

## 치매노인을 돌보는 가족의 부담감과 우울반응에 관한 연구

김 영 자\* · 이 평 숙\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성과 목적

국민생활수준이 향상되고 과학기술의 발달로 인해 평균수명이 크게 연장되면서 노인인구는 계속해서 증가하는 추세에 있다. 보사부 발표(1991)에 의하면 평균수명이 1980년에 65.81세, 1990년은 71.27세, 2000년에는 74.25세로 연장될 것으로 보여 우리나라의 고령화 사회도 얼마 남지 않아 노인성 치매 인구의 증가는 피할 수 없는 현실이다.

노인성 치매는 연령증가와 밀접한 관계가 있으며, 일단 발병하면 비역가적인 만성퇴행성 질병의 특성을 갖고 있으나 아직 그 원인은 미지의 상태이다. 치매가 진단됨에 따라 자기관리능력의 저하로 일상생활수행을 가족에게 의존하는 정도가 높으므로 이에 따른 문제들이 심각하게 야기되었다.

우리나라의 경우 치매환자를 위한 관리체계가 개발되지 않아 환자에 대한 모든 책임을 가족이 맡고 있는 현 상황에서, 가족이 이용할 수 있는 의료·복지 서비스 프로그램은 극히 제한되어 있다. 이로 인해 치매노인을 돌보는 가족들은 더한 고통과 어려움을 겪게 되어 심각한 정신적, 사회적 문제를 호소하고 있다. 특히 만성적인 피로(Rabin 등, 1982; 이와 권, 1993; 홍 등 1994), 신

체적 건강의 악화(Romaniuk & Arling, 1983), 가족의 혼란(Grad & Sainsbury, 1968; Rabins 등, 1981), 역할갈등(Goldstein 등, 1981), 우울증과 죄책감 등의 정신적 문제(Lazarus 등, 1981; Rabins 등, 1982; 홍 등, 1994)로 고통을 받고 있다.

또한 가족들은 자신의 생활양식이 바뀌게 되므로 가족과 즐길 수 있는 여가시간이 없어지고 개인적인 사회활동의 제한을 받는 것은 물론 환자의 신체적 간호에 따른 피로로 자신의 건강을 돌볼 여유가 없어져 결국은 만성적인 피로와 정서적 부담을 경험하게 된다.

이와 같이 가정에서 여러 고통을 받는 가족은 환자의 돌봄과 가족을 위한 의료비용·효과면에서 다양한 재가환자와 가족을 위한 프로그램의 개발이 절실히 요구되며 치매환자 가족이 직면한 고통과 다양한 욕구를 감소시키기 위한 간호전략이 요구된다.

치매환자 가족들이 겪게 되는 부담감은 긴장감, 피로등과 같은 유사한 개념으로 제시되고 있으며(Zarit 등, 1986), 이중 우울반응과 부담감은 환자의 치료와 효과적인 재활에 직접적인 영향을 미치게 된다(Deimling & Bass, 1986). 더욱이 우리나라의 경우 노인성 치매환자를 위한 전문화된 노인전문병원의 부족으로 치매요양시설이나 노인주간보호센터에서 환자를 직접 돌보는 경우를 제외하고는 대부분 가정에서 돌보는 실정이다. 따라서 치매노인 가족이 경험하는 문제와 이로 인한 정서반

\* 고려대학교 간호대학 박사과정

\*\* 고려대학교 간호대학 교수

응에 대한 연구는 미흡한 상태이다.

간호는 환자와 가족의 건강문제를 해결하여 주는 하나의 통합된 단위로서 건강한 삶을 영위하도록 돕고 있다. 환자간호에 초점을 두면서 환자에게 직접 영향을 미치는 가족이 직면한 문제에 관심을 갖고 이들을 돕고 안정을 증진시켜 주며 나아가 환자에게 제공되는 돌봄 활동을 원활하게 할 수 있는 통합된 간호전략의 개발이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 치매환자 가족이 겪고 있는 고통스런 경험을 해결할 수 있는 기초자료를 제공하기 위해 치매노인 가족의 고통 경험인 부담감과 우울반응의 정도를 파악하고 그 관계를 규명하는데 그 목적이 있다.

## 2. 연구문제

- 1) 치매노인을 돌보는 가족의 부담감과 우울반응을 분석한다.
- 2) 환자 및 가족의 특성에 따른 치매노인 가족의 부담감과 우울반응 차이를 비교 분석한다.
- 3) 치매노인을 돌보는 가족의 부담감과 우울반응간의 관계를 분석한다.

## 3. 용어정의

### 1) 치매노인

기억력, 언어, 행동, 지적능력의 상실을 보이는 인지 기능장애가 있는 65세 이상의 노인을 말한다.

### 2) 가족의 부담감

가족중 환자를 돌보는 가족이 지각하는 정서, 신체, 사회 및 재정적 어려움과 불편감의 정도(Zarit 등, 1980)를 말하며, 본 연구에서는 Zarit의 '일과, 건강, 노인-가족의 가족관계, 사회적 활동, 경제적 부담'으로 구성된 부담감 측정도구로 측정하며, 척도의 점수가 높을수록 부담감이 높음을 의미한다.

### 3) 우울반응

슬픈감정이 심하고 의기소침한 상태와 사고 및 활동 저하를 나타내는 부정적 감정반응을 말하며, 본 연구에서는 Zung(1965)이 개발한 자기평가우울척도(Self-rating Depression Scale : SDS)로 측정한다. 척도의 점수가 높을수록 우울반응이 높음을 의미한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 치매노인 가족의 부담감과 우울반응

한 가족의 질병으로 가족의 위기상황에 대한 반응은 정서적, 심리적, 사회적으로 다양하며 가족마다 차이가 있어서 어떤 가족은 위기를 쉽게 잘 넘기고 어떤 가족은 지속적인 정서불안, 우울, 긴장 등이 큰 문제로 대두된다. 이로 인하여 가족 전체의 위기가 계속되거나 역할이 크게 위협을 받게 되는 수가 있다.

가족의 부담감이란 환자간호를 수행하면서 그들이 겪는 어떤 어려움이나 두려움을 막연하게 부담스럽게 느끼는 것으로, Zarit 등(1986)은 가족이 환자를 돌봄으로써 경험하는 정서적, 신체적 건강, 사회생활, 경제상태 등의 어려움과 불편감으로 언급하였고, Vitaliano (1991)는 부담감을 가족의 경험과 관련된 고통반응이라고 하였다.

치매노인을 돌보는 가족에게 나타나는 부담감은 '스트레스'와 유사한 개념으로 사용되고 있다. 가족구성원이 치매성 질환을 앓을 경우 환자 본인과 가족이 경험하는 스트레스는 매우 높으며, 이러한 스트레스는 가족의 신체적, 정신적 건강에도 부정적인 영향을 준다(Norbeck 등, 1988).

Purchno와 Potashnik(1989)는 치매환자를 돌보는 배우자를 대상으로 한 연구에서 정상인에 비해 치매환자의 배우자들이 당뇨, 관절염, 빈혈, 췌양 등의 만성질환을 더 많이 앓고 있고, 정신증으로 약물을 더 많이 복용하였으며 무기력, 두통, 심계항진 등의 증상을 많이 호소한다고 하였다.

Wilson(1989)는 치매환자를 돌보는 가족원 20명을 면접하여 역할 스트레스가 건강에 미치는 영향을 3단계로 서술하였다. 초기에는 역할 모호성을 느끼고, 중간단계에서는 일상생활 패턴이 깨지게 되어 가족간의 갈등, 재정적 압박, 피로감, 생활의 불안정감, 신체적 소진을 경험하며, 마지막 단계에서는 돌보는 역할을 남에게 양도한다는 것이다. 이 결과와 관련하여 Montgomery, Gonyea & Hooyman(1985)는 치매노인을 돌보는 가족원의 주관적 부담감은 쉽게 변화시킬 수 없으나 객관적 부담감은 잠시 환자를 돌볼 수 있는 기관을 이용하여 감소시킬 수 있으므로 지역사회나 국가적인 대안마련이 필요하다고 지적하고 있다.

실제로 정신·신체적 스트레스를 경험하는 치매환자 가족들의 부담감도 치매의 경과에 따라 다르지만 가장

많이 원하는 것은 일정기간 치매노인을 돌보는 책임으로 부터 벗어날 수 있는 휴식간호(respite care)로 나타났다(조, 1996). Scharlach 등(1986)은 만성장애가 있는 노인을 돌보는 가족원을 대상으로 휴식간호의 효과를 연구한 결과, 연구 참여자의 70%가 매우 만족하였고, 12%가 약간 만족, 8%가 약간 불만족, 10%는 매우 불만족한 것으로 보고하였다. 이들이 만족하는 주된 이유는 처음으로 신체적 혹은 정신적 휴식을 취할 수 있었다는 것이다.

이와 같이 치매환자를 돌보는 가족은 환자의 경과와 가족의 상황에 따라 여러가지 형태의 서비스를 이용할 수 있다.

우울이란 스트레스에 대한 반응으로 정상적인 기분의 변화로 부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며, 개인의 적응수준에 따라 그 정도는 매우 다르다고 하였다(이, 1993). 또한 우울은 자신과 환경, 미래에 대한 부정적인 인지체계에 의해서 일어나고 과도한 스트레스는 곧 우울로 이행될 가능성이 높다고 할 수 있다(Beck, 1974).

홍(1982)은 치매의 경과가 만성으로 접어들면서 만성 질환자 대부분이 장기간의 투병생활로 인하여 불안감, 사회적 소외감, 신체적 불편감, 역할상실, 치료비와 관련된 경제적 부담으로 인한 중압감 등으로 인해 삶의 의미와 희망을 잃게 되어 무기력해지며, 인내와 투병할 의지를 잃게 되므로 우울에 빠지기 쉽다고 하였다. 소 등(1985)은 만성질환자가 겪는 우울은 생명을 위협하거나 무능하게 하고 장기적 성인병을 앓는 사람들이 경험하는 정서적 합병증으로 회복을 지연시키거나 질병을 악화시킨다고 보고하였다.

Rabin 등(1982)은 치매환자 가족을 대상으로 한 연구에서 가족이 스스로 경험하는 문제로는 만성피로, 분노, 우울이 많았으며, 그 다음은 가족간 갈등, 친구와 취미의 상실, 개인 시간 부족, 간호제공자가 아프게 될 것에 대한 걱정, 새로운 역할과 책임수행의 어려움, 죄책감 등의 순으로 보고되었다. Baillie 등(1988)은 노인을 돌보는 가족은 돌봄으로 인한 스트레스로 돌보는 가족의 심리적 고통과 우울에 유의한 상관관계를 보인다고 하였고, Haley 등(1987)은 건강한 노인을 돌보는 가정과 치매노인을 돌보는 가정을 비교한 결과 치매노인의 가족이 대조집단보다 건강이 더 나빴고, 약물 복용수와 의사 방문수가 더 많았으며, 우울과 생활만족도는 더 낮았다고 보고하였다.

Christensen 등(1989)은 질병으로 인한 신체손상이

클수록 우울이 증가된다고 하였으며, Sacks 등(1990)은 질병에 따른 신체적 문제의 심각성 보다는 지각된 질병의 심각성이 높을수록 우울의 정도가 심각하다고 하였다.

치매노인 가족의 부담감과 우울에 대한 선행연구를 종합해 볼 때, 치매노인을 돌보는 간호제공자는 자신을 돌볼 시간의 결핍, 사회적 고립, 역할의 제약 등이 장기간 환자에게 돌봄을 제공하는 가족의 능력을 제한하게 되므로 이러한 부담감들이 우울에 많은 영향을 미칠 것으로 사료된다.

## 2. 가족의 부담감과 우울반응에 영향하는 요인

여러 연구에서 일차적인 간호제공자가 여성인 경우가 많으므로 남성보다는 여성에게서 부담감 인지정도가 높게 나타났음이 보고되었다. 특히 우리나라의 경우 가족원이 아플 때 주된 간호역할은 주부(88%)이며 사회생활을 비롯한 생활반경이 넓은 남성 보호자보다는 가사 전담 등 그 생활반경이 제한된 여성의 경우가 더 많은 부담감을 느낀다고 보고하였다(김, 1998). Fitting과 Eastham(1986)은 치매환자를 돌보는 배우자를 남녀별로 비교한 결과 여자가 남자보다 우울이 높은 것으로 나타났다.

대부분의 연구에서는 연령이 어리거나 많을수록 더 높게 부담감을 지각한다고 보고되고 있다. 노인의 간호 제공자는 배우자이기 때문에 나이보다는 애정의 부부유대를 더 많이 설명하고 있다.

환자와의 관계에서 볼때, Hirschfeld(1983)에 의하면 친밀성은 객관적으로 어려운 상황에서도 환자를 계속 돌보게 하는 힘으로 작용하고, Archbold(1990)의 연구에서도 상호성은 가족원의 역할긴장을 완화시키는 요인으로 보고되고 있다. Johnson(1983)은 배우자가 자식에 비해 돌보는 역할에 대한 스트레스를 덜 느끼고, Horowitz(1985)는 자식이 부모를 돌보는 상황에 대한 연구결과 78%가 딸이었으며, 딸이 아들보다는 부모에게 정서적으로 더 밀착되어 있기 때문에 스트레스가 더 높고, Williamson과 Schulz(1990)도 딸의 우울점수가 아들보다 높게 나타났다고 하였다. 김(1993)은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 질적 연구결과, 돌보는 경험은 배우자나 자녀보다 며느리에게서 더 부정적이었으며, 돌봄 기간이 길어질수록 사회적 고립감, 우울감, 절망감은 배우자보다 미혼자녀와 며느리에게서 높았다고 보고되고 있다.

가족이 종교가 없는 경우 스트레스가 높았다고 Hong (1994)은 보고하였다. 가족의 교육수준은 학력이 낮을 경우 스트레스가 높고, Noh & Turner(1987)은 교육수준이 낮을수록 우울점수가 높다고 보고하고 있다.

Cantor(1983)는 환자를 돌보는 가족이 자녀인 경우 정서적 긴장과 돌봄 역할로 인한 다양한 종류의 시간적 제약을 받게 되므로 직장에 영향을 미칠 수 있다고 보고하였다.

사회경제상태는 주로 경제수준면에서 월수입으로 언급되고 있는데 마비환자를 대상으로 한 박(1993)의 연구에서도 월수입은 가족의 부담감에 영향을 주는 중요한 변수라고 언급하였으며, 김(1994)은 정신과 외래환자 가족의 부담감과 환자의 자가간호수행과의 관계연구에서 가족의 수입이 적을수록 더 많은 부담감을 느낀다고 보고하였다.

유병기간은 Townsend & Bass(1989)가 치매의 심각성 정도와 시간경과에 따른 가족의 적응관계에 대해 가설을 제시하였다. Zarit 등(1986)은 치매노인 가족의 부담감 정도를 비교한 결과, 첫해에 측정된 부담감 정도보다 2년후에 부담감 정도가 더 낮고, Motenko(1989)의 연구에서도 장애기간이 길수록 돌봄으로 인한 좌절감이 낮아진다고 보고되고 있다.

거주형태에서 재가노인은 노인의 이상행동이 가장 심하고 가족원의 부담감도 높았으며, 삶의 질은 가장 낮은 것으로 나타나 치매정도가 심한 노인을 가족이 돌보는 경우 가장 어려운 경우임을 보고하였다. 외래이용노인은 이상행동이 가장 낮았으며, 가족원의 부담감도 가장 낮았으나 삶의 질은 높게 나타나 노인의 상태가 초기인 경우에 이용하면 효과가 높은 서비스 유형이다. 탁노소는 노인의 이상행동 정도가 중간수준이었으나 가족의 부담감은 높은 것으로 나타났다. 병원입원은 노인의 이상행동 정도에 비해 가족원의 부담감도 낮고 삶의 질은 높은 것으로 보고되었다(Hong, 1996).

Pratt 등(1985)은 치매환자 가족이 지각하는 건강상태와 부담감은 높은 상관관계가 있고, 우울과 높은 관련이 있다고 보고하였다(Pruchno 등, 1989). Synder(1985)은 간호제공자 70%가 환자의 지지적인 역할수행으로 신체적 건강이 나빠졌고, 돌봄 기간과 가족의 건강문제는 정적관계가 있다고 하였다. 국내연구에서도 만성질환자 가족(서, 1993)과 마비환자 가족(박, 1987), 뇌손상 환자 가족(정, 1992), 입원한 만성질환자 가족을 대상으로 한 연구(김, 1995) 등 가족의 건강상태는 부담감에 영향을 미치는 요인으로 보고하고 있다.

환자의 교육수준은 Amaducci 등에 의하면 학력이 낮은 노인층에서 알츠하이머의 치매발생 가능성을 증가시킨다고 제시하였고, 중추신경계 기능에 영향을 줄 수 있는 흡연은 치매성 질환의 관련요인으로 생각되어 왔으나 Van Dujin(1991)의 연구에서는 부적상관 관계로 나타나는 반면 Shalat 등(1973)의 연구에서는 정상관 관계가 있음을 보고하였다.

알콜섭취는 임상적으로 치매의 원인임이 밝혀졌으나 중증도의 알콜소모와 치매발생과의 관계는 명확하지 않다. 알콜흡 섭취량과 알츠하이머서형의 관계에 대한 5편의 메타분석과 알콜섭취와 치매진행의 관련성은 낮은 것으로 보고하였다(Hebert 등, 1992).

이와 같이 질병의 생물학적 측면이나 이상행동 뿐만 아니라 질병의 경과도 중요하며 환자의 상태, 질병의 경과 등이 부담감에 크게 영향을 주는 요인이며 환자의 회복과 재활에 영향을 미치므로 환자가족에 대한 계속적인 사정과 이들을 도울 수 있는 방법이 강구되어야 한다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 치매노인 가족의 부담감과 우울을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

#### 2. 대상선정 및 표집

본 연구의 대상은 서울과 경기 지역에 거주하는 치매노인을 집에서 돌보는 경우(자가), 주간보호센터(외래이용), 치매전문요양시설(무의탁요양시설), 노인전문병원에 입원한 가족의 4집단으로 나누어 표집하였다.

집에서 가족들이 돌보는 가정은 친지, 직장 및 주위 동료의 도움을 받아 100명, 주간보호센터는 북부노인복지관과 평화노인복지관에서 100명, 치매전문요양시설은 중계노인복지관과 인천영락원에서 100명, 노인전문병원은 인천은혜병원과 광주세브란스병원에 입원한 치매환자 가족을 대상으로 100명씩 표집하여 본 연구의 대상자는 총 400명이였다.

대상자의 선정기준은 65세 이상 치매노인을 돌보고 있는 배우자, 형제 또는 직계자녀에 해당하는자, 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한자, 국문해독이 가능하고 의사소통에 무리가 없는자로 편의표집 하였다.

이 같은 방법에 의해 표출된 대상자 수는 총 251명 이

었으나 응답하지 않은 것과 어느 특정한 문항만 기입 또는 부실기재 질문지를 제외한 실제분석에 사용된 대상자수는 총 242명이었다.

### 3. 연구 도구

#### 1) 부담감 측정도구

부담감 측정은 Zarit(1980)가 개발하고 홍(1966)이 번안한 Burden interview를 사용하였다. 질문지의 간호제공자 부담영역은 일과 4문항, 건강 10문항, 노인-간호자-가족관계 2문항, 사회적 활동 5문항, 경제적 부담 1문항 총 22개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 최저 22점에서 최고 88점까지의 범위로 점수가 높을수록 부담감이 높음을 의미한다. 홍(1996)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .8773$ 이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .9155$  이었다.

#### 2) 우울 측정도구

우울 측정은 Zung(1965)이 개발하고 이와 송(1996)이 번안한 자기평가우울척도(self-rating Depression Scale)를 이용하였다. 총 20문항으로 10개의 긍정적 문항과 10개의 부정적 문항으로 각 문항의 배점은 부정적 문항에서 '매우 그렇다'가 4점, '거의 그렇지 않다'를 1점으로 하였다. 긍정적 문항은 역환산하여 총점은 최저 20점에서 최고 80점까지의 분포를 보이며 50점 이상일 때 우울이 뚜렷한 상태라고 하였다(성, 1992).

도구의 신뢰도는 Zung(1965)이 도구개발 당시 반분법에 의하여 측정된 신뢰도 계수가 0.73이었고, MMPI의 우울하부척도와 상관계수는 .70이었다. 그리고 이 척도는 국내외에서 그 타당성과 신뢰성이 입증되어 임상에서 널리 사용되고 있다. 이와 송(1996)이 측정한 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .82$ 이었다.

### 4. 자료수집방법 및 절차

본 연구를 위한 자료수집 기간은 1997년 8월 1일부터 1998년 2월 28일까지 아래와 같은 방법으로 수집하였다.

실제 자료수집에 들어가기 2주 전에 그 기간을 방문하여 책임자에게 본 연구의 취지 및 목적을 설명하여 협조를 구하고, 질문지는 피험자가 충분히 이해할 수 있고 단독으로 작성할 수 있도록 하기 위해서 작성요령을 앞

장에 상세히 설명하였다. 각 설문지는 개별적으로 봉투에 넣은 후 각각 무기명으로 회수되었고 설문지 응답에 소요된 시간은 약 20분 정도이다.

### 5. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS(Statistical analysis system)를 이용하여 통계처리하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

조사대상자의 일반사항은 빈도, 백분율(%)을 구하고, 치매노인 가족의 부담감과 우울정도는 각각 평균, 표준편차를 사용하였다. 사회인구학적 특성에 따른 치매노인의 가족의 부담감 및 우울정도는 t검증과 변량분석하고, 치매노인 가족의 부담감과 우울과의 관계를 규명하기 위해 피어슨 단순상관 관계로 분석하였다.

### 6. 연구의 제한점

- 1) 본 연구 대상자는 서울과 경기의 치매노인을 돌보는 가족들을 편의표집 하였으므로 연구결과를 치매환자 가족 전체를 일반화하는 데는 어느 정도 한계가 있다.
- 2) 자가보고용 도구로 측정하였기 때문에 응답의 편견으로 인하여 연구결과는 과소 및 과대평가가 될 수 있다.

## IV. 연구 결과

### 1. 치매노인 가족과 환자의 특성

본 연구에 참여한 치매노인을 돌보는 가족원의 특성은 전체 대상자 242명 중 남자 85명(35.1%), 여자 157명(64.9%)으로 여자가 남자보다 더 많은 수를 보였다. 이것은 환자를 돌보는 일이 주로 여성이 담당하고 있음을 보여주고 있다. 가족의 연령은 16세에서 81세의 범위로 41-50세가 37.2%로 가장 높았으며, 그 다음은 31-40세 21.5%, 51-60세 15.3%, 70세이상 8.7%, 61-70세 7.4%, 21-30세 5.4%, 20세이하 4.5% 순이었다. 환자와의 관계는 며느리가 32.2%로 가장 높았으며, 그 다음은 아들 20.7%, 딸 16.5%, 기타 12.4%, 배우자 8.7%, 손자 및 손녀가 5.0%, 형제 2.5% 순이었다. 종교는 기독교가 32.2%로 가장 많았으며, 그 다음은 없음 28.1%, 불교 21.5%, 천주교 13.6%, 유교 4.1% 순이었다. 교육수준은 고졸 및 전문대 41.3%로 비교적 높은 비율이고, 대학 및 대학원 졸업 36.4%, 중졸이하가 21.9% 순이었

다. 사회경제상태는 중간층이 76.9%로 가장 높았으며, 그 다음은 하 16.1%, 상 7.0% 순이었다. 직업이 있는 경우 51.7%, 직업이 없는 경우 48.3%로 비슷한 비율을 보이고 있다. 현재 건강상태는 나쁜편이다 39.7%로 비교적 높은 비율이고, 그 다음은 좋은 편이다 23.6%, 아주 나쁘다 7.9%, 매우 좋다 5.0% 순이었다. 치매노인의 거주형태는 주간보호센터 27.3%로 가장 많았으며, 그 다음은 자가 24%, 치매전문요양시설(무의탁시설) 23.6%, 노인전문병원 21.9%, 기타 및 친척 3.3% 순이었다.

치매노인의 교육수준은 서당/국졸 및 중퇴가 40.9%로 가장 많았으며, 그 다음은 교육을 받지 않은 집단에서 38%, 고졸 및 전문중퇴 9.9%, 대학 및 대학원 졸업이 3.3% 순이었다. 유병기간은 6개월 이하가 28.5%로 가장 높았으며, 그 다음은 1년-2년이 25.2%, 2년-5년 16.9%, 7개월-1년 14.9%, 5년이상 12.4% 순이었다. 환자의 흡연습관량은 피우지 않는다 78.9%로 가장 높은 비율이고, 그 다음은 반갑-한갑정도 12.4%, 하루 5개피 이내 4.5%, 한갑이상 4.1% 순이었다. 환자의 음주습관은 마시지 않는다가 76.9% 가장 많았으며, 소주, 위스키 11.2%, 맥주 및 포도주가 6.2% 순의 비율을 보이고 있다.

## 2. 치매노인 가족의 부담감과 우울반응정도

본 연구의 치매노인 가족 242명을 대상으로 부담감과 우울반응의 정도는 다음과 같다<표 1>.

<표 1> 치매노인 가족의 부담감과 우울정도 (N=242)

특정 변수	총평점	평균	표준편차	범위
부담감	49.13	2.23	0.93	22-88
우울	51.95	2.60	0.92	20-80

치매가족의 부담감에 대한 22개 항목의 척도구성은 4점 평정척도로서 총 평점은 49.13 이었다. 치매가족의 부담감이 가장 높게 나타난 항목은 “환자가 의존적이다”(2.64)가 가장 높았으며, 그 다음은 “환자의 행동에 당황한다”(2.63). “환자 간호로 내 자신의 시간이 부족하다”(2.46). “환자는 자기를 돌 볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다”(2.41). “다른 가족에게 해야 할 일과 환자 간호 사이에서 스트레스를 받는다”(2.36) 등의 순으로 나타났다.

우울반응에 대한 20개 항목의 척도구성은 4점 평정척도로서 총 평점은 51.95였다. 우울반응이 가장 높은 항

목은 “내가 만약 죽는다면 다른 사람 특히 가족들이 편할 것 같다”(3.33)로 나타났으며, 그 다음은 “번비때문에 고생한다”(3.19). “나는 요즈음 체중이 줄었다”(3.16). “나는 안절부절해서 진정할 수가 없다”(3.05). “나는 요즈음 가슴이 두근거린다”(2.92). “나는 잠을 설칠 때가 있다”(2.73). “나는 갑자기 얼마동안 울음을 터뜨리거나 울고 싶을 때가 있다”(2.72). “나는 매사에 의욕이 없고 우울하거나 슬플때가 있다”(2.66) 등의 순으로 나타났다.

## 3. 가족과 환자의 특성에 따른 치매노인 가족의 부담감과 우울반응

치매노인 가족의 부담감과 우울반응에 영향을 미치는 가족과 환자의 제 특성을 t-test와 ANOVA로 분석한 결과는 다음과 같다<표 2>.

가족의 부담감에 영향을 준 가족의 특성은 치매환자와의 관계(F=2.48, P<.05), 사회경제적상태(F=5.17, P<.05)에서 유의한 차이가 있었고, 환자의 특성은 교육수준(F=2.17, P<.05)만이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 치매환자와의 관계는 며느리(2.41)가 부담감 정도가 가장 높았고, 그 다음은 형제(2.35), 아들(2.19), 배우자(2.18), 손자 및 손녀(2.12), 기타(2.11), 딸(2.09) 등의 순이었다. 사회경제적상태는 낮은 집단(2.29)에서 부담감 정도가 높게 나타났다.

환자의 특성은 서당, 국졸 및 전문퇴(2.27)에서 가장 높았으며, 그 다음은 중졸 및 고퇴(2.24), 무학(2.20), 고졸 및 전문퇴(2.09) 순으로 나타났다.

가족의 우울반응에 영향을 미친 가족의 특성은 성별(t=-2.05, P<.05), 연령(F=2.99, P<.05), 환자와의 관계(F=3.65, P<.01), 사회경제적상태(F=7.74, P<.001), 직업(t=2.82, P<.01), 건강상태(F=4.42, P<.01), 치매노인의 거주형태(F=4.30, P<.01)에서 유의한 차이가 있었다. 또한 환자의 특성은 교육수준(F=3.85, P<.01), 유병기간(F=2.47, P<.05), 환자의 담배습관(F=6.17, P<.001)에서 유의한 관계가 있었다. 즉 가족의 특성은 남자(2.68)가 여자(2.54)보다 우울정도가 높게 나타났다. 연령은 20세이하(2.53)에서 비교적 우울정도가 높았고, 61-70세(2.51), 70세이상(2.46), 31-40세(2.41), 51-60세(2.39), 41-50세(2.37), 21-30세(2.14) 순이었다. 환자와의 관계는 형제(2.64)와 배우자(2.60)에서 비교적 우울정도가 높았

<표 2> 가족과 환자의 특성에 따른 치매노인 가족의 부담감과 우울반응

(N=242)

특 성 구 분	부 담 감			우 울 감			
	평균(표준편차)	t 또는 F	P	평균(표준편차)	t 또는 F	P	
가족의 특성							
성 별	남	2.17(0.50)	-1.16	0.2490	2.68(0.48)	-2.05	0.0417*
	여	2.26(0.59)			2.54(0.41)		
가족의 연령	20세 이하	2.33(0.42)	2.11	0.0550	2.53(0.61)	2.99	0.0085*
	21세-30세	1.93(0.47)			2.14(0.47)		
	31세-40세	2.28(0.56)			2.41(0.46)		
	41세-50세	2.26(0.51)			2.37(0.40)		
	51세-60세	2.29(0.67)			2.39(0.40)		
	61세-70세	2.19(0.54)			2.51(0.51)		
	70세 이상	1.98(0.60)			2.46(0.48)		
환자와의 관계	배우자	2.18(0.58)	2.48	0.0276*	2.60(0.37)	3.65	0.0019**
	형제	2.35(0.65)			2.64(0.50)		
	며느리	2.41(0.59)			2.46(0.37)		
	아들	2.19(0.45)			2.36(0.48)		
	딸	2.09(0.60)			2.32(0.46)		
	손자 및 손녀	2.12(0.51)			2.34(0.51)		
	기타	2.11(0.52)			2.30(0.46)		
종 교	없음	2.29(0.53)	1.02	0.4115	2.41(0.43)	1.97	0.0861
	천주교	2.20(0.63)			2.39(0.41)		
	불교	2.27(0.62)			2.48(0.49)		
	유교	1.85(0.39)			2.38(0.44)		
	기독교	2.16(0.52)			2.32(0.44)		
	기타	2.73(0.39)			2.73(0.45)		
교육수준	고퇴 및 중졸이하	2.20(0.56)	0.22	0.8059	2.60(0.40)	2.60	0.0768
	고졸 및 전문중퇴	2.28(0.54)			2.39(0.46)		
	대학 및 대학원졸	2.19(0.57)			2.29(0.39)		
사회경제 상태	상	2.05(0.68)	5.17	0.0071*	2.25(0.39)	7.74	0.0006***
	중	2.23(0.54)			2.37(0.45)		
	하	2.29(0.62)			2.58(0.40)		
직업	무	2.21(0.59)	-0.40	0.6866	2.48(0.44)	2.82	0.0052**
	유	2.24(0.53)			2.32(0.44)		
현재 건강상태	매우 좋다	2.13(0.43)	2.32	0.0614	2.40(0.32)	4.42	0.0020**
	좋은 편이다	2.19(0.51)			2.28(0.50)		
	보통이다	2.36(0.68)			2.36(0.41)		
	나쁜 편이다	2.11(0.58)			2.50(0.44)		
	아주나쁘다	2.27(0.56)			2.61(0.44)		
치매노인의	자 가	2.16(0.57)	1.38	0.2417	2.56(0.46)	4.30	0.0024**
	거주형태 주간보호센터	2.34(0.44)			2.34(0.32)		
	무의탁요양시설	2.16(0.60)			2.32(0.48)		
	노인전문병원	2.21(0.64)			2.35(0.49)		
	기타(이웃, 친척)	2.42(0.44)			2.53(0.50)		

\*P<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

<표 2> 계속

특 성 구 분	부 담 감			우 울 감			
	평균(표준편차)	t 또는 F	P	평균(표준편차)	t 또는 F	P	
환자의 특성							
교육수준	무 학	2.20(1.54)	2.17	0.0748*	2.42(0.42)	3.85	0.0050**
	서당/국졸 및 중퇴	2.27(0.62)			2.46(0.47)		
	중졸 및 고퇴	2.24(0.49)			2.44(0.50)		
	고졸 및 전문	2.09(0.49)			2.10(0.34)		
	대학 이상	2.70(0.57)			2.41(0.35)		
유병기간	6개월 이하	2.12(0.54)	1.16	0.3341	2.34(0.42)	2.47	0.0463*
	6개월-1년	2.20(0.60)			2.46(0.45)		
	1년-2년	2.25(0.56)			2.36(0.46)		
	2년-5년	2.31(0.50)			2.38(0.42)		
	5년 이상	2.35(0.61)			2.54(0.50)		
환자의 담배습관	피우지 않음	2.21(0.58)	1.11	0.3546	2.35(0.43)	6.17	0.0001***
	하루 5개 피 이내	2.13(0.46)			2.50(0.48)		
	반갑-한갑정도	2.41(0.48)			2.56(0.49)		
	한갑이상	2.19(0.52)			2.73(0.42)		
환자의 음주습관	소주, 위스키	2.37(0.59)	0.71	0.5497	2.59(0.52)	1.33	0.2666
	맥주, 포도주	2.08(0.50)			2.56(0.29)		
	마시지 않는다	2.21(0.55)			2.35(0.42)		

\*P<.05 \*\*P<.01 \*\*\*P<.001

고, 그 다음은 며느리(2.46), 아들(2.36), 손자 및 손녀(2.34), 딸(2.32), 기타(2.30) 순이었다. 사회경제상태가 낮고(2.60), 직업이 없는 경우(2.48) 우울정도가 높았다. 현재 건강상태는 '아주 나쁘다'(2.61)에서 우울정도가 가장 높았고, 그 다음은 '나쁜편이다'(2.50), '매우 좋다'(2.40), '보통이다'(2.36), '좋은 편이다'(2.28) 순으로 나타났다. 거주형태는 자가(2.56)에서 가장 우울정도가 높았고, 그 다음은 기타(이웃, 친척)(2.53), 노인전문병원(2.35), 주간보호센터(2.34), 무의탁요양시설(2.32) 순으로 나타났다.

치매환자의 특성에서 교육수준은 학력이 낮을수록(2.46), 환자가 담배를 많이 피울수록(2.73), 가족의 우울정도가 높게 나타났고, 유병기간은 5년이상(2.54)에서 우울정도가 높았고, 그 다음은 6개월-1년(2.46), 2년-5년(2.38), 1년-2년(2.36), 6개월 이하(2.34) 순으로 나타났다.

4. 치매노인 가족의 부담감과 우울반응의 관계

"치매노인 가족의 부담감이 높을수록 우울반응은 높

을 것이다"의 가설을 검증하기 위해 22개 항목에 대한 부담감 점수와 20개 항목에 대한 우울점수와의 상관관계를 분석한 결과  $r=.43797$  ( $P<.0001$ )로 유의한 상관관계를 나타냈다<표 3>. 즉 치매노인 가족의 부담감이 높을수록 우울반응은 높았다. 그러므로 가설은 지지되었다.

<표 3> 치매노인 가족의 부담감과 우울과의 상관관계 (N=242)

변 수	우 울
부담감	0.43797***

\*\*\*P<.0001

V. 논 의

본 연구에서는 치매노인을 돌보고 있는 가족들이 비교적 높은 부담감과 우울을 경험하며 환자와 가족과 관련된 여러 특성은 가족이 인지한 부담과 우울의 정도에 영향을 미쳤다.



## 1. 치매노인 가족의 부담감과 우울반응

본 연구에서는 치매노인 가족의 부담감 총 평점이 49.13으로 중간 이상이였다. 가족의 부담감을 측정하는 Zarit의 Subjective Burden Scale은 최저 13에서 최고 65까지의 범위에서 39점 이상이면 부담감 정도가 큰 것으로 보기에 본 연구에서는 총 평점이 49.13이면 가족의 부담감 정도는 다소 높은 편이다. 홍(1995)의 치매노인 가족의 부담감은 총 38.30으로 본 연구보다 낮은 반면 이와 송(1996)의 뇌졸중 환자 가족이 느끼는 총 부담감은 평균 54.3으로 본 연구결과와 비교하면 다소 높은 편이다. Novak(1989)의 연구에서 부담감 정도가 22.14로 나온 결과를 비교하면 우리나라의 가족원이 외국인에 비해 거의 2배 이상의 부담감을 느끼고 있음을 알 수 있다.

이 같은 결과는 Novak(1989)의 연구에서, 입원한 환자의 가족이 가정에 있는 환자의 가족보다 더 낮은 부담감을 느끼는 것은 환자를 병원에 입원시키는 것이 가족에게 휴식할 수 있는 시간을 제공하는 것으로 설명하였고, Lowenthal 등(1967)은 가정에서 돌보는 가족이 고통 때문에 노인환자를 시설에 입원시키는 것은 가족이나 다른 가족원의 부담감을 덜어주기 위해 흔히 이용된다는 점을 비추어 볼 때, 우리의 현실은 이와 정반대로 가족의 일원이 병원에 입원하게 되면 경제적 부담은 물론 가족들이 병원에 상주하면서 환자를 돌보는 업무의 많은 부분을 담당하고 있기 때문에 이로 인해 가족원의 부담감은 더욱 높을 가능성이 많다는 것을 반영해 주고 있다.

치매노인 가족의 우울반응 정도는 총 평점이 51.95로 중상 정도의 우울반응이 나타난 결과는 이와 송(1996)의 연구에서 뇌졸중 환자 가족의 대상으로 한 우울점수는 평점이 43.2와 비교할 때 다소 높은 편이고, 이(1985)의 연구에서 뇌손상 환자 가족의 우울은 평점이 17.5로 본 연구 대상자의 우울반응이 훨씬 더 높았다. 즉 치매노인 가족의 우울은 장기간 돌봄을 제공하는 가족의 능력을 제한하기 때문에 뇌졸중 환자 가족의 우울과 뇌손상 환자 가족의 우울보다 더 높음을 알 수 있다.

## 2. 가족과 환자의 특성에 따른 치매노인 가족의 부담감과 우울반응

치매노인 가족의 부담감 정도에 영향을 미치는 가족과 환자의 특성에서 가족의 특성은 치매환자와의 관계,

사회경제상태에서 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 환자의 특성은 교육수준만이 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다.

치매환자와의 관계에서 며느리, 형제, 아들, 배우자 등 가족의 부담감이 높게 나타난 결과는 환자와 관련된 자신의 책임과 가까운 가족관계이고 감정적으로 밀착된 관계일수록 가족의 부담감이 더 높음을 시사해 주고 있다. Robinson(1983), Zarit 등(1980), 박(1991), 이(1985), 홍(1995)은 가족이 배우자나 자녀인 경우 다른 어떤 관계보다도 더 높은 부담감을 나타내며, 김(1993)은 배우자나 자녀보다 며느리가 더 부정적이고 돌봄 기간이 길어질수록 사회적 고립감, 우울감, 절망감은 배우자보다 미혼 자녀와 며느리에서 높다는 보고와 일치하고 있다. 이 결과에서 지나친 부담감은 가족체계의 붕괴를 가져올 수 있으므로 이를 예방하기 위해서는 강화된 지지체계가 필요하다.

사회경제상태에서 Montgomery & Gonyea(1985), 박(1993)에 의하면, 수입은 가족이 지각하는 부담감에 영향을 주는 중요한 변수라고 언급하였고, 김(1994)은 가족의 부담감과 자가간호수행과의 관계에서 수입이 적을수록 더 많은 부담감을 느낀다는 보고와 일치되고 있다.

환자의 교육수준에서 이(1992), Singhi 등(1990), Noh & Turner(1987)는 환자의 학력이 낮을 경우 스트레스가 높고 교육수준이 낮을수록 부담감으로 인해 고통을 받게 되는 경향이 높다는 보고와 일치하고 있다.

치매노인 가족의 우울반응에 영향을 미치는 가족의 특성은 성별, 연령, 치매환자와의 관계, 사회경제상태, 직업, 건강상태, 거주형태에서 유의한 차이가 있었고, 환자의 특성은 교육수준, 유병기간, 환자의 담배습관에서 통계적으로 유의한 관계가 있었다.

치매노인 가족의 성별 비율은 여성이 64.9%로 대부분을 차지하여 홍(1994, 1995), 이와 송(1996)의 결과와 일치하였다. 이는 여성들 대부분이 가정주부라는 점에서 남자보다는 활동범위가 제약됨으로 인해 부담감 정도가 높게 지각된 것으로 사료된다. 본 연구에서는 남자가 여자보다 우울반응이 높게 나타난 결과는 최근 경제상태의 악화로 인해 직장을 얻지 못하고 실직된 상황에서 환자를 돌보는 행위가 우울반응에 많이 영향을 것으로 사료된다.

연령은 41-50세에서 37.2%를 차지하여 이와 송(1996)의 결과와 일치하였다. 이 결과는 생의 주기에서 이루어야 할 과업이 가장 많은 시기이므로 자신의 고유 역할에 부가하여 많은 시간을 환자와 함께 생활하면서

돌보아야 하고, 환자의 안락유지나 방문객 접대 등의 단순한 업무때문에 이들이 타 연령층보다 부담감을 크게 느낀 것으로 사료된다. 그러나 본 연구에서 16-20세 이하에서 우울반응이 높은 결과는 나이가 어린 경우에 더 많은 부담감이 지각된다는 Montgomery 등(1985)의 보고와 일치하고 있다. 또한 61-70세, 70세 이상에서 우울정도가 높은 결과는 대부분 배우자이거나 긴밀한 가족관계로 어려움을 경험하게 되므로 우울정도가 높은 것으로 사료된다. 노년기 우울증 환자는 24-36%에서 망상 혹은 환각이 동반되는 정신병적 증상이 발견되고 (Baldwin, 1988; Nelson 등, 1989; Price 등 1984), 사회적 고립이나 청력감퇴 등이 정신병적 증상을 증가할 수 있는 가능성이 높다고 Cooper(1976)는 보고하였다. 따라서 연령이 많은 고위험 집단은 재정적 도움과 문제 해결을 위한 위기조정과 간호조정의 중요성이 강조되고 있다.

환자와의 관계 즉 배우자, 형제, 며느리와의 관계에서 우울반응이 높게 나타난 결과는 가족의 친밀성과 상호성은 어려운 상황에서도 환자를 돌보게끔 작용하고 역할긴장을 완화시키는 요인으로 볼 수 있다. Pruchno와 Resch(1989)는 환자의 남편과 정서적으로 밀착한 부인은 그렇지 못한 부인에 비해 우울과 부담감이 낮다는 보고와 일치하고 있다. 이와 같이 간호제공자와 환자와의 친밀감은 적절한 대처전략을 선택할 수 있으므로 역할 부담은 줄일 수 있다고 본다.

사회경제상태는 76.8%가 중류층이었으며 이들 대부분이 직업을 갖고 있거나 맞벌이 부부일 경우 타인에게 부양자 역할을 못한다는 인상을 주는 것으로 생각하여 심리적 부담감을 일으켜 우울에 영향을 준 것으로 사료된다. 월수입이 적을수록 우울반응이 높게 나타난 결과는 가족과 환자 자신의 경제상태가 '하'인 경우 '중·상'인 경우보다 가족의 우울감이 높았다는 김(1992), 송(1991)의 보고와도 일치하였다.

직업에서 무직인 경우가 있는 경우보다 가족의 우울감이 높게 나타난 결과는 이와 송(1996)의 보고와 일치하였다. 이는 치료비 부담자가 환자 본인이 아닌 배우자나 자녀인 경우 부담감으로 받아들여 우울에 영향을 준 것으로 볼 수 있다.

현재 건강상태는 '아주 나쁘다, 나쁜편이다'에서 47.6%로 나타나 치매노인 간호제공자들은 건강상태가 나쁘면 돌봄에 부정적 영향을 한다는 보고(Haley 등, 1987)와 일치하였다. 가족의 건강문제는 과로, 스트레스로 인한 정신쇠약 및 우울이 가장 많았으며, 당뇨병, 고혈압,

관절염, 소화불량 및 신경성 위장염 등의 순으로 나타나 Rabin 등(1982)의 보고와, 고(1994)의 연구에서 당뇨병 환자들이 우울, 불안 등의 스트레스 증상이 높게 나타난 결과와 일치하고 있다. 이 결과는 치매노인 가족의 적절한 건강관리를 위해 잠시 환자결을 떠나서 쉴 수 있는 휴식간호의 필요성과, 이 부분에 반복 및 확대해서 연구관심이 주어질 수 있는 영역으로 사료된다.

거주시설에서는 치매노인이 가장 많이 이용하는 곳은 주간보호센터(27.3%)로 질병상태에 따라 차이가 있으나 치매노인 가족이 가장 인정하고 만족도가 높았다는 홍(1996), 조(1996)의 연구와 일치하고 있다. 건강요구를 충족시키기 위해서는 민간주도의 의료공급체계에서 사회화된 의료수요체계의 접목과 인구의 노령화에 맞는 의료공급구조의 개편이 절실히 요구된다. 자가에서 가족의 우울반응이 높게 나타난 결과는 치매정도가 심하고, 노인의 이상행동으로 가족의 부담감이 높아 삶의 질이 낮다는 보고(홍, 1996)와 일치하고 있다. 우리나라 노인복지정책의 방향은 가족 보호 방향임을 감안할 때, 가족이 노인을 부양할 수 있도록 필요한 도움을 제공하기 위해 가정간호서비스나 주간보호소 등의 간호분야가 좋은 활용방안이 될것이라는 보고가 뒷받침되고 있다.

환자의 교육수준은 서당, 국졸 및 중퇴, 무학에서 79%로 대다수를 차지하여 홍(1996)의 결과와 일치하였다. 교육수준이 낮으면 가정내 문제에 의결일치와 해결능력이 부족하므로 가족의 부담감과 우울에 영향하였으리라 사료된다. 성(1992), 이와 송(1996)은 학력이 낮을수록 가족의 우울반응이 높게 나타난 보고와 일치하였다. 이와 같이 교육수준과 정신건강과는 밀접한 관계가 있으며, 하류층은 상류층에 비해 사회지지 정도가 낮아 물리적 자원이나 사회적 기반, 친구들과간의 감정적 교류가 적기 때문에 정신건강이 나쁘다고 평가한 Komarovsky(1970)의 보고가 뒷받침되고 있다.

환자의 유병기간이 5년이상일 때 가족의 우울반응이 높게 나타난 결과는 Pagel(1985)에 의하면, 치매질환이 말기로 갈수록 주관적 부담감은 우울정도를 더욱 가중시킨다는 연구결과(이, 1985)와 일치하고 있다. Townsend 등 & Bass(1989)는 기간이 경과함에 따라 치매가 심각해지고 간호제공자는 적응력이 점점 떨어진다는 소모가설(wear and tear)과, 간호제공자가 가지고 있는 고유한 특성이 중요하며 적응력이 일정한 수준을 유지한다는 성격가설, 그리고 환자의 치매정도가 점차 심각해져도 간호제공자는 시간이 지남에 따라 적응방법을 배우으로써 적응력이 지속적으로 유지되거나 향

상된다는 적응가설이 본 연구를 뒷받침되고 있다.

환자의 건강습관에서 담배는 피우지 않은 경우가 78.9%를 차지하고 있다. 그러나 하루 한갑이상 담배를 피울 경우 가족의 부담감은 높게 나타났고, 우울에는 유의한 차이가 있었다. 담배가 중추신경에 영향을 미쳐 치매질환의 관련요인이 있다는 보고(Shalat 등, 1973; 홍, 1994)가 환자가족에게는 부담감으로 지각될 수 있고 제재의 어려움으로 우울반응에 영향을 미친 것으로 사료된다.

### 3. 치매노인 가족의 부담감과 우울반응과의 관계

“치매노인 가족의 부담감이 높을수록 우울반응은 높을 것이다”를 검정하기 위해서 Pearson 상관계수를 산출한 결과  $r = .43797 (P < .0001)$ 로써 통계적으로 유의한 상관관계가 나타났다.

이러한 결과는 뇌손상 환자가족을 대상으로 한 연구(이, 1985)에서 부담감과 우울관계가 정상관 관계가 있음을 제시하였다. Pagel(1985)에 의하면, 뇌손상 가족을 돌보는 배우자들은 환자의 질환을 조절할 수 없고, 미래에 대해 막연히 통제할 수 없다고 예견하는 배우자의 주관적 느낌으로 환자의 인지적, 신체적 불구를 어떻게 받아들이는가에 따라 주관적 영향을 주게 된다. 또한 알치하이머형 치매는 말기로 갈수록 주관적 부담감은 우울정도를 더욱 가중시킨다는 보고와 일치하므로 부담감이 높을수록 우울반응이 높음을 알 수 있다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결 론

본 연구는 치매노인 가족의 부담감 및 우울정도와 관계를 알아보기 위한 서술적 조사연구이다. 연구대상은 1997년 8월 1일부터 1998년 2월 28일 까지 서울과 경기 지역에 거주하는 치매노인을 가족들이 돌보는 경우(자가), 주간보호센터(외래이용), 치매전문요양시설(무의탁시설), 노인전문병원에 입원한 환자의 가족들을 각각 100씩 편의표집 하였으며, 연구 대상자는 총 400명 이었으나 실제 자료분석에 사용된 표본수는 242명이었다.

연구도구는 부담감을 측정하기 위하여 Zarit(1980)의 도구를 사용하였으며, 우울정도를 측정하기 위해서는 Zung(1965)의 자가평가우울척도를 사용하였다.

자료분석은 SAS(Statistical Analysis System)을

이용하여 실수, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson's Correlatin Coefficint로 분석하여 얻어진 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 치매노인 가족이 인지한 부담감 정도는 총 평점이 49.13으로 다소 높은 편이었다.
2. 치매노인 가족이 인지한 우울반응 정도는 51.95로 비교적 높은 우울반응을 나타냈다.
3. 가족의 부담감 정도에서 가족의 특성은 치매환자와의 관계( $F=2.48, P<.05$ ), 사회경제상태( $F=5.17, P<.05$ )에서 유의한 차이가 나타났으며, 환자의 특성은 교육수준( $F=2.17, P<.05$ )만이 유의한 차이가 있었다.
4. 치매노인 가족의 우울에서 가족의 특성은 성별( $t=-2.05, P<.05$ ), 연령( $F=2.99, P<.05$ ), 치매환자와의 관계( $F=3.65, P<.01$ ), 사회경제상태( $F=7.74, P<.001$ ), 직업( $t=2.82, P<.01$ ), 건강상태( $F=4.42, P<.01$ ), 거주형태( $F=4.30, P<.01$ )에서 유의한 관계가 있었다. 환자의 특성은 교육수준( $F=3.85, P<.01$ ), 유병기간( $F=2.47, P<.05$ ), 담배습관( $F=6.17, P<.001$ )에서 유의한 관계가 있었다.
5. 치매노인 가족이 인지한 부담감과 우울반응과의 관계는  $r = .43$ 으로 통계적으로 유의한 수준에서 정상관 관계를 나타냈다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 치매노인을 돌보는 간호제공자들은 자신을 돌볼 시간이 부족하고 사회적 고립과 역할의 제약 등으로 장기간 환자를 돌보아야 할 가족능력의 한계와 책임때문에 만성적인 피로와 정신적인 부담감을 경험하게 된다. 그러므로 이러한 부담감들이 우울에 많은 영향을 미쳤다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 연구의 필요성을 제언한다.

### 2. 제 언

- 1) 한국 고유문화의 특성에 맞는 치매노인의 가족 부담감 측정을 위한 도구개발이 필요하다.
- 2) 치매노인 가족의 간호요구에 따른 교육프로그램을 개발하여 그 효과를 검증한다.

## 참 고 문 헌

고경봉 (1992). 인슈린 비의존형 당뇨병 환자들의 스트레스 지각. 신경정신의학, 31(6), 1084-1091.

- 김근면 (1998). 정신질환자 가족의 부담감과 영향 요인에 관한 구조모형 구축. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 김소선 (1993). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김성화 (1995). 입원한 만성질환자 가족의 부담감과 우울에 관한 연구. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 김연희 (1994). 정신과 외래 환자의 자가간호수행 및 가족기능과 가족의 부담감과의 관계. 서울대학교 석사학위논문.
- 박명희 (1991). 가족 간호제공자의 부담감 인지정도와 영향 변수 분석. 카톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.
- 박명희 (1993). 가족 간호 제공자의 부담감과 영향 변수 분석. 카톨릭대학교 석사학위논문.
- 박원경 (1987). 뇌졸중으로 인한 편마비 환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 간호학회지, 23(3), 467-486.
- 성기월 (1992). 정신적 지지간호를 병행한 집단 공동작업이 시설노인의 인지기능과 우울에 미치는 영향. 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 소희영, 김중임, 김홍선 (1985). 혈액투석 환자의 우울에 관한 연구. 충남의대잡지, 12(1), 198-205.
- 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. 간호학회지, 26(4), 853-867.
- 이관희 (1985). 뇌손상 환자의 상태와 가족의 부담감 및 우울정도와와의 관계연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이영신 (1993). 만성 입원 환자 가족의 부담감에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 이숙자 (1993). 지리적 간호행위가 혈액투석 환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 정추자 (1993). 사회적 지지 모임이 뇌척수 손상 환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 조남옥 (1996). 치매환자 가족의 경험과 간호요구에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 홍여신 (1982). 환자의 간호사이의 인간관계. 대한간호, 21(2), 9-15.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1994). 노인성 치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구. 간호학회지, 24(3), 448-460.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구. 간호학회지, 25(1), 45-60.
- 홍여신, 박현애, 조남옥 (1996). 치매노인의 거주형태 및 서비스 유형에 따른 간호관리의 효과분석. 간호학회지, 26(4), 768-781.
- Archbold, P., Stewart, B., Greenlick, M., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Research in Nursing & Health, 13, 375-384.
- Baldwin, R. C. (1988). Delusional and Nondelusional depression in late-life, Evidence for distinct subtypes. Br J Psychiatry, 152, 39-44.
- Chenoweth, B., & Spencer, B. (1986). Dementia : The experience of family caregiver. The Gerontologist, 26, 267-272.
- Cooper, A. F., Garside, R. F., Kay, D. W. K. (1976). A Comparison of deaf and Nondeaf patient with paranoid and affective psychosis. Br J Psychiatry, 129, 532-538.
- Deimling, G. T., & Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on Family caregivers. J. Gerontology, 41(6), 778-784.
- 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 thier families in a community care and a control psychiatric service : A two year follow-up. British Journal of Psychiatry, 114, 265-278.
- 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 realtive with sinile dementia. J Am Geriatric Soc, 35, 405-401.
- Hirschfeld, M. (1983). Homecare versus institutionalization : family caregiving and senile brain disease. International Journal of Nursing

- Studies, 20, 23–32.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents : Differences in role performance and consequences. The Gerontologist, 25, 612–617.
- Johnson, C. L. (1983). Dyadic family relations and social support. The Gerontologists, 23(4), 377–383.
- Komarovsky, M. (1970). Blue Color Marriage, in Levin S and Scotch NA: Social Stress, Adline Publishing Company, 111–139.
- Lazarus, L., Stafford, B., Copper, K., Cohler, B., & Dyken, M. (1981). A pilot study of an Alzheimer's patient's relative discussion group. The Gerontologist, 21, 353–358.
- Lowenthal et al (1967). Aging and Mental Disorder in San Francisco, Jossy-Bass, San Francisco.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relation, 34, 19–26.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29(2), 166–196.
- Nelson, J. C., Conwell, Y., Kim K., Mazure, C. (1989). Age at onset in late life delusional depression. Am J Psychiatry, 146, 785–786.
- Noh & Turner (1987). Living with psychiatric patient : Implicatin for the mental health & family member. Social Science & Medicne, 25, 263–272.
- Novak, M. N., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. The Grontologist, 12, 111–121.
- Pagel, M. D., Becker, J., Coppel, D. B. (1985). "Loss of control, Self-Blame and Depression : An Investigation of Spouse Caregivers of Alzheimer's Disease Patients". Journal of Abnormal Psychology, 94(2), 169–182.
- Price, L. H., Nelson, J. C., Charney, D. S., Quinlan D. M. (1984). Family history in delusional depression. J Affective Disorder, 6, 109–114.
- Pruchno, R. A. & Resch, N. L. (1989). Husbends and Wives as caregiver : Antecedents of depression and burden. The Grontologist, 29, 159–165.
- Rabin, P. V., Mace, N, L., & Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. Journal of American Medical Association, 248(3), 333–335.
- Robinson, B. (1983). Validation of a caregiver strain index. The Journal of Gerontology, 38, 344–348.
- 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.
- Shalat, S. L., Seltzer, B., Pidcock, C., and Baker, E. (1973). Risk Facrors for Alzheimer's disease : A case-control study. Neurology, 37, 1630–1633.
- Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S. & Walis, B. N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. Br. J. Med. Psychology, 63, 173–182.
- Synder, B., & Keefe, K. (1985). The unmet needs of family caregivers for frail and disabled adults. Social Work in Health Care, 10, 1–14.
- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G., & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of inter-household caregiving on adult children's mental health. Psychology and Aging, 4, 393–401.
- Vitaliano, P. P. et al (1991). Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals with Alzheimers Disease. Psycho-Aging, 6(3), 392–402.
- Williamson, G. M., & Schuulz, R. (1990). Relationship orientation, quality of distress among caregivers of Alzheimer's patients. Psychology and Aging, 5, 502–509.
- 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.

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. Archive of General Psychiatry, 12, 63-70.

- Abstract -

Key concept : Dementia Elderly, Family's Caregiver, Burden, Depressive Reactions

**A Study on the Burdens and Depressive Reactions on Families who Cared for Patients Suffering from Senile Dementia**

*Kim, Young Ja\* · Lee, Pyoung Sook\*\**

The purpose of this study was to investigate the relationship between the burden on families who live with an elderly person suffering from senile dementia, and the degree of their depression.

There were 400 participants in this study, staying in the Seoul and Kyonggi areas from August 1, 1997 to February 28, 1998. Among the group, 100 participants took care of their patient at home, and another 300 participants left 100 patient at a day-care center, 100 sanatorium for senile dementia(asylum for helpless elderly people), 100 an infirmary for elderly people. Eventually 242 subjects out of the 400 were selected for the data analysis.

The Zarit(1980) tool was employed to measure the degree of burden and Zung's(1965) "Self-Rating Depression Scale" was employed for the data analysis. The data was analyzed, and the percentage, t-test, ANOVA, and Person's Correlation Coefficient were calculated. The results are as follows :

1. The average degree of burden that care-giving families felt was 49.13, which is somewhat high.

2. The average degree of depression that care-giving families felt was 51.95, which is relatively high.

3. The degree of burden was directly affected by the relation with the patient( $F=2.48, P<.05$ ), and the socio-economic status of the family( $F=5.17, P<.05$ ). Its also affected by the patient's educational status( $F=2.17, P<.05$ ).

4. The degree of depression of the family was significantly dependent on sex( $t=-2.05, P<.05$ ), age ( $F=2.99, P<.05$ ), the relationship with the patient( $F=3.65, P<.01$ ), socio-economic status ( $F=7.74, P<.001$ ), occupation( $t=2.82, P<.01$ ), health status( $F=4.42, P<.01$ ), and the place of residence( $F=4.30, P<.01$ ). The patient characteristics was significantly dependent on his/her educational status( $F=3.85, P<.01$ ), the period of suffering from senile dementia( $F=2.47, P<.05$ ), and smoking habit( $F=6.17, P<.001$ ).

5. The relationship between the degree of burden and that of depression reads  $r=0.43$ , which is statistically positive correlation in the high significant level.

Upon analyzing the entire summation, most care-givers for elderly patients suffering from senile dementia lack time in caring for themselves. They also experience chronic fatigue and mental discomfort caused by the isolation from society, curtailment of certain activities, a sense of responsibility for their patients, and limits of their endurance in taking care of their patients over time.

In conclusion, this study emphasizes the necessity for the following propositions :

1. In order to measure the degree of burden that Korean care-giving families undergo, a new tool must be developed on the basis of Korean culture.
2. An educational program based on the demands that care-giving families undergo must be developed, and its clinical effect also has to be examined.

\* Doctoral student, college of Nursing, Korea University

\*\* Professor, College of Nursing, Korea University