스트레스가 높았다. 치매의 진단을 받은 경우 스트레스가 더욱 높게 나타났으며, 치매유병기간에 따라서는 1년에서 2년 사이가 가장 스트레스가 높았고, 2년 이후부터 서서히 감소하여 6년 후에는 스트레스 수준이 가장 낮았다($P < 0.05$).

8. 치매노인의 문제행동과 가족 스트레스의 관계에서는 문제행동 정도가 심할수록 가족의 스트레스도 심한 것으로 나타났다. 문제행동의 영역 중에서는 성격이상행동이 가장 큰 관련성을 보였다($r = 0.6552$). 기본생활 보조로 인한 스트레스는 일상생활행동 영역이, 수단생활보조로 인한 스트레스는 정서불안영역에서, 인식능력의 쇠퇴와 이상 행동으로 인한 스트레스는 성격이상행동에서, 도움체계의 미비로 인한 스트레스는 이상비행영역에서 각각 가장 높은 스트레스를 유발하는 것으로 나타났다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하는 바이다.

첫째, 본 연구는 가정에서 치매노인을 부양하는 가족의 스트레스를 조사하였으며, 치매노인의 관리와 가족의 스트레스를 감소시켜 정신건강에 도움을 줄 수 있는 노인전문병원이나 주간보호소 등과 같은 시설이 앞으로 늘어나야 하며, 이러한 시설과 관련된 연구가 필요하다고 본다.

둘째, 치매노인을 부양하는 가족이 경험하는 스트레스를 측정하는 데 있어 문제행동 이외에도 다각적인 변수를 이용하여 신체·정신적 건강을 위협할 수 있는 가족 스트레스의 측정이 필요하다고 본다.

셋째, 본 연구에서 가족의 치매에 대한 보건교육 요구도는 매우 높게 나타났으므로, 성인 보건교육 영역속에 치매에 대한 교육이 반드시 포함되어야 하며, 성인·노인 보건교육 프로그램 개발을 위한 후속연구가 실시되어야 한다고 제언하는 바이다.

참 고 문 헌

1. 공세권, 김초강(1987). 한국인구의노령화특징, 『인구보건론집』, 7(1), 171-185.
2. 권용철, 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화연구:- 제1편:MMSE-K의 개발-. 『신경정신의학』, 28(1), 125-135.
3. 권중돈(1994). 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
4. 김송애(1991). 가족주의 가치관과 노부모 부양에 관한 연구:기혼 여성의 시가와 친가에 대한 비교. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
5. 김영미(1990). 뇌성마비 아동 어머니의 스트레스와 대처행동연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
6. 김영희(1992). 일부 도시주부들의 스트레스 생활사건 및 신체증상에 관한 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
7. 김윤정(1994). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향. 『한국노년학』, 13(2), 63-83.
8. 김정근(1984). 노인보건의 현황과 대책. 『한국노년학』, 4, 60-72.
9. 김정순(1980). 노인인구의 주요질환. 『한국노년학』, 1, 8-16.
10. 남궁기, 이홍식, 유계준(1993). 치매의 진단과 치료. 『93 연합학술발표대회초록집』, 33-47.
11. 문희원, 고효진, 박종한(1991). 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)상 치매진단이 불확실한 노인들. 『신경정신의학』, 30(3), 552-557.
12. 민성길(1990). 최신정신의학. 서울:일조각.
13. 박종한(1993a). 지역사회 치매 유병률 조사에서 선별검사의 의의. 『신경정신의학』, 32(1), 70-75.
14. _____(1993b). 지역사회 조사에서 선별검사상 치매진단이 불확실한 노인들. 『신경정신의학』, 32(2), 241-245.
15. 박종한, 고효진(1990). 노인 집단에서 한국판 Mini-Mental State Examination의 진단능력. 『신경정신의학』, 29(4), 933-941.
16. 박종한, 고효진(1992). 치매의심과 비치매간의 인지기능 비교. 『신경정신의학』, 31(6), 1092-1099.
17. 박종한, 고효진(1993). 치매에 대한 어느 역학적 연구에서 진단의 일치도. 『신경정신의학』, 32(5), 818-825.
18. 박종한, 권용철(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구 : 구분점 및 진단적 타당도. 『신경정신의학』, 28(3), 508-513.
19. 박종한, 이상도(1989). 노년기 이전에 발생한 치매의 원인. 『대한의학협회지』, 32(11), 1223-1229.
20. 박종한, 고효진, 박영춘(1993). 경북 영일군 죽장면 노인들에서 세 단계 접근법을 이용한 Alzheimer형 치매유병률의 재평가. 『신경정신의학』, 32(3), 430-437.

21. 박종한, 정철호, 김정휘(1987). 정신과 입원 치매환자의 원인분석. 『신경정신의학』, 26(2), 268-273.
22. 박종한, 고효진, 하재창, 박영남, 정철호(1991). 경북 영일군 어느 면지역 노인들에서 치매의 유 병율. 『신경정신의학』, 30(6), 1121-1129.
23. 배철영(1993). 노인의학의 최신지견. 『대한의학협회지』, 36(12), 1396-1405.
24. 백기청(1991). 스트레스와 생활사건. 『정신건강연구』, 10, 10-36.
25. 새건강신문. 65세 이상 노인 9.7%가 노인성 치매. 1994년 5월 7일자, 14면.
26. 서병숙(1986). 부모 노후의 책임의식에 관한 연구. 『한국노년학』, 6, 101-119.
27. 서병숙(1988). 노후적응에 관한 연구:생활만족도 및 가족의 교류도를 중심으로. 동국대학교 대학원 박사학위논문, 미간행.
28. 양병환(1991). 스트레스의 개념. 『정신건강연구』, 10, 1-9.
29. 원호택(1991). 스트레스와 대처방안. 『정신건강연구』, 10, 37-49.
30. 윤수경(1992). 재가 치매성노인 보호제공자의 사회적 서비스 욕구에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
31. 윤종주(1988). 우리나라 노년인구의 성장추이 및 전망. 『한국노년학』, 8, 7-20.
32. 이근후(1988). 최신임상정신의학. 서울:하나의학사.
33. 이미현(1985). 만성질환자 부모의 스트레스 요인과 대처방법에 대한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
34. 이부영(1980). 노인의 정신질환. 『한국노년학』, 1, 18-21.
35. 이선자(1992). 재가노인 보건의료사업의 활성화 방안. 『한국노년학』, 12(1), 153-165.
36. 이성희(1991). 치매노인의 이해와 간호. 서울:현문사
37. 이성희, 권중돈(1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구. 서울:북부노인종합복지관.
38. 이신숙, 서병숙(1993). 부양자 스트레스 척도 개발에 관한 연구. 『한국노년학』, 13(1), 39-54.
39. 이영자, 김태현(1992). 노인부양자 유형에 따른 스트레스 인지와 대처방안에 관한 연구. 『한국 노년학』, 12(1), 1-18.
40. 이정균(1983). 정신의학. 서울:일조각.
41. 임영미(1993). 치매노인 개인위생행위를 위한 간호중재 전략개발. 『93 연합학술발표대회 초록 집』, 50-54.
42. 임춘희(1987). 분거한 도시장남부부의 부양 의식 유형. 고려대학교 대학원 석사학위논문, 미간행.
43. 전순영(1984). 신체장애자아동 어머니의 스트레스수준과 아동의 일상생활 동작의존도와 의 관계. 숙명여자대학교 대학원 석사학위 논문, 미간행.
44. 조경형, 조맹제(1990). 입원 중 정신과에 자문의뢰된 노인환자에 대한 고찰. 『신경정신의학』, 29(5), 1029-1040.
45. 조유향(1988). 노인에 대한 보건의료의 개발을 위한 조사연구. 『한국노년학』, 8, 107-122.
46. _____(1988). 노인의 신체적·사회적 능력 장애에 관한 조사연구. 『간호학회지』, 18(1), 70-79.
47. _____(1992). 일본의 노인보건시설에 대한 연구. 『한국보건교육학회지』, 9(1), 79-87. 채서일, 김범중, 이성근(1993). SPSS/PC+를 이용한 통계분석. 학현사 厚生屋(1991). 厚生白書.
48. Alzheimer's Disease and Related Disorders Association(1990). Alzheimer's ADRDA.
49. Anthony-Bergstone, C. R., Steven H. Zarit

- and M. Gatz(1988). Symptoms of Psychological Distress Among Caregivers of Dementia Patients. *Psychology and Aging*, 3(3), 245-248.
50. Brody, E. M.(1981), Woman in the Middle and Family Help to Older People. *The Gerontologist*, 21(5), 471-480.
 51. Brody, E. M.(1985). Parent Care as a Normative Family Stress. *Gerontologist*, 25(1), 19-29.
 52. Cantor, M. H.(1986), Strain among Caregivers : A Study of Experience in the United States. *Family Issues in Current Gerontology*, 246-263.
 53. Chenoweth, B. and B. Spencer(1986). Dementia : The Experience of Family Caregivers. *The Gerontologist*, 26(3), 267-272.
 54. Cicirelli, V.(1980). Social Services and Kin Network : Views of the Elderly. *Journal of Home Economics*, fall, 34-37
 55. Choi, H.K.(1992). The Process of Caregiving Stress among Family Caregivers for the Elderly in Korea : Social support, Coping, and Psychological Health. Cornell University Graduate School a Thesis for a Doctorate.
 56. Deimling, Gary T. and David M. Bass(1986). Symptoms of Mental Impairment among Elderly Adults and Their Effects on Family Caregivers. *Journal of Gerontology*, 41(6), 778-784.
 57. Fitting, M., P. Rabins, M. J. Lucas and J. Eustham(1986), Caregivers for Dementia Patients : A Comparison of Husbands and Wives. *The Gerontologist*, 26(3), 248-252.
 58. Gallagher, E. (1989). Prevalence of Depression in Family Caregivers. *The Gerontologist*, 29, 449-456.
 59. George, L. K. and Gwyther, L. P.(1986). Caregiver Well-Being : A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259.
 60. George, Linda, K.(1990). Caregiver Stress Studies - Their really is more to learn. *The Gerontologist*, 30(5), 580-581.
 61. Gwyther, L. P. and George, L. K.(1986). Caregiver for Dementia Patients : Complex Determinants of Well-Being and Burden. *The Gerontologist*, 26(3), 245-247.
 62. Haley, W. E. and Kinta M. Pardo(1989), Relationship of Severity of Dementia to Caregiving Stressors. *Psychology and Aging*, 4(4), 389-392.
 63. Heller, R. B., Allen R. Dodds, and Brendan G. Rule(1992). Communicative Function in Patients with Questionable Alzheimer's disease, *Psychology and Aging*, 7(3), 395-400.
 64. Hickey, Tom(1980), *Health and Aging*, Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, California, U.S.A.
 65. Houlihan, J. P.(1987). Families Caring for Frail and Demented Elderly : A Review of Selected Finding. *Family Systems Medicine*, 5, 344-356.
 66. Johnson, C. L. and Catalano, D. J.(1983). A Longitudinal Study of Family Supports to Impaired Elderly. *The Gerontologist*, 23(6), 612-618.
 67. Johnson, E. S. and B. J. Bursk(1977). Relationship between The Elderly and Their Adult Children. *The Gerontologist*, 17(1), 90-96.
 68. Kinney, Jennifer M. and Mary A. P. Stephens(1989). Caregiving Hassles Scale :

- Assessing the Daily Hassles of Caring for a Family Member with Dementia. *The Gerontologist*, 29(3), 328-332.
69. Kinney, Jennifer M. and Mary A. P. Stephens(1989). Hassles and Uplifts of Giving Care to a Family Member with Dementia. *Psychology and Aging*, 4(4), 402-408.
 70. Krause, N(1987). Understanding The Stress Process : Linking Social Support with Locus of Control Beliefs, *Journal of Gerontology*, 42(6), 589-593.
 71. Lazarus, Richard S. and S. Folkman(1984), *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, N.Y.
 72. Mary A. P. Stephens and S. H. Zarit(1989). Family Caregiving to Dependent Older Adults :Stress, Appraisal, Coping. *Psychology and Aging*, 4(4), 387-388.
 73. Mayeux, R. and W. G. Rosen(1983). *The Dementia : Advances in Neurology*. Vol 38, Raven Press, N.Y., U.S.A.
 74. Miller, B and L. Cafasso(1992). Gender Differences in Caregiving : Facts or Artifacts? *The Gerontologist*, 32(4), 498-507.
 75. Miller, Baila(1987). Gender and Control among Spouse of the Cognitively Impaired : A Research Note. *The Gerontologist*, 27(4), 447-453.
 76. Motenko, A. K.(1989), *The Frustrations, Gratifications, and Well-Being of Dementia Caregivers*. *The Gerontologist*, 29(2), 166-172.
 77. Pearlin, L. I., E. G. Menaghan, M. A. Lieberman, and J. T. Mullan(1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
 78. Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, and M. M. Skaff(1990). Caregiving and The Stress Process : An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
 79. Pearson, J., S. Verma, C. Nellett(1988). Elderly Psychiatric Patient Status and Caregiver Perceptions as Predictors of Caregivers Burden. *The Gerontologist*, 28(1), 79-81.
 80. Poulshock, S.W. and G. T. Deirling(1984). Families Caring for Elders in Residence : Issues in The Measurement of Burden. *Journal of Gerontology*, 39(2), 230-239.
 81. Pratt, C. V. Schmall, S. Wright(1986). Family Caregivers and Dementia. *Social Casework*, 67, 119-124.
 82. _____(1987). Ethical Concerns of Family Caregivers to Dementia Patients, *The Gerontologist*, 27(5), 632-638.
 83. Pruchno, R. A. and Nancy L. Resch(1989). Aberrant Behaviors and Alzheimer's disease : Mental Health Effects on Spouse Caregivers, *Journal of Gerontology*, 44(5), 177-182.
 84. Pruchno, R. A. and Nancy L. Resch(1989). Mental Health of Caregiving Spouses : Coping as Mediator, Moderator, or Main Effect?. *Psychology and Aging*, 4(4), 454-463.
 85. Quayhagen, M. P. and M. Quayhagen(1989). Differential Effects of Family-Based Strategies on Alzheimer's disease, *The Gerontologist*, 29(2), 150-155.
 86. Rabins, P. V., N. L. Mace, and M. J. Lucas(1982). The Impact of Dementia on The Family. *JAMA*, 248, 333-335.
 87. Rosenthal, C. J., J. Sulman, V. W. Marshall(1993). Depressive Symptoms in

- Family Caregivers of Long-stay Patients. *The Gerontologist*, 33(2), 249-257.
88. Schultz, R. and Gail M. Williamson(1991). A 2-Year Longitudinal Study of Depression among Alzheimer's Caregivers. *Psychology and Aging*, 6(4), 569-578.
 89. Stephens, A. P., J. M. Kinney, and P. K. Ogrocki(1991). Stressors and Well-Being among Caregivers to Adults with Dementia : The In-Home versus Nursing Home Experience, *The Gerontologist*, 31(2), 217-223.
 90. Teri, L., P. Truax, R. Logsdon, J. Uomoto, S. Zarit, and P. P. Vitalino(1992), Assessment of Behavioral Problems in Dementia : The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622-631.
 91. Townsend, Aloen, L. Noelker, G. Deimling, and D. Bass(1989). Longitudinal Impact of Interhousehold Caregiving on Adults Children's Mental Health. *Psychology and Aging*, 4(4), 393-401.
 92. Vitalino, P. P., H. M. Young, J. Russo(1991). Burden: A Review of Measures used among Caregivers of Individuals with Dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67-75.
 93. Vitalino, P. P., J. Russo, H. M. Young, J. Becker and Roland D. Maiuro(1991), The Screen for Caregiver Burden, *The Gerontologist*, 31(1), 76-83.
 94. Vitalino, P. P., J. Russo, H. M. Young, L. Teri, and Roland D. Maiuro(1991), Predictors of Burden in Spouse Caregivers of individuals with Alzheimer's disease, *Psychology and Aging*, 6(3), 392-402.
 95. Weinberger, M., D. T. Gold, G. W. Divine, P. A. Cowper, L. G. Hodgson, P. J. Schreiner, L.K. George(1993). Expenditures in Caring for Patients with Dementia who Live at Home. *AJPH*, 83(3), 338-341.
 96. Williamson, G. M. and R. Schultz(1990). Relationship Orientation, Quality of Prior Relationship, and Distrss among Caregivers of Alzheimer's Patients. *Psychology and Aging*, 5(4), 502-509.
 97. Williamson, G. M. and Schulz, R.(1993), Coping with Specific Stressors in Alzheimer's disease Caregiving. *The Gerontologist*, 33(6), 747-755.
 98. Young, R. F. and E. Kahana(1989), Specifying Caregiver Outcomes : Gender and Relationship Aspects of Caregiving Strain. *The Gerontologist*, 29(5), 660-666.
 99. Zarit, S. H. P. A. Todd, and J. M. Zarit(1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.
 100. Zarit, S. H.(1989). Do We Need Another "Stress and Caregiving" Study?. *The Gerontologist*, 29(2), 147-148.
 101. Zarit, S. H., K. E. Reever, and J. Bach-Peterson(1980), Relatives of The Impaired Elderly : Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

<Abstract>

A Study on the Effects of the Behavior Problems for the Demented Elderly upon the Stress among Family members

Jeong Soo Ma* · Cho Kang Kim**

(*Siemens General Medical Ltd,

**Dept. of Health Education, the Graduate School of Ewha Womans University)

The purpose of this study was to investigate the status of the problematic behavior for the demented elderly and the stress among family members, and the effects of the problematic behavior upon the stress in order to offer the basic data for the adult and the elderly health education about dementia.

For this purpose, 70 families who were resident in Seoul and Incheon were surveyed by questionnaires. This was carried out from 26 July, 1994 to 11 September, 1994. Datum was analysed by using SPSS\PC+ including percentage, mean, t - test, ANOVA, Pearson correlation.

So, the results of this study were as follows:

1. In view of socio-demographic characteristics, female were 82.9%, and of the female daughters-in-law of the demented elderly were 44.9%. 40th years old were 32.9% and 88.6% were married. The christian were 34.8%, those who graduated university 47.1%, and those who had a job 32.9%.

2. Of the demented elderly, female were 74.3%, 80 years old were 37.1%, and their average age was seventy-seven point one years old. 66.2% of the elderly has been lived alone and the christian were 27.5%. In addition, those who graduated elementary school were 66.5%.

3. Of the behavior problem for the demented elderly, Activities of the Daily Living(ADL) was the most severe problem. The 2nd was cognitive function problem, the 3th, change of personality, the 4th, emotional disturbance, and the last, misconduct behavior.

4. For the status of behavior problems, females were more severe than male, and 80th years elderly were the most severe groups. The longer disease period was, the severe problematic behaviors were, and in 4-6 years of the disease period the status was the highest($p < 0.05$). Those who diagnosed the disease had more severe problems($p < 0.001$).

5. The orders of the stress among family members caring for the demented elderly in this study were as follows : 1. The deficiency of supporting network 2. Decrease of elderly's cognitive activities 3. Assistance of BADL(Basic Activities of Daily Living)

6. Elderly's abnormal behavior 5. Assistance of IADL(Instrumental Activities of Daily Living). 6. As for the status of the stress among family members, female respondents were higher than male. On the ages, 20th years' stress score were the highest. Daughters-in-law were stressed more than other family members. The longer the time of caring per day was, the highest the status of the stress($p < 0.05$).

7. Those who caring for female elderly and more than 80 years had more stressed. When the elderly was received the diagnosis, the family members were more stressed. On the disease period, 1-2 years was the highest and after 2 years the status of the stress was decreased and more than 6 years was the lowest($p < 0.05$).

8. Behavior problems of the demented elderly were closely associated to the stress for family members. Of the problems, change of personality was the most related factor($r = 0.6552$). The factors of Basic Activities of the Daily Living(BADL) was most correlated on assistance of Basic Activities of Daily Living(BADL), emotional disturbance the assistance of IADL(Instrumental Activities of Daily Living). Change of personality was most related to the stress of the decrease of cognitive activities and elderly's abnormal behavior. The deficiency of supporting network was most related to misconduct behavior.