

일부 농촌 지역 노인 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구*

장 인 순**

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

의학의 발달과 경제적인 풍요로 인간의 평균 수명이 증가하고 이와 더불어 출생율이 감소하여 전체 인구 중에서 노인 인구가 차지하는 비율이 점차 높아지고 있고 이러한 변화는 선진국에서 더욱 두드러지게 나타나고 있다. 한국의 인구 구조도 점차 선진국형으로 변해가고 있어 보건사회통계 연보(보건사회부, 1992)를 보면 전체 인구 중 65세 이상의 노인인구가 1990년에는 5.0%, 2000년에는 6.8%, 2010년에는 9.4%, 2020년에는 무려 13.1%로 증가할 것으로 예견 하였다. 이에 따라 필연적으로 노인성 질환, 즉 만성 퇴행성 질환이 중요한 보건 문제로 대두될 것으로 보인다. 또한 우리 나라 주요 사망 원인의 1950년대 이전까지는 감염병이 주종을 이루었으나, 1950년들어 변화하기 시작하여 1970년대부터는 뇌혈관계 질환(중풍, 뇌출혈), 악성 신생물(암), 각종 순환기계 질환(심장병) 등 만성 퇴행성질환이 사망의 주요 원인으로 등장하였다(김정순, 1990).

질병의 정확한 양상을 이해하기 위해 유병률 자료를 보면, 고혈압은 의료보험 자료를 통한 유병률은 7.5%내외로 추정하나(보건사회부, 1988), 강화도에서 40세 이상 성인 남자는 19.1%, 여자는 15.1%(김일순 등, 1981)

로, 강원도 화천군에서는 40세 이상 성인의 18.2%(한달선 등, 1993)으로, 전국 대상으로한 조사에서는 30세 이상 성인 남자는 12.2%, 여자는 11.1%로 보고하고 있다(김정순 등, 1991).

당뇨병의 유병률은 1980년대 초반까지는 1% 내외로 큰 문제가 되지 않는 것으로 알려졌으나, 1990년에 전국적으로 30세 이상 성인 20,047명을 대상으로 시행된 역학조사에서 남성의 유병률이 4.6%, 여성은 8.1%로 추정되어서 증가의 폭이 큰 것으로 추정된다(김정순 등, 1993).

뇌졸중은 미국에서 심장질환, 암에 이어 세번째로 많은 사망원인으로 알려져 있으며 우리 나라에서는 1989년 경제기획원 통계에 의하면 뇌졸중이 전체 사망률의 20-30%를 차지하고 있다. 뇌졸중의 전반적인 역학조사가 미진하지만 유병률은 1.6-1.9명/1,000/년, 발생률은 2.5명/1,000/년, 사망률은 73명/100,000/년으로 알려져 있다(김정순, 1993). 특히 뇌졸중은 높은 사망률과 그로 인한 장애 때문에 사회경제적으로 환자, 가족, 사회가 부담을 갖게 되는 질환이다.

위에서 언급한 지역사회에 흔하고 관리가 필요한 만성질환인 고혈압, 당뇨, 뇌졸중과 함께 최대의 노인성 질환일 뿐만 아니라 앞으로 다가올 21세기의 인류가 당면하는 최대의 보건문제로 등장하고 있는 치매를 연구 대상으로 하려 한다. 치매의 원인중 가장 많은 알츠하이

* 1995년 서울대학교 보건대학원 보건학 석사 학위논문
** 적십자 간호전문대학 외래강사

머형 치매는 ‘금세기의 질환’(Disease of the Century)으로 간주하기에 이르렀다. 그러나 활발한 연구는 물론 임상적인 연구도 미미한 실정이다. 일반적으로 65세 이상 인구 중 10% 내외를 차지하며 나이가 5세 증가함에 따라 유병률이 2배가 되고 85세 이상에서는 약 50% 정도로 알려져 있다. 미국의 경우 전체 성인 사망 원인중 4번째를 차지할 정도이고(Bromley, 1989), 한국은 유병률 조사 연구 중 하나인 경기도 연천군의 결과를 보면 65세 이상 노인 1,691명을 대상으로 9.4%의 유병률을 나타내었으며, 이를 우리 나라 전체 인구 구조에 따라 보정하면 유병률은 9.5%로 추정하며 유형별로는 알츠하이머형 치매가 4.4%, 뇌혈관성 치매는 2.4%를 차지하였고 치매노인 중 다른 사람의 도움이 필요한 상태인 중등도 내지 고도 치매는 65세 이상 인구의 3.4%를 차지하고 있다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 연천지역사회 연구발표회, 1994).

치매의 경우 환자의 연령이 주로 피부양자층이라는 사회인구학적 특성과 가족들의 지속적인 보호 관찰을 요구하는 만성 질환이라는 질병 자체의 성격을 생각해 볼 때 실제로 노인성 치매로 인해 고통받고 있는 인구는 환자 본인과 가족을 포함하여 생각해야 할 것이다. 다른 만성질환에 비해 유병률은 떨어지나 질병으로 인식하지 못하여 발견이 안되는 경우도 많을 것이며 대부분의 간호를 가족이 부담하고 있는 실정하기에 가족 부담감을 심각할 것으로 생각된다.

특히 현대사회는 지난 60년대 이후 급속한 사회경제적 변화로 가족의 구조 및 기능이 변화하고 있어 이에 따라 가족의 전통적 기능이 점차 축소, 약화되어 왔다. 특히 노인에게 대한 가족의 보호적 기능이 점차 약화되고 부양의식 및 태도 또한 변화되고 있어 이에 대처하기 위한 가정에서의 노인보호 대책이 사회문제로 부각되고 있는 것이다(모경빈, 1990).

노년기는 성장발달의 마지막 단계로서 신체적, 정서적, 사회심리적인 면에서 다양하고 복잡한 문제에 직면되는 시기로 다른 연령보다 간호요구가 클 것이며 이에 따라 환자와 가족에 대한 세심한 간호중재가 필요하다(태영숙, 1981). 특히 우리 나라 노인복지 정책의 방향이 시설보호가 아닌 가족보호(주경식, 1984)임을 고려한다면, 노인단독세대의 증가 및 여성취업으로 인한 가족내 노인 간호자의 결여 등 변화된 가족환경에서도 가족원이 노인을 부양할 수 있도록 하는 가장 좋은 방안을 찾아야 할 것이다. 가정에 있는 노인에게서 가족의 지지 및 지원은 필수적이며, 가정에서 노인을 간호하는 가족

은 노인의 건강유지에 중요한 역할을 하며, 환자의 역할 이행에도 영향을 미치므로(박오장, 1985), 노인 건강유지에 가족의 지지 및 지원 정도는 매우 중요하다. 특히 노인의 64%가 가족에게 간호를 받기를 원하는 것으로 나타난 선행연구(홍중순, 1982)를 고려하면, 다른 어떤 연령층보다 노인에서 가족의 지지 및 지원이 부족한 경우는 가족을 지지하는 역할과 지원을 대신해주는 사회적 지지 자원을 연결해주는 활동이 필요하다.

이렇듯 노인 만성질환자 관리에 따른 가족의 역할 중요성과 함께 가족 부담감 완화방안과 노인 만성질환자의 체계적인 관리를 위한 기초조사가 필요하리라 본다. 또한 가족의 부담감에 관한 선행연구들로 노인환자의 가족에 대한 연구는 거의 없는 실정이고 단지 병원에 입원한 뇌손상환자와 재활환자와 정신질환자의 가족이 인지한 부담감에 관한 극소수의 연구가 있을 뿐이다.

이런 시점에 일부이지만 병원이 아닌 지역사회에, 도시에 비해 노인인구가 더 많지만, 의료시설, 사회복지시설, 편의시설 등이 부족한 농촌지역에서 재가 노인 만성질환자 가족을 대상으로 부담감을 연구하여 부담감 정도와 이에 영향을 미치는 요인들을 분석하고 이것에 근거한 보건사업 대상자의 우선순위 선정 기준을 제시하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 노인 만성질환자의 질환특성 및 일상생활 수행 능력과 가족의 돌봄행위와 부담감을 파악하여 농촌지역 노인 만성질환자와 그 가족을 위한 보건사업의 기초자료를 제시하고자 한다.

구체적인 목표로는

첫째, 노인 만성질환자의 사회인구학적 특성, 질환이환 상태, 일상생활 수행 능력 수준 및 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 부담감 수준 및 내용을 분석한다.

둘째, 노인 만성질환자 중 우선적 관리 대상의 질병과 인구집단 선정 기준을 제시한다.

3. 용어 정의

노인 만성질환자는 65세 이상의 노인으로 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 치매로 의사의 진단을 받고 치료 및 관리를 받고 있거나 받았던 노인환자를 의미한다. 가족원은 이들 환자와 동거하며 환자를 일차적으로 돌보는 가족을 말한다. 일상생활 수행 능력은 일상생활에서 일어나고

있는 평범한 활동을 독립적으로 이행하는 정도인 신체적 기능 정도와 생활주변에서 이용해야 하는 생활수단들을 얼마나 독립적으로 이용할 수 있는가를 평가하는 일상생활 수단 활용능력을 의미하는 것으로, 본 연구에서는 Lawton(1971)의 도구를 사용하여 측정한다. 가족 부담감은 가족원이 돌보는 대상이 노인이나 만성환자가 있는 특정상황에서 가족원이 영향을 받아 주관적으로 지각하는 신체적, 심리적, 사회적, 경제적 문제들과 관련해서 경험하는 어려움을 의미한다. 본 연구에서는 시간에 대한 부담감, 자기발전에 대한 부담감, 신체적 부담감, 사회적 부담감, 정서적 부담감, 재정적 부담감의 6개 영역으로 구분하여 측정한다.

II. 문헌고찰

1. 가족 부담감

부담감이란 만성질환자를 돌보는 상황에서 스트레스가 많은 사건에 반응하는 것으로 가족원의 신체적 건강, 기능, 수행 및 정신건강에 나쁜 영향을 주는 것을 의미한다. 가족 부담감은 병든 노인을 돌보는 가족 구성원들이 경험하는 신체적, 정신적 또는 감정적, 사회적, 경제적 문제들(George & Gwyther, 1986)로 특히 알츠하이머 질환인 경우는 일상생활 수행에 손상과 행위와 인지제한 때문에 가족원에게 계속적이고 점진적인 요구를 갖게 된다. 지역사회내 장기환자의 가족에게서 나타나는 부정적인 결과를 나타내는 연구들을 살펴보면 감정적 구속(Motenko, 1989; Thompson & Doll, 1982), 시간압박(Brody 등, 1990; Motenko, 1989), 자신의 계획에 부정적인 영향(Stommel 등, 1990), 사회적 활동 변화, 역할 갈등, 신체적 건강 손상, 경제적 문제(Fadden 등, 1989; Robinson, 1983; Zarit 등, 1980), 일상생활의 어려움과 같은 가족의 삶에 특별한 변화(Fatheringham 등, 1972)들을 보고한다.

2. 가족 부담감에 영향을 주는 요인

1) 환자의 특성

노인의 삶에 있어서 가장 중요한 결정요인인 기능적 능력은 육체적, 정신적, 사회적 요인에 의하여 영향을 받고 이는 한 요인의 기능적 장애는 총체적으로 노인 개인의 기능적 능력에 영향을 준다 하였다(Kalkas, 1985). 노인의 일상생활 기능 장애와 가족의 부담감과

의 관계 연구에서 주된 연구 결과는 기능장애는 가족의 부담과 상관이 있고(Grad & Sansbury, 1968), 우울을 예측하며(Deiming & Bass, 1986), 기능 장애로 인한 육체 노동이 증가될수록 노인의 입원 가능성이 높다고 보고한다(Morycz, 1985; Deiming & Bass, 1986; Motenko, 1989). 반면 부담감과 관계 없다는 보고도 있다(Zarit 등, 1980; Gilhooly, 1984). 환자의 유병기간과의 관계에서는 유병기간이 길어지면 질수록 부담이 증가함을 보고한다(Mandelbrote & Folkard, 1961; Hoening & Hamilton, 1966, 1969). 반면 2년 후 추적연구를 한 연구에서 장애기간이 길수록 좌절감이 낮아진다고 보고하며(Zarit 등, 1986), 횡적인 연구에서도 장애기간이 길수록 좌절감이 낮아진다고 보고한다(Motenko, 1989).

치매환자를 간호하는 가족의 부담감 연구에서 인지상태와 기능적 문제 같은 환자의 질병 중증도는 가족의 부담감과 상관관계가 없다고 보고하고 있다(Zarit 등, 1980; Ory 등, 1985; Fitting 등, 1986). 반면 환자의 인지적 기능과 가족의 부담감 사이에 정상관성을 보고한다. 즉 환자가 더욱 정확한 반응을 보일때 가족의 부담감을 더 커진다고 하며(Zarit 등, 1986), 다른 연구에서는 증세가 심각할수록 부양자의 좌절감이 낮아진다는 보고도 있다(Motenko, 1989). 이는 치매증세가 악화됨에 따라 어떤 문제 행동들은 빈도가 떨어지거나 중지되는 경우도 있어서 증세가 심각해짐에 따라 반드시 보호시간이 증가하지는 않기 때문이라고 해석하고 있다(Zarit 등, 1986).

2) 가족의 특성

입원한 장기환자 가족원의 우울증상은 가족원의 건강, 가족원에 너무 많은 것을 의존하는 상태, 환자와 자신의 요구간에 갈등, 휴식시간 부족, 돌봄시간, 다른 사람의 도움 유무가 관련되어 있다고 보고한다(Pruchno 등, 1989; Carolyn 등, 1993).

가족원의 성과 부담감과의 관계를 보면, 남편이 부인에 비해 부담감이 낮고(Zarit 등, 1986; Fadden 등, 1987), 덜 우울해(Fitting 등, 1986)하는 것으로 나타난다. 간호자가 되는 중년여성들은 새로운 흥미를 추구하기 시작하는 시기에 다시 간호자가 되어야 하기에 벗어나려 하지만, 남편들은 부양이란 새로운 역할을 즐겁게 받아들이며, 여성애를 새롭게 표현하려 하기에 간호자의 역할을 덜 부담스러워 한다(Lowenthal 등, 1975)고 한다.

젊은 간호자가(Neugarten, 1977), 자녀들이 배우자보다 더 스트레스와 부담감을 느낀다는(Johnson 등, 1983 ; Fitting 등, 1986) 보고가 있는 반면, 배우자가 자녀들보다 더 스트레스를 느낀다는(George & Gwyther, 1986 ; Cantor, 1983) 보고와 환자와의 관계에 상관없다는(Zarit 등, 1980) 보고도 있다.

가족의 건강문제 역시 부담감과 관련되는 중요한 변수로 치매환자의 가족을 대상으로 조사한 결과 가족의 건강 수준과 부담감과는 높은 관계가 있음을 확인하였고, 특히 응답자 모두에게서 돌봄이 가족의 건강에 부정적 영향을 미쳤다고 했으며, 이중에서도 79%는 자신의 건강에 중등도 이상의 부정적 영향을 미쳤다고 평가하였고(Pratt 등, 1985), 다른 연구에서도 가족의 정신적, 신체적 건강 상태가 좋지 못할 때 가족은 부정적 경험을 하는 것으로 보고되었다(Given 등, 1990).

가족의 경제적 어려움, 즉 사회경제적 상태가 낮을 때, 돌보는 역할에 대한 만족수준이 낮을 때 스트레스가 증가된다고 보고한다(Oberst, 1989 ; Motenko, 1989 ; Orodnenker, 1990). 관계의 친밀감은 간호의 만족감에 상관, 좌절감에 역상관을 나타낸다(Motenko, 1989).

이상의 문헌 고찰을 종합할 때, 환자의 연령, 성별, 교육정도, 결혼상태, 수입, 유병기간, 입원횟수, 관리상태, 다른 질병 유무, 질병정도, 일상생활 수행 능력과 가족원의 연령, 성별, 교육정도, 결혼상태, 종교, 직업, 월수입, 의료보장, 환자와 관계, 친밀정도, 가족수, 환자 이외의 만성질환자 유무, 환자 돌봄행위 등이 가족 부담감에 의미있는 변수로 파악될 수 있을 것이다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 가정에 거주하는 노인 만성질환자의 가족 부담감을 기술하고 가족 부담감에 영향을 미치는 요인을 분류하여 사업 대상자의 우선순위를 정하여 사업추진에 단계적 접근을 할 수 있도록 하는 기술적 연구이다.

2. 연구대상

농촌의 일개 군지역에 거주하는 노인 만성질환자로 진단된 자와 동거하면서 1차적으로 돌보는 가족으로 문장을 이해할 수 있고, 질문에 응답한 가족 총 213명이었다.

3. 연구도구

본 연구의 도구로는 구조화된 질문지를 사용하였다. 가족 부담감을 조사하기 위해 Novak(1989)과 Zarit 등(1979)의 도구를 번역, 수정 보완하여 총 29문항을 사용하였고, 치매 질병정도는 Hughes Scales(1982) 번역하여 사용하였고, 일상생활 수행 능력은 Lawton(1971)의 도구 총 15문항을 사용하였고, 환자돌봄행위는 예비조사 및 문헌고찰(이, 1993 ; 장, 1990 ; 유, 1982)을 통해 영양, 배설, 세척, 위생, 운반, 이송, 투약, 의사소통, 간호보조, 운동과 기타의 9개 영역의 31문항과 그의 돌봄행위 시간, 가장 힘든 것, 도움을 필요로 하는 것의 3문항 추가로 총 34문항을 사용하였다. 가족 부담감 도구의 전체 신뢰도는 =0.98이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료는 1994년 6월 10일부터 10월 8일까지 농촌의 일개 군지역에 거주하는 노인 만성질환자 가족을 전화방문, 가정방문을 통해 구조화된 설문지를 이용하여 연구자가 약 30분에서 1시간 정도의 면접을 실시하여 213명을 조사하였다.

연천군을 조사대상 모집단으로 층화집락 표본추출하여 1,255가구의 가구원 4,577명을 대상으로 조사한 93년도 연구에 근거하여 본 연구 표본의 대표성을 추정해보면 다음과 같다. 93년도 연구조사에서 65세 노인은 513명이었고 그중 만성질환으로 분류되는 질병을 가진 대상자는 256명(49.9%)이었는데 전체 연천군 노인 4,333명에 환산하여 계산하면 2162명이 만성질환자로 추정된다. 그중 본 연구 대상수 213명은 대략 노인 만성질환자의 10% 정도를 차지한다고 추정할 수 있다.

5. 연구수행단계

첫번째, 특성 및 부담감 수준을 분석한다.

수집된 자료는 부호화하여 SAS(Statistic Analysis System)를 이용하여 전산처리하였다. 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, t-test, ANOVA, 다단계 다중회귀분석을 실시하였다. P값이 0.05이하 일때 유의하다고 보았다.

두번째, 대상자의 우선순위 설정 기준을 개발하여 대상자의 수, 특성 파악을 파악한다.

그 기준은 다음과 같다.

- ① 가족 부담감 : 58점 이상(범위 0-116점)
- ② 치매 질병정도 : 중등도 이상(단계 : 의심-경중-중등중-중중)
- ③ 일상생활 수행 수준 : 중등도 이상(단계 : 경중-중등중-중중)
- ④ 환자 돌봄행위 : 환자 돌봄행위 시간이 8시간 이상
- ⑤ 분석결과에 기초하여 가족 부담감에 의미있게 영향을 주는 요인들을 고려하여 정한다.

6. 연구의 제한점

- 1) 연구대상을 일개 군지역에서 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 치매의 질병을 진단 받은 노인환자의 일부 가족만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하는 데는 신중을 기해야 할 필요성이 있다.
- 2) 연구에 사용한 도구가 외국에서 개발된 것이므로

<표 1> 환자의 일반적 특성

특성	구분	실수	백분율(%)
성	남 자	105	49.3
	여 자	108	50.7
연 령	65-69세	85	39.9
	70-74세	47	22.4
	75-79세	39	18.3
	80-84세	24	11.3
	85-89세	11	5.2
	90세 이상	7	3.3
평균(표준편차)=73.08(7.41)			
교육정도	대학교 이상	2	0.9
	고등학교	1	0.5
	중학교	6	2.8
	국민학교	64	30.0
	무 학	140	65.7
결혼상태	기혼	142	66.7
	별 거	45	21.1
	사 별	26	12.2
종 교	기독교	26	12.2
	불 교	21	9.9
	천주교	6	2.8
	기 타	1	0.5
	무 교	159	74.6
	직 업	무	138
주 부		28	13.1
농 업		41	19.2
판매서비스직		6	2.8
총		213	100.0

우리 나라 사람들에게 그대로 적용하는 것으로 인해 결과에 차이가 있을 수 있겠다.

IV. 연구결과

1. 조사 대상자의 특성 및 부담감 수준

1) 환자의 일반적 특성 및 질병 특성

환자의 성은 여자가 50.7%로 거의 비슷했고, 연령은 평균 연령이 73.08세(표준편차 7.41)이며, 65-69세가 39.9%로 가장 많았다<표 1>.

환자의 진단명으로 고혈압 50명, 당뇨 50명, 뇌졸중 53명, 치매 60명이었고, 유병기간은 평균 5.19년(표준편차 4.87)으로 1-5년미만이 57.7%(123명)로 가장 많았다<표 2>.

2) 환자 가족의 특성

가족의 성은 여자가 78.9%로 환자를 돌보는 가족이 주로 여성임을 알 수 있고, 연령은 평균 56.37세(표준편차 15.08)로 60-69세가 26.8%, 70세 이상이 21.1%로 환자와 비슷한 연령의 가족, 즉 배우자가 주로 돌보고 있음을 알 수 있다. 환자와의 관계는 아내 41.8%, 며느

<표 2> 환자의 질병 특성

특성	구분	실수	백분율(%)
진단명	고혈압	50	23.5
	당 뇨	50	23.5
	뇌졸중	53	24.9
	치 매	60	28.2
유병기간	1년미만	10	4.7
	1-5년미만	123	57.7
	5-10년미만	44	20.7
	10년이상	36	16.9
평균(표준편차)=5.19(4.87)			
질병관리상태	정기적 치료	93	43.7
	필요시 치료	37	17.4
	전혀 치료하지 않음	83	39.0
다른 질병 유무	유	103	48.4
	무	110	51.6
입원횟수	0회	128	60.1
	1-2회	469	32.4
	3-4회	14	6.6
	5회이상	2	0.9
	평균(표준편차)=0.73(1.46)		
총	총	213	100.0

리 29.6%, 남편 13.6%, 자녀 13.1%로 배우자가 55.4%였고, 환자이의 만성질환자가 있는 경우가 39.0%였다 <표 3>.

<표 3> 가족의 특성

특성	구분	실수	백분율
성	남	45	21.1
	여	168	78.9
연 령	30세미만	10	30-49세
	25	11.7	
	40-49세	32	15.0
	50-59세	44	20.7
	60-69세	57	26.8
	70세이상	45	21.1
평균(표준편차)=56.37(15.08)			
교육정도	고등학교	35	16.4
	중학교	25	11.7
	국민학교	60	28.2
	무 학	93	43.7
결혼상태	기혼	195	91.5
	미 혼	10	4.7
	이 혼	4	1.9
	별 거	3	1.4
	사 별	1	0.5
종 교	기독교	34	16.0
	불 교	27	12.7
	천주교	5	2.3
	기 타	1	0.5
	무 교	146	68.5
월수입	20만원이하	14	6.6
	20-50만원	94	44.1
	51-100만원	83	39.0
	101-150만원	16	7.5
	151만원이상	6	2.8
평균(표준편차)=68.15(67.32)			
의료보장	의료보험	177	83.1
	의료보호	36	16.9
직 업	무	33	15.5
	주 부	91	42.7
	농 업	56	26.3
	판매서비스직	8	3.8
	생산노무직	23	10.8
	학 생	2	0.9
환자와의 관계	아 내	89	41.8
	남 편	29	13.6
	며느리	63	29.6
	자 녀	28	13.1
	사 위	1	0.5
	손 주	2	0.9

특성	구분	실수	백분율
환자이의	유	83	39.0
만성질환자	무	130	61.0
함께도와	유	69	32.4
	무	144	67.6
도와주는 정도	약간 도움	9	13.0
	보통 도움	49	71.0
	많은 도움	9	13.0
	매우 많은 도움	2	3.0
건강상태	나쁘다	72	33.8
	보 통	56	26.3
	중 다	85	39.9
간호기간	1년미만	11	5.2
	1-5년미만	127	59.6
	5-10년미만	42	19.7
	10년이상	33	15.5
평균(표준편차) = 4.92(4.76)			
환자 예후에 대한 생각	더 나빠질 것	37	17.4
	반복할 것	36	16.9
	지금 이대로	123	57.7
	완쾌될 것	17	8.0
가족형태	노부부가구	99	46.5
	자녀가족과 동거	67	31.5
	배우자자녀가족동거	47	22.1
가족발달단계	출산기	1	0.5
	학령전기	5	2.3
	학령기	16	7.5
	10대	11	5.2
	진수기	21	9.9
가족분위기	중년기	1	0.5
	노년기	158	74.2
	자유, 개방적	97	45.5
가족수	엄격, 보수적	24	11.3
	때에 따라 다름	92	43.2
환자와 친밀정도	2명	98	46.5
	3명	30	14.1
	4명	25	11.7
	5명	21	9.9
	6명이상	38	17.8
	평균(표준편차)=3.49(1.79)		
환자와 친밀정도	매우 좋지 않음	3	1.4
	좋지 않음	31	14.6
	보 통	106	49.8
	중 음	66	31.0
	매우 좋음	7	3.3
총		213	100.0

3) 환자 돌봄행위 및 일상생활 활동 기능장애와 가족 부담감

(1) 환자 돌봄행위

돌봄행위 항목별로 가족중 30% 이상에서 환자를 돌보고 있는 내용으로 위생 항목에서 머리감기, 목욕, 손발톱 깎기, 머리정돈을 수행하고 있었고, 기타 항목에서 잔심부름, 필요한 것을 가까운 곳에 마련해줌을 수행하고 있었다.

환자를 돌보며 하루 평균적으로 환자와 함께 지내는 시간으로는 3-4시간 정도가 63.4%, 약 8시간 정도가 19.7%, 거의 하루 종일 함께 지내는 것이 11.3%, 반나

절 정도가 5.6%로 나타나고 있었다. 환자 돌봄행위 시간이 8시간 이상되는 우선관리 대상은 78명(36.6%)이 된다<표 4>.

<표 4> 환자를 돌보며 하루 평균적으로 환자와 함께 지내는 시간

구분	실수	백분율(%)
거의 하루종일 함께 지낸다	24	11.3
반나절 정도 함께 지낸다	12	5.6
약 8시간 정도 함께 지낸다	42	19.7
3-4시간 정도 함께 지낸다	135	63.4
총	213	100.0

<표 5> 각 질환별 환자 돌봄행위의 유무 및 빈도

돌봄행위 항목	고혈압, 당뇨 (N=100)		뇌졸중 (N=53)		치매 (N=60)	
	유(%)	평균횟수	유(%)	평균횟수	유(%)	평균횟수
영양	식사보조(경구섭취)	1(1.0) 3.00/일	8(15.1) 2.85/일	16(26.7) 3.45/일		
	식이요법 시행	5(5.0) 2.20/일	3 (5.7) 1.06/일	1(1.7) 6.00/일		
배설세척	대소변 보조	0(0.0) 0.00/일	18(34.0) 2.44/일	20(33.3) 4.02/일		
	관장	0(0.0) 0.00/일	1(1.9) 4.24/일	1(1.7) 1.20/일		
	좌약	0(0.0) 0.00/일	3(5.7) 4.06/일	3(5.0) 1.80/일		
	구토물 처리	0(0.0) 0.00/일	0(0.0) 0.00/일	2(3.3) 2.40/일		
	용변후 처리	0(0.0) 0.00/일	17(32.1) 2.65/일	21(35.0) 4.86/일		
위생	세수	0(0.0) 0.00/일	13(24.5) 0.94/일	24(40.0) 1.08/일		
	양치	0(0.0) 0.00/일	11(20.8) 0.96/일	18(30.0) 1.07/일		
	머리감기	2(2.0) 1.00/주	27(50.9) 1.32/주	35(58.3) 1.47/주		
	목욕	8(6.0) 1.63/달	37(69.8) 1.49/달	37(61.7) 1.99/달		
	손발톱깎기	6(6.0) 2.33/달	32(60.4) 2.52/달	33(55.0) 2.85/달		
	머리정돈	4(4.0) 1.00/달	29(54.7) 0.93/달	32(53.3) 0.84/달		
	옷입기, 벗기	1(1.0) 1.00/일	20(37.7) 0.72/일	20(33.3) 1.41/일		
	좌욕	0(0.0) 0.00/일	0(0.0) 0.00/일	1(1.7) 4.20/일		
운반 이송	침상 체위변경	0(0.0) 0.00/일	3(5.7) 5.30/일	7(11.7) 2.83/일		
	침대정리	0(0.0) 0.00/일	16(30.2) 0.99/일	15(25.0) 1.28/일		
	휠체어 운전	0(0.0) 0.00/일	0(0.0) 0.00/일	1(1.7) 0.60/일		
	보행	1(1.0) 1.00/일	7(13.2) 0.91/일	19(31.7) 1.36/일		
	외출시 동행	9(9.0) 0.67/일	17(32.1) 0.56/일	17(28.3) 0.99/일		
투약	투약보조	1(1.0) 2.00/일	12(22.6) 1.99/일	12(20.0) 2.15/일		
의사소통	환자요구 전달	0(0.0) 0.00/일	5(9.4) 1.38/일	9(15.0) 1.80/일		
	치료, 간호지시 내용 설명	0(0.0) 0.00/일	3(5.7) 0.71/일	6(10.0) 0.90/일		
간호보조	냉·온찜질	0(0.0) 0.00/일	0(0.0) 0.00/일	0(0.0) 0.00/일		
	욕창간호	0(0.0) 0.00/일	4(7.5) 1.19/일	3(5.0) 2.00/일		
	맞사지	0(0.0) 0.00/일	1(1.9) 1.06/일	0(0.0) 0.00/일		
운동	수동 관절운동	0(0.0) 0.00/일	2(3.8) 0.53/일	1(1.7) 1.20/일		
	능동 관절운동	0(0.0) 0.00/일	2(3.8) 0.53/일	0(0.0) 0.00/일		
	필요한 운동 교육	0(0.0) 0.00/일	1(1.9) 1.06/일	0(0.0) 0.00/일		
기타	잔심부름	3(3.0) 1.00/일	27(50.9) 1.41/일	38(63.3) 1.85/일		
	필요한 것 가까운 곳에 마련	7(7.0) 1.00/일	34(64.2) 1.23/일	43(71.7) 1.58/일		

각 질환별 환자 돌봄행위를 살펴보면 뇌졸중, 치매 환자의 경우는 목욕, 손발톱 깎기, 머리정돈, 머리감기, 옷 입고 벗기의 위생 항목과 대소변 보조, 용변후 처리의 배설, 세척 항목과 잔심부름, 필요한 것을 가까운 곳에 마련해줌의 기타 항목을 주로 실시하고 있었다<표 5>.

돌봄에 있어 가장 힘든 행위로 목욕과 세탁의 위생서비스, 계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것, 식이요법과 식사준비의 영양, 이상행위와 더 나빠지는 환자 상태, 대소변 처리와 관장과 같은 배설, 세척 행위 등이었다. 각 질환별 돌봄에 있어 가장 힘든 내용이 고혈압, 당뇨의 경우는 식이요법 시행, 식사준비이고, 뇌졸중의 경우는 위생(목욕, 세탁), 경제적 어려움, 계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것이고, 치매의 경우는 환자상태의 변화(이상행위, 상태가 더 나빠짐), 계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것, 위생(목욕, 세탁), 배설, 세척 등이었다<표 6>.

다른 사람이 도와주었으면 하는 것으로는 위생서비스, 경제적 지원, 방문보건서비스, 의료기관에 의뢰, 연결, 모시고 가는 것, 간호보조 서비스, 간호지식 교육, 영양(식사준비), 간호물품 구입의 내용이었다. 각 질환

별 다른 사람이 도와주었으면 하는 것으로 고혈압, 당뇨는 경제적 지원, 의료기관에 의뢰, 연결, 모시고 가는 것이었고, 뇌졸중은 위생서비스(목욕, 세탁), 경제적 지원이었고, 치매는 위생서비스, 방문보건서비스, 간호보조 서비스 등이었다<표 7>.

(2) 일상생활 수행 능력

본 연구에서는 신체적 기능정도와 일상생활 수단 활용능력을 평가할 때 보조기구를 이용하여 본인이 활동이 가능한 경우는 독립적 기능으로 간주하고, 사람의 도움이 필요하여 부분적으로 의존하거나 전적으로 의존하는 경우를 의존적인 것으로 평가하였다. 신체적 기능정도의 경우 대상 노인의 12.7%~38.0%가 각 항목별로 의존적이었고 가장 문제가 되는 항목은 목욕으로 38.0%(81명)였다. 일상생활 수단 활용능력의 경우는 대상 노인의 22.0%~47.4%가 각 항목별로 의존적이었고 문제가 많은 항목으로 식사준비가 47.4%(101명), 차 타고 외출하기가 46.9%(100), 장보기 46.5%(99) 등이었다.

각 질환별 일상생활 활동의 기능장애를 보면 신체적 기능정도의 경우 뇌졸중 21.4%~69.6%, 치매 25.0%~56.7%에서 각 항목별로 의존적이었다. 가장 문제가 되

<표 6> 각 질환별 돌봄에 있어 가장 힘든 내용별 대상자수

돌봄행위 항목	고혈압, 당뇨		뇌졸중		치매	
	수	%	수	%	수	%
위생(목욕, 세탁)	0	0.0	19	29.7	11	19.3
계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것	5	25.0	9	14.1	14	24.6
경제적 어려움	4	20.0	14	21.9	2	3.5
영양(식이요법, 식사준비)	6	30.0	8	12.5	3	5.3
환자 상태 변화(이상행위, 상태가 더 안좋아짐)	1	5.0	2	3.1	15	26.3
배설, 세척(대소변 처리, 관장)	0	0.0	7	10.9	8	14.0
운반, 이송(체위변경, 의료기관에 모시고 가는 것)	2	10.0	3	4.7	2	3.5
기타(치료지시 사항 수행 및 설명, 심부름 등)	2	10.0	2	3.1	2	3.5
총	20	100.0	64	100.0	57	100.0

<표 7> 각 질환별 다른 사람이 도와주었으면 하는 내용별 대상자수

도움을 바라는 내용	고혈압, 당뇨		뇌졸중		치매	
	수	%	수	%	수	%
위생서비스(목욕, 세탁)	0	0.0	14	51.9	11	33.3
경제적 지원	1	50.0	7	25.9	2	6.1
방문보건서비스	0	0.0	1	3.7	10	30.3
의료기관에 의뢰, 연결, 모시고 가는 것	1	50.0	3	11.1	3	9.1
간호보조(외출시 대신 환자를 봐주기 등)서비스	0	0.0	2	7.4	4	12.1
간호지식 교육	0	0.0	0	0.0	1	3.0
영양(식사준비), 간호물품 구입	0	0.0	0	0.0	2	6.1
총	2	100.0	27	100.0	33	100.0

는 항목으로 뇌졸중은 목욕이 69.6%, 치매는 장기능(배변관리), 옷입기가 56.7%이었다. 일상생활수단 활용능력의 경우는 뇌졸중환자에서 39.3%~78.6%,

치매환자에서 40.0%~76.7%가 각 항목별로 의존적이었고 가장 문제가 되는 항목으로 뇌졸중은 식사준비가

78.6%, 치매는 차 타고 외출하기가 76.7%이었다(표 8).

각 질환별 일상생활 수행 능력 정도에서 중증의 경우는 뇌졸중이 18명(34.0%), 치매는 22명(36.7%)이었고 중등증은 고혈압은 1명(2.0%), 당뇨는 3명(6.0%), 뇌졸중은 12명(22.6%), 치매는 21명(35.0%)이었다(표 9).

〈표 8〉 각 질환별 일상생활 활동의 기능장애

특 성	구 분	고혈압(N=50)		당뇨(N=50)		뇌졸중(N=53)		치매(N=60)	
		수	%	수	%	수	%	수	%
신체적 기능 정도* (PADL)	보행(걷기)	4	8.0	2	4.0	31	55.4	20	33.3
	목욕	5	10.0	3	6.0	39	69.6	33	55.0
	방광기능(배뇨관리)	0	0	0	0	20	37.7	17	28.3
	장기능(배변관리)	0	0	0	0	17	32.1	34	56.7
	옷입기	1	2.0	0	0	20	35.7	34	56.7
	식사하기	0	0	0	0	12	21.4	23	38.3
	기동하기	0	0	0	0	15	26.8	15	25.0
	몸단장하기	0	0	0	0	22	39.3	23	38.3
일상생활수단 활용 능력* (IADL)	방청소(정리)	4	8.0	2	4.0	43	76.8	40	66.7
	식사준비	10	20.0	2	4.0	44	78.6	44	73.3
	약먹기(투약)	0	0	2	4.0	22	39.3	24	40.0
	차 타고 외출하기	9	18.0	4	8.0	41	73.2	46	76.7
	돈 관리하기	4	8.0	4	8.0	33	58.9	45	75.0
	전화받기	2	4.0	4	8.0	32	57.1	45	75.0
	장보기	8	16.0	3	6.0	43	76.8	44	73.3

* 부분적 의존과 전적 의존자

〈표 9〉 각 질환별 일상생활 활동에서 우선관리 대상 기준에 의한 수

수행정도	고혈압(N=50)		당뇨(N=50)		뇌졸중(N=53)		치매(N=60)	
	수	%	수	%	수	%	수	%
경중(1-8점)	14	28.0	2	4.0	13	24.5	12	20.0
중등중(9-16점)*	1	2.0	3	6.0	12	22.6	21	35.0
중중(17-30점)*	0	0.0	0	0.0	18	34.0	22	36.7

* 우선관리 대상자 : 중등중 이상자

(3) 가족 부담감

부담감 점수는 평균 46.98점(표준편차 26.74)으로 보통 이하 수준이었고, 각 질환별 평균점수는 고혈압 27.37점(표준편차 16.83), 당뇨 32.46점(표준편차 16.29), 뇌졸중 62.96점(표준편차 23.10), 치매 61.24점(표준편차 26.66)이었다. 58점 이상되는 우선관리 대상자는 전체 대상자의 30.4%로 64명이며 주로 뇌졸중, 치매가 주 관리 질환이었다. 각 부담감 요인별 평점은 시간에 대한 부담감 1.71, 자기발전에 대한 부담감 1.56, 신체적 부담감 1.54, 사회적 부담감 1.09, 정서적 부담감 1.33, 재정적 부담감 1.58로서 시간에 대한 부담감이 가장 높고, 사회적 부담과 정서적 부담감이 낮은 정도를 보였다(표 10).

전반적인 노인 만성질환자 가족의 부담감이 보통 이하 수준으로 나타나는 것은 가족 상호간의 유대가 깊은 우리나라 전통 사회에서의 생활 양식과 자신들이 당연히 노인을 돌보아야 한다는 태도 및 자신의 걱정과 불안을 감추고 적당히 좋게 보이는 것을 미덕으로 여기는 유교 전통 사회의 영향에서 기인되는 결과로 볼 수 있을 것이다(서미혜, 오가실, 1993; 양영희, 1992).

영역별 부담감 정도간의 상관관계를 보면 모든 영역들에서 유의한 높은 상관관계를 보였다. 특히 시간에 대한 부담감은 자기발전에 대한 부담감($r=0.83$)과 신체적 부담감($r=0.82$), 정서적 부담감($r=0.73$)간에 높은 상관을 보였고, 자기발전에 대한 부담감은 재정적 부담

감($r=0.65$) 보다 신체적 부담감($r=0.87$), 정서적 부담감($r=0.84$)과 더 높은 상관관을 보였다. 그리고 신체적 부담감은 특히 자기발전에 대한 부담감($r=0.87$)과 더 높은 상관관을 보였으며, 사회적 부담감은 신체적 부담감($r=0.73$)과 높은 상관관계를 보였다. 또한 정서적 부담감은 자기발전($r=0.84$), 신체적 부담감($r=0.79$)과 더 높은 상관관계를 보였다.

(4) 환자의 일반적 특성에 따른 가족 부담감

환자의 일반적 특성에 따른 가족 부담감 정도는 시간에 대한 부담감에서는 교육정도($F=4.28, p<0.01$)와 신체적 부담감에서 환자의 성($t=2.10, p<0.05$)에 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 교육정도에서는 시간에 대한 부담감에 무학이 가장 부담이 높았고, 중졸이 가장 낮았고, 남성인 경우 더 신체적 부담감이 높았다. 환자의 연령에서 통계적으로는 유의하지는 않았으나 연

령이 증가함에 따라 부담감이 증가하고 있음을 볼 수 있었다.

(5) 환자의 질병 특성에 따른 가족 부담감

환자의 진단명($F=33.82, p<0.001$)에서는 뇌졸중, 치매, 당뇨, 고혈압의 순으로 높았고, 각 요인별 부담감 평점에서 시간에 대한 부담감이 뇌졸중 2.51, 치매 2.39,

〈표 10〉 요인별 가족 부담감

요인	범위	평균	표준편차
시간에 대한 부담감	0-4	1.71	1.30
자기발전에 대한 부담감	0-4	1.56	1.23
신체적 부담감	0-4	1.54	1.15
사회적 부담감	0-4	1.09	0.77
정서적 부담감	0-4	1.33	1.09
재정적 부담감	0-4	1.58	1.12
총 평점	0-4	1.62	0.92

〈표 11〉 환자의 질병특성에 따른 가족 부담감

(* $p<0.05$, * $p<0.01$, * $p<0.001$)

특성	구분	가족 부담감						
		시간 M±SD	자기발전 M±SD	신체 M±SD	사회 M±SD	정서 M±SD	재정 M±SD	총평점 M±SD
진단명	고혈압	0.82±0.77	0.72±0.67	0.74±0.66	0.64±0.48	0.66±0.52	1.02±1.02	0.94±0.58
	당뇨	0.94±0.74	0.94±0.71	1.00±0.73	0.78±0.46	0.68±0.59	1.20±0.95	1.12±0.56
	뇌졸중	2.51±1.19	2.21±1.20	2.17±1.07	1.36±0.79	1.79±1.01	2.26±1.13	2.17±0.80
	치매	2.39±1.30	2.20±1.30	2.08±1.24	1.49±0.86	2.02±1.21	1.76±0.95	2.11±0.92
			$F=33.25^{***}$	$F=26.14^{***}$	$F=25.62^{***}$	$F=17.46^{***}$	$F=26.57^{***}$	$F=15.76^{***}$
유병기간	1년미만	1.90±1.37	1.70±1.42	1.40±0.97	1.00±0.47	1.40±1.26	2.00±1.41	1.73±0.98
	1-4년	1.44±1.25	1.36±1.20	1.33±1.07	0.99±0.74	1.19±1.05	1.42±1.07	1.45±0.89
	5-9년	2.39±1.32	1.98±1.21	2.07±1.30	1.32±0.80	1.64±1.12	1.93±1.19	2.01±0.93
	10년이상	1.72±1.19	1.67±1.22	1.61±1.10	1.17±0.85	1.39±1.10	1.58±1.02	1.69±0.88
			$F=4.89^{**}$	$F=1.82$	$F=3.76^*$	$F=1.33$	$F=1.27$	$F=2.03$
입원횟수	0	1.44±1.25	1.33±1.18	1.26±1.06	0.96±0.78	1.14±1.04	1.26±1.06	1.39±0.89
	1-2	2.07±1.28	1.86±1.23	1.93±1.15	1.26±0.70	1.59±1.09	2.03±1.06	1.93±0.87
	3-4	2.36±1.39	2.14±1.35	2.00±1.41	1.36±0.84	1.57±1.22	2.29±0.99	2.09±0.97
	5회이상	1.50±0.71	1.50±0.71	2.00±0.00	1.50±0.71	2.00±1.41	1.50±0.71	1.59±0.54
			$F=3.79^*$	$F=2.82^*$	$F=5.32^{**}$	$F=2.33$	$F=2.51$	$F=9.23^{***}$
질병관리 상태	정기적	1.25±1.06	1.15±0.98	1.20±1.01	0.92±0.66	0.90±0.77	1.31±1.01	1.29±0.76
	필요시	1.84±1.28	1.70±1.27	1.76±1.19	1.22±0.92	1.46±1.10	2.19±1.33	1.84±1.00
	무 치료	2.17±1.39	1.95±1.34	1.80±1.21	1.22±0.79	1.74±1.23	1.61±1.03	1.89±0.95
		$F=12.49^{***}$	$F=10.49^{***}$	$F=6.95^{**}$	$F=3.89^*$	$F=14.46^{***}$	$F=8.89^{***}$	$F=11.53^{***}$
다른질병 유무	유	1.76±1.28	1.69±1.25	1.72±1.25	1.22±0.88	1.43±1.12	1.69±1.17	1.72±0.98
	무	1.66±1.33	1.43±1.20	1.30±1.03	0.96±0.63	1.23±1.06	1.48±1.06	1.52±0.86
		$t=0.54$	$t=1.53$	$t=2.29^*$	$t=2.46^*$	$t=1.32$	$t=1.38$	$t=1.63$
치매정도	경증	1.54±0.97	1.24±0.83	1.12±0.53	1.00±0.41	1.20±0.76	1.16±0.62	1.36±0.47
	중등증	3.08±0.95	2.64±1.00	2.64±1.18	1.77±0.97	2.36±1.05	2.09±0.92	2.48±0.75
	중증	3.33±0.82	3.42±1.16	3.08±1.00	2.00±0.85	3.08±1.16	2.42±0.90	3.00±0.71
		$F=11.21^{***}$	$F=23.52^{***}$	$F=22.45^{***}$	$F=8.27^{***}$	$F=17.01^{***}$	$F=12.28^{***}$	$F=30.52^{***}$

고혈압 0.82로, 당뇨에서는 재정적 부담감이 1.20으로 가장 높았고, 사회적 부담감이 고혈압 0.64, 뇌졸중 1.36, 치매 1.49로, 당뇨는 정서적 부담감이 0.68로 가장 낮은 정도를 보였다. 치매정도(F=30.52, p<0.001)에 대해서는 치매정도가 심할수록 부담감이 높았고, 질병 관리상태(F=11.53, p<0.001)에 대해서는 전혀 치료하지 않는 경우가 가장 높았고, 필요시 치료, 정기적 치료의 순으로 높았다. 입원횟수(F=5.54, p<0.01)에 대해서는 3-4회가 가장 높았고, 유병기간(F=2.98, p<0.05)에 대해서는 5-10년에서 가장 높았다(표 11).

(6) 가족의 특성에 따른 가족 부담감

가족의 특성에 따른 가족 부담감 정도는 월수입(F=7.17, p<0.001), 건강상태(F=24.53, p<0.001), 환자 예후에 대한 시각(F=22.17, p<0.001), 환자와의 밀접정도(F=8.75, p<0.001), 도와주는 정도(F=4.90,

p<0.01), 간호기간(F=4.43, p<0.01), 환자과의 질환자(t=2.81, p<0.01), 직업(F=3.11, p<0.01), 가족의 종교(F=2.93, p<0.05), 환자와의 관계(F=2.38, p<0.05), 의료보험(t=-2.53, p<0.05), 함께 도와주는 사람(t=2.42, p<0.05)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 월수입은 20-50만원이 가장 높았고, 건강상태는 나쁠수록 높았고, 환자의 예후에 대한 시각에서는 나빠질 것으로 생각할수록 부담감이 높았고, 환자와의 친밀 정도에서는 좋지 않은 경우 더 부담감이 높았다. 도와주는 정도에서는 매우 많은 도움과 많은 도움에서 부담감이 더 높게 나타났고, 간호기간은 5-10년미만이 가장 높았다. 환자과의 질환자가 있는 경우 부담감이 높았고, 직업에서는 생산노무직, 무, 판매서비스직, 농업, 주부 순으로 높았다. 종교에서는 기독교가 가장 높았고, 환자와의 관계에서는 자녀, 아내, 며느리, 남편의 순으로 높

<표 12> 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따른 가족 부담감

(* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001)

가족 부담감		시간	자기발전	신체	사회	정서	재정	총평점
특성	구분	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
돌봄시간	하루종일	3.75±0.61	3.29±1.00	3.21±0.83	2.25±1.07	2.83±1.09	2.58±0.88	3.07±0.63
	반나절	2.42±1.08	2.42±1.44	1.67±1.15	1.25±0.75	1.75±1.14	1.58±1.00	2.01±0.79
	8시간	2.60±1.01	2.19±1.09	2.33±1.12	1.31±0.60	1.83±1.15	2.24±1.08	2.18±0.72
	3-4시간	1.00±0.81	0.97±0.78	0.97±0.68	0.80±0.49	0.86±0.66	1.19±0.97	1.14±0.59
		F=8.98***	F=56.84***	F=65.39***	F=39.77***	F=43.33***	F=19.34***	F=77.52***
돌봄행위 빈도 (회/일)	0-5	1.25±0.98	1.13±0.92	1.11±0.80	0.87±0.50	0.99±0.84	1.37±1.05	1.29±0.69
	6-10	2.94±1.06	2.78±0.94	2.89±0.90	1.61±0.85	2.17±0.99	2.39±1.14	2.56±0.67
	11-15	3.42±0.00	2.75±0.97	2.58±1.08	1.67±0.89	2.08±0.79	1.92±0.90	2.44±0.59
	16-20	3.40±0.89	3.60±0.89	3.00±1.00	1.80±0.84	3.00±1.00	2.00±1.22	2.94±0.62
	21이상	3.83±0.39	3.66±0.65	3.67±0.49	2.58±1.16	3.25±0.97	2.93±0.72	3.37±0.48
	F=1.17	F=2.66*	F=5.89***	F=4.45**	F=2.19	F=1.72	F=3.80**	
일상생활 기능정도	0점	0.72±0.48	0.77±0.59	0.82±0.60	0.75±0.48	0.65±0.50	0.98±0.83	0.78±0.51
	1-8점	1.40±0.76	1.28±0.86	1.25±0.66	1.02±0.35	1.11±0.68	1.63±0.86	1.28±0.54
	9-16점	2.72±0.83	2.14±1.05	1.94±0.96	1.33±0.53	1.82±0.96	1.99±1.02	1.99±0.62
	17-30점	3.40±0.87	3.25±0.86	3.01±0.92	1.92±0.99	2.77±0.94	2.58±0.95	2.81±0.67
	F=19.08***	F=5.44**	F=4.18**	F=3.30*	F=11.05***	F=2.97*	F=10.54***	
신체기능 정도	0점	0.88±0.60	0.87±0.66	0.90±0.62	0.81±0.47	0.81±0.65	1.11±0.87	1.90±0.56
	1-5점	2.54±0.90	2.08±1.06	1.94±0.94	1.34±0.55	1.61±0.92	2.05±0.94	1.93±0.62
	6-9점	3.25±0.93	3.02±0.79	2.76±0.82	1.54±0.87	2.48±1.10	2.67±0.97	2.62±0.61
	10-16점	3.64±0.63	3.54±0.66	3.25±0.84	2.19±1.00	3.08±0.71	2.54±0.91	3.03±0.59
	F=13.45***	F=7.88***	F=6.04**	F=4.01**	F=3.36*	F=2.07	F=7.50***	
일상생활 수단활용 능력	0점	0.74±0.50	0.79±0.60	0.82±0.60	0.75±0.48	0.66±0.50	0.98±0.82	0.79±0.51
	1-4점	1.23±0.72	1.14±0.86	1.07±0.51	0.95±0.33	1.08±0.61	1.65±0.90	1.19±0.51
	5-8점	2.17±0.98	1.70±0.97	1.63±0.75	1.23±0.37	1.27±0.79	1.87±0.94	1.64±0.62
	9-14점	3.07±0.95	2.79±1.08	2.59±1.08	1.67±0.89	2.43±1.04	2.30±1.02	2.47±0.78
	F=2.78*	F=0.84	F=1.86	F=0.41	F=1.12	F=0.57	F=0.65	

게 나타났는데 이는 젊은 간호자가, 자녀들이 배우자보다 더 스트레스와 부담감을 느낀다는(Johnson 등, 1983 ; Fitting 등, 1986) 보고와 일치한다.

(7) 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따른 가족 부담감 돌봄시간($F=77.52, p<0.001$)이 길수록 높았고, 돌봄행위 빈도($F=3.80, p<0.01$)는 많을수록 부담감이 높았고, 일상생활 기능 정도($F=10.54, p<0.001$), 신체 기능 정도($F=7.50, p<0.001$)도 장애가 심할수록 부담감이 높았으나 일상생활 수단 활용능력($F=0.65, p>0.05$)은 통계적으로 유의하지는 않았다<표 12>.

환자의 거동불능으로 신체적 간호, 지지, 보호, 관찰, 보조 등의 눈에 보이는 역할을 많이 할수록 부담감이 높아짐을 볼 수 있고, 요인별 부담감 수준에서도 시간, 자기발전, 신체적 부담감 등에 높게 나타남에서도 알 수 있었다. 노인의 일상생활에서의 기능장애와 가족의 부담과 상관이 있고 이로 인한 육체 노동이 증가될수록 노인이 시설에 맡겨질 가능성이 높다는 보고와 일치한다(Deimling 등, 1986 ; Motenko, 1989).

(8) 돌봄행위와 일상생활 기능 정도와 가족 부담감의 상관관계

가족 부담감 정도가 돌봄행위와 일상생활 기능 정도에 따라 달라지는지 확인하기 위해 상관분석한 결과, 돌봄시간은 $r=0.70$, 일상생활 기능 정도는 $r=0.81$, 신체적 기능 정도는 $r=0.79$, 일상생활 수단 활용능력은 $r=0.76$ 로 높은 상관관계를 나타냈다.

(9) 제 변수와 가족 부담감의 관계

제 변수가 가족 부담감 정도에 영향을 미치는 정도를 보기 위해 다단계 다중회귀분석을 이용하여 분석한 결과, 가족 부담감과 관련된 주요 변수는 신체적 기능 정도로 66% 설명이 가능하였고, 다음으로 가족 부담감에 영향 미치는 변수는 일상생활 수단 활용능력, 돌봄시간, 환자와 친밀정도, 환자의 나이, 진단명, 환자의 직업으로 이를 모두 첨가하면 가족 부담감 변이의 76%를 설명해 주었다<표 13>.

뇌졸중 환자의 경우 가족 부담감에 영향을 주는 변수의 다단계 다중회귀분석 결과에서는 신체적 기능 정도,

<표 13> 가족 부담감에 영향을 주는 변수의 다단계 다중회귀분석

변수	Partial R2	Model R2	F	Prob>F
신체적 기능정도	0.6611	0.6611	409.5936	0.0001
일상생활수단 활용 능력	0.0367	0.6978	25.3656	0.0001
가족원의 건강상태	0.0200	0.7178	14.7694	0.0002
돌봄시간	0.0143	0.7321	11.0233	0.0011
환자와 친밀정도	0.0081	0.7401	6.3917	0.0122
환자의 나이	0.0065	0.7466	5.2791	0.0226
진단명	0.0068	0.7535	5.6619	0.0183
환자의 직업	0.0066	0.7601	5.5558	0.0194

일상생활 수단 활용능력, 돌봄시간, 의료보장이 가족 부담감에 영향을 미치며, 가족 부담감 변이의 71%를 설명해 주었다.

치매 환자의 경우 가족 부담감에 영향을 주는 변수의 다단계 다중회귀분석 결과에서는 일상생활 기능 정도, 치매정도, 환자와 친밀정도, 환자와 관계가 가족 부담감에 영향을 미치며, 가족 부담감 변이의 79%가 설명되었다.

2 대상자의 우선순위 설정 기준에 근거한 관리 대상자수

1) 가족 부담감

가족 부담감에 관한 연구들을 보면 그 평가를 중간 점

수 이상을 기준으로 높다, 보통이다, 낮다로 평가하고 있음을 볼 수 있다(김연희, 1994 ; 이숙자, 1993 ; 이영신, 1993 ; 서미혜, 오가실, 1993 ; 임혜숙, 1991 ; 박명희, 1991). 본 연구에서도 평가 기준을 중간 점수로 하여 우선 순위 대상자를 정하였다. 각 질환별 가족 부담감 58점 이상(중간 이상의 부담감)자 수는 고혈압 2명(4.0%), 당뇨 3명(6.0%), 뇌졸중 28명(52.8%), 치매 31명(51.7%)로 총 64명(30.4%)이었다<표 14>.

2) 치매 질병정도

Hughes Scale에서 중등도 이상은 기억력이 단지 매우 잘 학습된 내용만 보존되고 시간과 종종 장소에까지 비이상적인 지남력을 나타내고, 판단력과 문제해결 능

력에 복잡한 문제를 다루는데 심각한 어려움을 나타내고 사회활동은 집밖의 일에 독립적으로 기능하지 못하고 가정생활과 취미에서는 단지 단순한 일만 보존되어 있는 상태로 개인간호에 보조가 필요한 상태이다. 따라서 본 연구에서도 치매정도에서 우선순위 관리대상자를 중등도 이상으로 하였다. 조사 대상 60명 중 중등도 이상은 35명(58.3%)이었다<표 14>.

3) 일상생활 수준

환자의 기능적 활동 정도를 Lawton's(1971) Physical & Instrumental Activity of Daily Living Scales (PADL & IADL) 즉, 신체적 기능 정도(PADL) 8항목과 일상생활 수단 활용능력(IADL) 7항목을 사용하여 측정하였다. 단계 평가 기준은 3점 척도(독립적 기능=0, 부분적 의존=2, 전적 의존=2)로 되어 있는 각 항목을 종합한 점수로 평가한다. 1점에서 8점까지를 경중, 9점에서 16점까지를 중등도 장애, 17점에서 30점까지를 중증 장애로 평가하였다. 우선순위 관리 대상자를 중등도 이상자로 하였을때 각 질환별 대상자수는 고혈압은 1명(2.0%), 당뇨는 3명(6.0%), 뇌졸중은 30명(56.6%), 치매는 43명(71.7%)이었다<표 14>.

4) 환자 돌봄행위

각 질환별 돌봄시간이 8시간 이상 요구되는 대상자

<표 14> 각 질환별 우선순위 설정기준에 근거한 대상자수

특성	고혈압 (%)	당뇨 (%)	뇌졸중 (%)	치매 (%)
부담감 수준(58점 이상)	2(4.0)	3(6.0)	28(52.8)	31(51.7)
일상생활수행수준 (중등도 이상)	1(2.0)	3(6.0)	30(56.6)	43(71.7)
돌봄시간(8시간 이상)	3(6.0)	1(2.0)	31(58.5)	33(55.0)
치매 정도(중등도 이상)	-	-	-	35(58.3)

<표 15> 각 질환별 우선순위 설정기준에 근거한 대상자 분류

분류	질환종류			
	고혈압	당뇨	뇌졸중	치매
기준 1개 해당자	2명	1명	3명	8명
기준 2개 해당자	2명	0명	10명	5명
기준 3개 해당자	0명	3명	21명	4명
기준 4개 해당자 (치매 경우)	-	-	-	28명
총(%)	4명(8.0)	4명(8.0)	34명(64.1)	45명(75.0)

수를 기준으로 우선순위 관리 대상자로 정하였을때 고혈압은 3명(6.0%), 당뇨는 11명(22.0%), 뇌졸중은 31명(58.5%), 치매는 33명(55.0%)이었다<표 14>.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구에서는 환자의 사회인구학적 특성, 질환이환 상태, 일상생활 수행 수준, 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 가족이 노인 만성질환자를 돌볼때 겪는 가족 부담감을 분석한 결과와 이에 근거한 우선순위 대상자를 정하여 사업추진에 단계적 접근을 할 수 있도록 하는 기술적 연구이다. 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 가족 부담감 점수는 평균 46.98점(표준편차 26.74)으로 보통 이하 수준이었고, 각 질환별은 고혈압이 평균 27.37점, 당뇨는 평균 32.46점, 뇌졸중은 평균 62.96점, 치매는 평균 61.24점으로 나타났다.

둘째, 각 질환별 환자 돌봄행위를 살펴보면 고혈압, 당뇨 환자의 경우는 식이요법 시행 5%, 목욕과 손발톱 깎기 6%, 외출시 동행 9%, 필요한 것을 가까운 곳에 마련해줌을 7%가 실시하고 있었다. 뇌졸중, 치매 환자의 경우는 목욕 69.8%, 61.7%, 손발톱 깎기 60.4%, 55.0%, 머리정돈 54.7%, 53.3%, 머리감기 50.9%, 58.3%, 옷입고 벗기 37.7%, 33.3%, 대소변 보조 34.0%, 33.3%, 용변후 처리 32.1%, 35.0%, 잔심부름 50.9%, 63.3%, 필요한 것을 가까운 곳에 마련해줌 64.2%, 71.1% 등을 주로 실시하고 있었다.

환자를 돌보며 하루 평균적으로 환자와 함께 지내는 시간으로는 3-4시간 정도가 63.4%, 약 8시간 정도가 19.7%, 거의 하루 종일 함께 지내는 것이 11.3%, 반나절 정도가 5.6%로 나타나고 있었다. 환자 돌봄행위 시간이 8시간 이상되는 우선순위 대상은 78명이 된다.

돌봄에 있어 가장 힘든 행위로 목욕과 세탁의 위생서비스, 계속 옆에 있어야 하거나 도와줄 사람이 없는 것, 식이요법과 식사준비의 영양, 이상행위와 더 나빠지는 환자 상태, 대소변 처리와 화장과 같은 배설, 세척 행위 등이었다.

셋째, 신체적 기능 정도의 경우 대상노인의 12.7% - 38.0%가 각 항목별로 의존적이었고 가장 문제가 되는 항목은 목욕으로 38.0%(81명)였다. 일상생활 수단 활용능력의 경우는 대상노인의 22.0% - 47.4%가 각 항목별로 의존적이었고 문제가 많은 항목으로 식사준비가

47.4%(101명), 차 타고 외출하기가 46.9%(100), 장보기 46.5%(99) 등이었다. 각 질환별 일상생활 수행 수준 정도에서 중증의 경우는 뇌졸중이 18명(34.0%), 치매는 22명(36.7%)이었고 중등증은 고혈압은 1명(2.0%), 당뇨는 3명(6.0%), 뇌졸중은 12명(22.6%), 치매는 21명(35.0%)이었다.

네째, 환자의 일반적, 질병 특성, 일상생활 수행 능력 수준에 따른 가족 부담감 정도는 시간에 대한 부담감에서는 교육정도($F=4.28, p<0.01$)와 신체적 부담감에서 환자의 성($t=2.10, p<0.05$)에서, 환자의 진단명($F=33.82, p<0.001$), 치매정도($F=30.52, p<0.001$), 질병관리 상태($F=11.53, p<0.001$), 입원횟수($F=5.54, p<0.01$), 유병기간($F=2.98, p<0.05$), 일상생활 기능 정도($F=10.54, p<0.001$), 신체 기능 정도($F=7.50, p<0.001$)에 대해서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

다섯째, 가족의 특성, 돌봄행위에 따른 가족 부담감 정도는 월수입($F=7.17, p<0.001$), 건강상태($F=24.53, p<0.001$), 환자 예후에 대한 시각($F=22.17, p<0.001$), 환자와 친밀정도($F=8.75, p<0.001$), 도와주는 정도($F=4.90, p<0.01$), 간호기간($F=4.43, p<0.01$), 환자이의 질환자($t=2.81, p<0.01$), 직업($F=3.11, p<0.01$), 가족의 종교($F=2.93, p<0.05$), 환자와의 관계($F=2.38, p<0.05$), 의료보험($t=-2.53, p<0.05$), 함께 도와주는 사람($t=2.42, p<0.05$), 돌봄시간($F=77.52, p<0.001$), 돌봄행위 빈도($F=3.80, p<0.01$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

여섯째, 다단계 다중회귀분석 결과, 가족 부담감과 관련된 주요 변수는 신체적 기능 정도로 66% 설명이 가능하였고, 다음으로 가족 부담감에 영향 미치는 변수는 일상생활 수단 활용능력, 돌봄시간, 환자와 친밀정도, 환자의 나이, 진단명, 환자의 직업으로 이를 모두 첨가하면 가족 부담감 변이의 76%를 설명해주었다.

일곱째, 관리 대상자의 우선순위 설정기준으로 부담감 수준(58점 이상자), 일상생활 수행 수준(중등도 이상), 돌봄시간(하루 8시간 이상), 치매정도(중등도 이상)를 사용하였으며, 각 질환별 총 대상자수는 고혈압은 4명(8.0%), 당뇨는 4명(8.0%), 뇌졸중은 34명(64.1%), 치매는 45명(75.0%)이었다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고

자 한다.

첫째, 노인 만성질환자 사정 도구에 기존에 실시하던 환자, 가족의 사회인구학적 특성에 본 연구결과 가족 부담감에 의미있게 영향을 주는 요인 등을 포함하여 사정한다면 우선관리 대상자 분류에 도움이 되어 사업추진에 단계적 접근이 가능할 것이다.

둘째, 우리 현실에 맞고 지역사회 현장에서 사용될 수 있도록 간소화된 문항이면서 함축적인 내용을 포함할 수 있는 가족 부담감 도구 개발이 필요하다.

세째, 가족기능을 최대 발휘하며 예방서비스에 우선적 관심을 두며 질병이나 기능장애시 그 요구에 따라 가정과 사회가 적절히 그 책임을 분담하는 방향으로 장기적인 노인보건을 위한 예방서비스, 치료, 재활, 지원적 보건의 사회적 서비스 등에 관한 종합적 노인 만성질환자 관리 프로그램 개발이 필요하다.

본 연구결과 계획할 수 있는 구체적인 관리 프로그램은 방문보건서비스, 위생서비스, 사회적 지지 자원 개발 및 연결 즉 식사배달서비스, 간호물품구입, 자원봉사자 연결(일부 장애자의 능력 장애를 보완, 식사준비, 장보기 등)을 생각해 볼 수 있었다. 이에 따르는 노인문제 전문가 양성 및 기존 보건인력에 대한 보수교육과 자원봉사자 개발이 필요할 것이다.

참 고 문 헌

- 김소야자, 현명선, 성경미, 공성숙(1993). 입원한 정신 질환자 가족의 가정간호요구와 가족부담감. 대한간호, 32(3).
- 김연희(1994). 정신과 외래환자의 자가간호수행 및 가족기능과 가족 부담감의 관계. 서울대 보건대학원 석사학위논문.
- 김영숙(1994). 노인사회복지 장기 요양서비스 유형설정 및 프로그램 개발에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 김윤정(1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향. 이화대학교 대학원 석사학위논문.
- 모경빈(1990). 노인에 대한 농촌여성의 태도와 영향요인에 관한 조사 연구. 간호과학 제2권.
- 박명희(1991). 가족 간호제공자의 부담감 인지 정도와 영향변수 분석. 카톨릭대학 의학부 논문집, 44(3).
- 박연환(1994). 일개 군 지역 노인의 가정간호 요구에 대한 조사연구. 서울대 간호학 석사학위논문.

- 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 대한간호학회지, 23(3).
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1993). 농촌지역 방문보건사업 체계 개발.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994). 만성퇴행성질환 관리사업.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994). 연천 지역사회의 연구 발표회.
- 송건용(1994). 노인보건을 위한 정책 과제. 21세기 노인을 위한 복지, 건강, 의료 심포지엄, 한국노년, 노인병, 노화학 연합회.
- 양영희(1992). 만성 입원 환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조 모형. 서울대학교 박사학위논문.
- 이숙자(1993). 노인입원환자의 가족원이 인지한 부담감 정도에 관한 연구. 전남대학교 석사학위논문.
- 이영신(1993). 만성 입원환자 가족원의 부담감. 서울대학교 간호대학 석사학위논문.
- 임혜숙(1991). 정신질환자 가족의 부담감과 사회적 지지에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문.
- 한국보건사회연구원(1992). 2000년대를 향한 노인복지 정책.
- Berg, L.(1988). Clinical Dementia Rating(CDR). Psychopharmacology Bullentin, 24(4).
- Bull, M.J.(1990). Factors influencing family caregiver burden and health. West-J-Nurs-Res, 12(6) : 758-70.
- Carolyn, J.R., Joanne, S. & Victor, W.M.(1993). Depressive symptoms in family caregivers of long-stay patients. The Gerontologist, 33(2).
- Chenoweth, B. & Spencer, B.(1986). Dementia : The experience of family caregivers. The Gerontologist, 26(3).
- Fitting et al.(1986). Caregivers for dementia patients. Gerontologist, 248-252.
- Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family relation, 34, 19-26.
- Motenko, A.K.(1989). The frustrations, gratifications and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29(2), 166-172.
- Novak, M. & Guest, C.(1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. The Gerontologist, 29(6).
- Pater, P.V., Heather, M.Y. & Joan, R.(1991). Burden : A review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia. The Gerontologist, 311.
- Pearson, J. et al.(1988). Elderly psychiatric patient status & caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. The Gerontological Society of America, 28(1), 79-83.
- Philip, D.S. & Lural, J.M.(1991). An Assessment and Care Planning Strategy for Nursing Home Residents with Dementia. The Gerontologist, 31(1).

– Abstract –

Key Words : elderly with chronic disease,
family caregiver's burden, ADL,
patients' family caregiving activity,
severity of dementia

A Study of the Family Caregiver's Burden for the Elderly with Chronic disease in a Rural Area

*Jang, In Sun**

The purpose of this study was to analysis level on family caregiver's burden for the elderly with chronic disease in a rural area and to choose priority care group, thereby facilitating the development of interventions to reduce the caregiver's burden.

For this purpose, data were collected by questionnaire from June 10 to October 8, 1994. The instruments for data collection were Caregiver Burden Inventory by Novak(1989) and Zarit et al(1982), severity of dementia by Hughes Scales(1982), ADL by Lawton(1971), patients' family caregiving activity by pre-survey and reference review(Lee, 1993 ; Jang, 1990 ; Yoo, 1982). The subjects were 213 family caregiver of elderly with chronic disease in a rural area. The data was analysed by the use of t-test, ANOVA, correlation and multiple regression.

The results were as follows :

1. Total burden was evaluated below average, the mean of family burden was 46.98. By the diagnostic classification , Hypertension was 27.37, DM 32.46, CVA 62.96, Dementia 61.24.

2. Significant variables which were correlated to the family caregiver's burden were the patient's disease diagnosis($F=33.82$, $p<0.001$), severity of dementia($F=30.52$, $p<0.001$), the status of disease management($F=11.53$, $p<0.001$), ADL($F=10.54$, $p<0.001$), PADL($F=7.50$, $p<0.001$), income($F=7.17$, $p<0.001$), caregiver's health status($F=24.53$, $p<0.001$), a view of patient's prognosis($F=22.17$, $p<0.001$), relationship with the patient($F=33.82$, $p<0.001$), the number of hours per day spent on caregiving($F=77.52$, $p<0.001$), level of intimacy of caregiver and patients($F=8.75$, $p<0.001$), level of helping($F=4.90$, $p<0.01$), the frequency of caregiving activity($F=3.80$, $p<0.01$), the number of admission($F=5.54$, $p<0.01$), the length of caregiving($F=4.43$, $p<0.01$), other chronic patient in family($t=2.81$, $p<0.01$), caregiver's job($F=3.11$, $p<0.01$), the duration of illness($F=2.98$, $p<0.05$), caregiver's religion($F=2.93$, $p<0.05$), medical security($F=3.89$, $p<0.05$), caregiving's helper($t=2.42$, $p<0.05$).

3. PADL was the most important predictor to family caregiver burden($R^2=0.6611$). In addition to this, IADL, caregiver's health status, the length of caregiving, level of intimacy of caregiver and patients, patient's age, the patient's disease diagnosis and patient's job accounted for 76% of family caregiver burden.

4. The criteria of priority care group were as follows ; the mean of family caregiver burden was above 58, above of moderate ADL, the number of hours per day spent on caregiving above of 8 hours, above of moderate dementia. By the diagnostic classification, number of priority care group, Hypertension was 4 (8.0%), DM 4(8.0%), CVA 34(64.1%), Dementia 45(75.0%).

* School of Public Health Seoul National University