

치매노인 가족부양자의 대처방법에 관한 연구

유 광 수*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 인구의 고령화로 인한 노인문제가 심각한 사회문제의 하나가 되고 있다. 특히 노인성 치매는 노인에게 있어서 세기의 질병이라고 할 만큼 치명적인 영향을 미치고 있다. 미국의 경우 노인들의 사망원인 중 치매가 이미 1980년대 후반부터 4위를 차지했으며(Bromley, 1989) 우리나라에서도 노인성 질환의 일환으로서 치매노인이 점차 증가하고 있다. 치매는 노인의 문제일 뿐만 아니라 가족의 문제이기도 한다. 이것은 많은 치매노인들이 배우자, 자녀 등의 가족에 의해 부양되고 있으며 이들 가족부양자들은 심각한 스트레스와 정신질환을 앓고 있기 때문이다(Zarit et al., 1980, 1986; Johnson, 1983).

치매노인의 발생은 가족에게 많은 영향을 미치게 되며 그러한 영향은 가족구성원에게 대부분 긍정적 영향보다는 부정적 영향을 주게 되는데 이는 대부분 다른 질병보다 치매가 원인불명, 강제치료, 경제적 부담, 심리적 불안 그리고 사회적 압박감 등 질환자체의 특수성으로 인해 가족구성원에게 미치는 영향이 매우 심각하기 때문이다.

한국은 치매를 질병이 아니라 자연스러운 노화과정으로 간주하는 경향이 있어 2002년을 기준으로 할 때 전국적인 환자수 조차도 공식적으로 파악되지 않고 있는 실정이며 미국이나 일본과 같은 선진국이 행하고 있는

치매노인에 대한 국가적인 의료 복지 서비스가 확립되어 있지 못한 실정이다. 또한 전통적인 효의 윤리와 가부장적인 가족체계에 의존하고 있어 가족에게 모든 부담이 지워지고 있고 또한 당연시 되어왔다.

이런 상황에서 실제 치매노인이 발생하였을 때 치매노인의 점진적인 일상생활동작 수행능력의 상실로 24시간 보호가 필요하다. 그런데 치매노인 1명이 발생하면 평균 가족 3.8명의 부양이 필요하므로 치매노인가족에게 사회적 고립감, 역할역전의 스트레스, 가정기능의 파괴, 근심과 우수, 신체건강의 악화 등을 가져와 신체적, 정신적, 사회적, 경제적, 시간적, 환경적으로 많은 고통과 스트레스를 주게 되어 그 결과가 매우 심각하고 복잡하다.

따라서 치매노인들을 부양하는 가족들이 경험하는 스트레스를 어떻게 다루어야 할 것인지에 대한 연구가 필요하다.

선행연구들 (Haley et al., 1987; Quayhagen, 1989; Kinny and Stephen, 1988)은 가족부양자의 스트레스를 설명하는데 치매의 증상 자체보다는 가족부양자의 대처가 중요한 역할을 한다는데 의견의 일치를 보이고 있다. 특히 일부 연구들은 시간이 지나면서 치매정도가 점점 심각해지지만 가족부양자 역시 부양과 관련된 여러 문제들에 적응하는 방법을 배우고 효과적인 부양기술들을 습득하게 된다는 적응가설을 제시하고 있다.

최근 치매노인 가족부양자의 스트레스의 원인과 결과에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있으나 가족부양자에게 보다 구체적이고 실제적인 도움을 줄 수 있는 실증연

* 전북대학교 간호학과 교수

구 특히 가족부양자의 높은 스트레스를 완화시키는 중재 요인들에 대한 연구는 부족하다. 치매노인 가족부양자에 대한 연구는 단지 스트레스 정도만을 측정할 것이 아니라 스트레스를 완화시키는 대처방법도 규명하여 새로운 시각과 방향으로 접근하려는 연구가 필요하다고 생각된다.

대처는 어려운 상황에 보다 쉽게 적응하기 위하여 사회적 상황을 변화시키는 어떤 행동을 하는 것으로 환경에 적극적으로 적응하는 것을 말한다 (McCubbin, & Pattern: 1983). Pearlin (1989)은 대처를 생활사건의 충격을 피하거나 줄이려는 행동으로서 스트레스가 일어나는 상황을 변화시키거나 상황의 의미를 관리하여 자신이 다룰 수 있는 범위 내로 스트레스를 유지하는 것이라고 하였다.

최근 인지론자들은 개인의 연령과 상황변화에 따라 대처행동이 변화할 것이라는 가정을 세우고 이에 많은 관심을 가져왔으며 이것은 McCruse(1982), Irion과 Blanchard-Fields(1987) 등의 연구에서 입증되고 있다. 이와 같은 결과는 대처행동의 효율성이 절대적인 것이 아니라 개인이 처한 상황에 따라 달라질 수 있다는 것을 의미하고 있다. 즉 같은 상황에서도 남녀가 사용하는 대처방법이 다르고 개인에 따라서도 다를 수 있으므로 성별, 개인적 배경, 성숙도, 스트레스의 종류나 상황 등을 고려하여 다루어져야 할 것이다

이에 본 연구는 치매노인 가족부양자들이 치매노인을 부양하면서 경험하는 스트레스를 해결하기 위하여 여러 가지 대처방법을 사용하고 있는데 이런 대처방법의 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 치매노인 가족부양자의 스트레스를 해결하는데 도움을 주고자 한다.

2. 연구의 목적

- 1) 치매노인의 일반적 특성, 문제행동, 일상생활동작 수행능력을 파악한다.
- 2) 치매노인 가족부양자의 스트레스, 대처방법을 파악한다.
- 3) 치매노인의 일반적 특성, 문제행동, 일상생활동작 수행능력과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계를 파악한다.
- 4) 가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계를 파악한다.

II. 문헌고찰

1. 치매노인 가족

Litman(1984)은 “가족은 건강이 형성되고 건강관리가 조직되고 건강활동이 수행되는 하나의 개별적이고 일차적인 체제로서 가족구성원의 질병발생과 회복에 가장 중요한 영향을 미치는 일차적 단위이다”. 라고 했으며 Minuchin(1978)은 “가족은 변화에 계속 직면하는 사회문화적 개방체제로서 외부 변화뿐만 아니라 가족구성원 사이의 심리적 변화에 의해서도 자극을 받는다”고 하였다.

따라서 치매노인의 발생은 가족구조의 변화를 초래하며 이에 가족들은 지금까지와는 전혀 다른 생활을 하게 되는데 이때 가족은 가족구성원간에 부정적인 영향을 끼쳐 가족구성원 간에 갈등을 야기해서 서로 지지하고 협조하는 경우보다는 서로를 비난하거나 원망하게 되는 경우가 많아지게 된다. 또한 치매노인의 다른 자녀나 친척 간에서도 갈등이 발생하게 되는데 이는 치매노인의 간호가 마치 어떤 한사람의 의무로 생각하여 다른 자녀들은 치매노인 간호에는 적극적으로 개입하지 않으면서 주로 요구·비판만 하는 경우가 있는데 그러한 경우 일어나는 갈등은 치매노인가족에게 간호 그 자체 이상의 고통을 주게 된다.

치매노인의 치매증상이 악화되고 신체기능이 저하됨에 따라 노인에 대한 부양시간이 증가하면서 다른 가족구성원의 욕구를 충족시키지 못하고 가족구성원이 공동으로 활동 할 수 있는 기회가 줄어들게 된다. 특히 주 부양자는 친구와 접촉기회 제한, 이웃과의 부정적 변화, 개인 외출의 제한 등 사회적 관계에 있어서 많은 제한을 받게 된다.

이러한 모든 갈등과 고통은 치매노인에 대한 가족의 태도를 부정적으로 변화시킴으로써 치매노인에 대한 양질의 부양을 불가능하게 만들어 치매노인의 삶의 질이 더욱 저하되고 또한 그 가족의 삶의 질도 저하되게 하는 악순환을 일으키고 있다.

한국에서는 전통적 가족유형인 대가족이 아직도 절반 이상을 차지하고 있어(이가옥, 1989) 노인이 질병이나 장애상태가 되면 동거하는 가족이 부양하는 비율이 높고 치매노인가족의 경우에도 대가족의 비율이 상대적으로 높아 동거하는 가족이 부양하고 있다. 치매노인가족에 대한 조사(이성희 등, 1993)에 의하면 일반노인가족에 비하여 대가족의 비율이 61% 정도로 높았으며 또한 딸과 동거하는 가족도 일반노인가족의 3.6%에 비하여 20%로 매우 높게 나타났다. 노인의 건강상태와 부양형태에 관한 연구(Troll, 1971; Gross-Andrew and

Zimmer, 1978; Stone et al., 1987) 에서 노인의 건강상태가 저하되었거나, 질병에 이환되었거나, 장애상태에 이르렀을 때 가족과 동거하는 것이 일반적인 현상이며 질병이나 장애의 정도가 심할수록 동거해서 부양하려는 경향이 더 강해지는 것으로 나타났다.

가족 내에서 치매노인 부양자를 결정함에 있어 가족수에 관계없이 여성에게 부양책임이 집중되는 경향은 서구나 동양문화권에서 동일한 현상이지만 동양문화권에서는 여성에게 부양책임이 집중되는 경향이 더욱 강하다(Baum and Page, 1991). 그 중에서도 한국은 여성이 주 부양자의 책임을 수행하는 비율이 더 높다(이성희 등, 1993). 서구문화에서는 세대간 분리를 하기 때문에 자녀보다는 배우자가 부양책임을 맡고 배우자가 없는 경우에는 노인과 지역적으로 가까운 곳에 살고 있는 자녀나 건강상태가 양호한 자녀가 부양책임을 맡는다(Fandetti and Gefand, 1976; Gatz et al., 1990; Enright, 1991). 그리고 성인자녀들 중에서 딸이 부양하는 경향이 높은데 이는 미국의 경우 시부모보다는 친부모에 대한 책임성을 더욱 강조하기 때문이다. 동양문화권에서는 가부장제의 속성을 지니고 있어 배우자보다는 자녀가 노인의 부양을 맡는 경향이 높다.(최재석, 1982; 한남제, 1989)

치매는 가족전체의 변화를 요구하는 하나의 스트레스이다. 가족이 치매노인에 의한 스트레스에 효과적으로 대처하였을 경우에는 가족결속력이 증가하고 부양자의 자기존중감 및 유능감이 향상되는 긍정적 변화를 가져온다(Chenweth and Spencer, 1986). 그러나 대부분 연구에서는 긍정적 변화보다는 부정적 변화를 겪는 가족이 더 많다고 지적하고 있다(Scharlach, 1987, Walker and Allen, 1991). 가족은 치매노인의 부양이라는 1차적 변화에 직면하면서 가족관계의 변화, 가족역할구조의 변화, 가족생활유형의 변화, 사회적 관계의 변화 등을 통하여 적응해 나간다. 그러나 치매라는 1차적 변화에 대처하면서 가족체계의 변화 즉 2차적 변화에 다시 대처해야 하는 이중적 요구를 받게 되어 가족구성원은 물론 가족전체가 스트레스를 경험하게 된다.

2. 스트레스

스트레스는 많은 사람들에 의해 여러 가지 방법으로 정의되고 있으며, 연구자의 관점에 따라 다양하게 사용되고 있으므로 그 개념이 통일되어 있지 않은 상태이다.

스트레스에 관한 연구는 Grad와 Sainbury(1968)가 정신질환자를 부양하는 가족구성원의 스트레스 또는 영향에 대해 연구함으로써 시작되었다. 이후 스트레스 이론, 가족학, 노년학분야에서 스트레스에 대한 연구가 활발하게 이루어지면서, 신체 및 정신기능의 저하나 장애가 있는 가족구성원을 부양하는 가족들의 스트레스는 일반적인 현상으로 간주하게 되었으며 노년학분야에서 가족의 스트레스에 대해 본격적으로 관심을 갖게 된 것은 Zarit et al.(1980)이 치매노인을 부양하는 가족의 스트레스를 측정할 수 있는 척도를 개발하면서부터였다.

스트레스는 많은 노년학자들이 스트레스 및 대처모형, 즉 Hill(1949)의 ABCX 모형과 McCubbin 과 Patterson(1983)의 Double ABCX 모형에 입각하여 스트레스를 개념화하여 측정하고부터 이다. Hill(1949)의 ABCX모형에서 가족 스트레스는 ① 스트레스 유발인자 또는 생활사건(A), ② 중재 인자, 즉 대처방법이나 자원(B), ③ 스트레스 유발인자에 대한 지각이나 평가(C), ④결과(X)라는 과정을 통하여 야기된다고 하였다. 가족 스트레스 유발인자는 가족체계의 변화를 일으키는 생활사건으로 치매노인의 문제행동, 일상생활동작 수행능력, 부양활동 및 가족생활사건 등이다. 자원은 가족구성원이나 가족전체의 대처능력으로 개개인의 능력이나 부부간의 의사소통, 가족구성원간의 결속력이나 적응력, 가족의 재정력, 사회적 지지체계, 스트레스 유발인자에 대한 대처방법이다. 인지적 평가 또는 지각은 스트레스 유발인자나 사건에 부여하는 개인이나 가족의 의미이다. 또한 중재요인으로서 스트레스는 Poulshock와 Deimling(1984)이 부담과 영향을 구분하여 설명하면서 스트레스를 매우 개인적이고 개별화된 반응의 결과라고 정의하였다. 이러한 스트레스는 치매노인의 신체적 의존성, 문제행동을 간호하는데 따르는 어려움으로 부양가족에게 미치는 영향(impact)을 중재해 주는 힘이라고 규정하였다. 즉 스트레스는 노인의 기능저하나 장애가 부양자에게 영향을 미치는 증가나 감소의 매개요인이라고 하였다. 이에 반하여 영향은 부양으로 나타나는 부양자의 객관적인 변화로서 객관적인 스트레스라고 할 수 있다. 부양자가 노인을 부양함으로써 화, 우울, 긴장감, 분노를 느끼거나 가족관계가 나빠져 노인과 부양자, 부양자와 가족관계가 부정적으로 변하고 집단활동, 여가활동, 친구관계, 자원봉사, 종교활동이나 기타의 사회적 활동에 참여할 수 있는 기회를 제한 당하고, 자신만의 시간을 가질 수 없는 등 사회활동에 제한을 받게 된다. 부양의 영향 또는 결

과로서의 스트레스는 스트레스에 대한 연구에서 가장 보편적으로 받아들여지고 있다. 즉, 스트레스란 가족이 노인을 부양하면서 경험하는 신체적, 심리적 또는 정서적, 사회적, 재정적 문제로 일반적으로 사용되고 있다. Horowitz와 Dorobof(1993)는 부양결과척도에서 "부양으로 나타나는 재정, 개인생활, 대인관계 및 여가시간 등 부양자의 생활에서 나타나는 변화" 즉, 부양의 영향을 스트레스라고 보았다. Kosberg와 Cairl(1986)는 Cost of Care Index로 부양의 결과로 지불하게 되는 비용을 말하며 가족부양자의 개인적 사회적 활동의 제한, 심신의 건강, 치매노인의 부양에 대한 의욕, 치매노인에 대해 느끼는 불유쾌한 일, 경제적 부담으로 5개 분야로 분류하였다.

스트레스에 관한 연구는 일반적으로 크게 3가지 방향으로 이루어지고 있다. 첫째, 반응으로서 스트레스는 결과를 의미하는 것으로 환경 내 자극에 의한 반응으로 관찰 가능한 것이며 스트레스 요인에 대한 유기체의 소모 반응인 비 특징적인 반응으로 보았고 스트레스에 대한 개인 반응을 일반적 적응증후군(General Adjustment Syndrome: GAS)으로 제시하여 외부의 여러 가지 해로운 작용에 대한 생체의 반응을 자세히 설명하였다. 그러나 스트레스 적응 과정에 동반되는 개인의 인지적 정서적 요소는 포함되어있지 않다. 둘째, 하나의 자극으로서 스트레스는 심리학자들에 의해 최근까지 가장 보편적인 지지를 받고 있다. 이 관점에 의하면 스트레스는 외적 환경적조건에서 내적 생리적 현상까지 다양한 자극들로 포함되어 있다. Lazarus와 Cohen(1977)에 의하면 자극으로서의 스트레스는 세가지 유형으로 분류할 수 있는데 하나는 사람들에게 과중한 영향을 주는 것으로 천재지변, 전쟁, 투옥과 같이 통제할 수 없는 사건이고 둘째는 일부 사람들에게만 영향을 주는 생활사건의 변화이다. 그리고 셋째는 일상생활에서 흔히 경험하게 되는 생활상의 애로(혼돈/문제거리)이다. 스트레스를 측정하는 가장 대표적인 것은 생활사건 접근법으로 생활변화단위의 총점이다. 이런 범주에는 생의 위기적 사건(예를 들면 배우자 상실, 강간, 실업, 질병)을 Holms와 Rahe(1967)가 공동 개발한 사회 재적응 척도(Social Readjustment Rating Scale)로 측정하여 생활변화 항목별로 스트레스의 정도를 산출하는 총점방식이다. 그러나 이 접근법은 생활사건이 사람에게 미치는 영향이 모두 동일하다는 입장을 취하고 있기 때문에 개인차나 예측가능성의 논리성이 결여된 점이 단점으로 지적되고 있

다. 셋째는 관계론적 관점으로 스트레스를 자극에 대한 반응으로 보아 어떤 환경적 사건이 개인의 지각이나 평가와 무관하게 획일적인 스트레스요소로는 작용할 수 없다고 하였다. 이러한 입장에서 Lazarus와 Folkman(1984)은 개인과 환경과의 구체적인 관계에서 개인의 내외적 요구가 이 요구를 다룰 대처자원보다 크다고 판단될 때 스트레스를 경험하게 된다고 하였다. 또한 이들은 스트레스와 대처에 관한 인지현상학적 모델을 제시하였고 스트레스와 대처의 결과를 매개하는 변인들도 밝히고자 하였다.

이와 같이 스트레스에 관한 개념 정의가 일치하지 않고 있는 상황에서 연구자가 어떤 개념을 채택하여 치매 가족의 스트레스를 평가하느냐에 따라 연구결과는 달라질 수 있다. 따라서 본 연구에서는 Kosberg와 Cairl(1986)의 Cost of Care Index를 채택하여 사회적 활동의 제한, 개인적 생활의 제한, 경제적 비용, 보호제공에 대한 가치, 노인과 관계상의 스트레스, 정신·신체적 애로 등으로 분류하여 평가하였다.

3. 대처방법

스트레스 상황에 부딪히게 되면 누구나 평형상태를 유지하기 위하여 대처방법을 사용하게 되는데 Holmes와 Mesado(1973)는 스트레스사건의 출현은 개인에게 흔히 대처방법을 야기한다고 하였다. 대처란 어떤 상황의 요구가 자신이 갖고있는 적응능력을 초과하여 자신의 안녕을 위협할 때 이를 해결하기 위하여 개인이 들이는 노력으로 "스트레스에 적응하는 전략"이라고 말할 수 있다.

스트레스에 대한 대처방법이란 인간이 환경과의 관계에서 야기되는 긴장과 압박감을 개인이 관리하는 과정으로 스트레스로부터 받은 피해를 최소화하기 위하여 개인이 행하는 노력이나 방법이라고 할 수 있다. 스트레스에 대한 대처방법의 정의를 학자들에 따라 살펴보면 Lipowski(1981)는 대처를 아픈 사람이 신체적, 정신적 통합을 하여 손상된 기능을 보호하기 위하여 사용하는 인지적이고 행동적 행위라고 정의하였으며 Lazarus(1984)는 대처란 인간이 스트레스에 직면하여 긴장상태를 유발하면 개인의 경험이나 가치관에 의하며 상황을 판단하여 이를 완화하고자 하는 일련의 의식적, 무의식적 행위라고 하였다. 즉 대처란 개인이 위기나 긴장, 위협적인 상황에 처했을 때 스트레스를 감소시키기 위한 행위로 개인과 환경의 상호작용의 결과로 보았다. 또한

스트레스를 완화하기 위하여 자원을 적절히 사용하여 위기나 문제를 해결하는 방법이라고도 하였다. Hill(1977)은 스트레스의 대처방법에서 가족의 역할에 대한 연구에서 대처가 성공적이라면 가족을 강하게 하겠지만 효율적이지 못하거나 잘못된 경우에는 가족의 사기를 떨어뜨리며 가족의 구조를 파괴할 수도 있다고 하였다. 또한 대처의 세 가지 형태로 "조직이나 지역사회가 제공하여 해결하는 대처, 개인적인 상호관계와 사회참여로 해결하는 대처, 지지 단체와 이들 활동을 통해 해결하는 대처"가 있다고 하였다.

인간이 스트레스를 극복하고자 할 때는 여러 가지 대처방법을 사용하는데, Pratt et al. (1985)는 스트레스에 대한 인간의 대처방법을 문제해결지향적 대처방법(Problem solving-oriented coping method)과 방어지향적 대처방법(Defense-oriented coping method)으로 분류하고 있다. 문제해결지향적 대처방법은 상황에 대해 자기에게 가장 효율적인 행동이 무엇인지 판단하고 결정하는 것으로 상황이 너무 위협적이지 아니라고 지각하여 자신에게 스트레스를 처리할 능력이 있다고 생각하여 문제를 해결하는 경우이다. 그런데 개인이 상황을 매우 위협 하다고 지각하면 자기에게는 스트레스를 해결할 능력이 부족하다고 생각하여 방어 지향적인 대처방법을 사용하게 된다. 인간은 누구나 보호대책으로서 간혹 방어 지향적 행동을 한다. 그러나 방어 지향적 행동은 문제를 해결하기 위한 것이 아니고 스트레스가 높을 때 불편한 감정을 감소시키고 고통을 막아보기 위한 정신적인 기전이다. 방어 지향적 대처방법을 계속 사용한다면 문제해결을 위한 행동과 현실 지향적 행동을 안 하게 되어 유해한 행동이 된다. Bell(1977)은 스트레스에 직면한 개인이 정서적 안정과 평형을 유지하기 위하여 대처방법을 한가지만 사용하는 것이 아니라 여러 가지를 모두 함께 사용한다고 하였다. 또한 대처방법을 18개 항목으로 나누어 설명하면서 스트레스 상황을 건설적이고 현실적으로 해소하려 하는 대처방법을 장기 대처방법으로 스트레스 상황을 일시적으로 감소시키려 하는 것을 단기 대처방법이라고 정의하고 단기적 대처방법은 비현실적이고 파괴적인 방법이라고 하였다. 그리고 정신질환자와 비정신질환자를 대상으로 한 연구에서 정신질환자가 단기 대처방법을 많이 사용하므로 그들이 스트레스에 대해 효과적으로 대처할 수 있는 중재방법의 필요성을 언급하였다.

엄미사(1992)는 정신질환자 가족이 사용하는 대처방법의 연구에서 정신질환자 가족이 문제중심대처방법을

많이 사용한다고 보고하였다. 치매노인 가족부양자들이 느끼는 스트레스를 적절하고 효율적으로 대처할 수 있는 방법에 관한 모색이 필요하다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 규모, 지역사회 특성, 인구구성, 치매노인 등록현황이 비슷한 보건소로서 치매노인이 등록되어 있고 협조가 가능한 4개 보건소를 선정하여 다음과 같은 절차로 대상자를 선정하였다.

- 1) 치매노인 가족구성원 중에서 주 가족 부양자
- 2) 치매노인을 부양하는데 필요한 간호방법을 알고자 하는 가족 부양자
- 3) 본 연구에 참여하고자 동의한 가족 부양자 위의 과정을 통해 선정된 대상자는 총 137명이었다.

2. 연구도구

본 연구에서는 치매노인의 특성, 문제행동, 일상생활 동작 수행능력과 가족부양자의 특성, 스트레스, 대처방법으로 구성하였다.

치매노인의 문제행동은 Zarit 의 memory and Behavior problem check list (MBPC) 와 Bayles 와 Tomoeda (1991)의 Linguistic Communication Symptoms Questionnaire (LCSQ)을 근거로 해서 작성하여 사전조사를 실시한 후 재구성하였다. 문제행동에 포함된 조사항목은 기억력장애, 지남력장애, 불안, 공격적 행위, 배회, 망상, 환각, 성적이상 행동, 우울증 등이다. 각 항목은 5점 척도로 배점하여 계산하였고 점수가 높을수록 문제행동이 많았다. Cronbach's α 는 .94로 나타났다.

치매노인의 일상생활동작 수행능력은 국제적으로 널리 알려진 대표적 ADL평가방법인 Barthel Index와 Katz Index를 이용하여서 작성하였다. 모두 20개 항목으로 신체적 일상생활동작 수행능력(Physical A) 9개 항목, 수단적 일상생활동작 수행능력(Instrumental A) 11개 항목으로 구성되어 있다. 각 항목은 5점 척도로 배점하여 계산하였고 점수가 높을수록 일상생활동작 수행능력이 높았다. Cronbach's α 는 .85로 나타났다.

스트레스는 Kosberg와 Cairl(1986)의 Cost of

Care Index로 부양의 결과로 지불하게 되는 비용을 말하며 가족부양자의 개인적 사회적 활동의 제한 4항목, 심신의 건강 4항목, 치매노인의 부양에 대한 의욕 4항목, 치매노인에 대해 느끼는 불유쾌한 일 4항목, 경제적 부담 4항목으로 5개 분야로 분류하였고 각 항목은 5점 척도로 배점하여 계산하였고 점수가 높을수록 스트레스가 높았다. Cronbach's α 는 .89로 나타났다.

대처방법은 Bell(1977)의 20가지 대처방법으로 단기 대처방법 9개 항목과 장기 대처방법 11항목으로 하였으며 각 항목의 평가는 5점 척도로 배점하여 계산하였고 점수가 높을수록 대처방법을 많이 사용한 것으로 나타났다. Cronbach's α 는 .87로 나타났다.

3. 연구 분석방법

수집된 자료는 기호화하여 컴퓨터에 입력한 후 SAS/PC프로그램을 이용하여 전산통계 처리하였으며 사용된 분석방법은 다음과 같다

- 1) 치매노인의 문제행동, 일상생활동작 수행능력은 백분율과 평균으로 산출하였다
- 2) 가족부양자의 스트레스, 대처방법은 백분율과 평균으로 산출하였다
- 3) 치매노인의 특성에 따른 대처방법은 t-test, Chi-square를 사용하였다.
- 4) 치매노인의 문제행동, 일상생활동작 수행능력과 대처방법과의 상관관계는 Pearson 상관관계를 이용하였다.
- 5) 가족부양자의 부담감과 대처방법과의 상관관계는 Pearson 상관관계를 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 치매노인의 특성

- 1) 치매노인의 일반적 특성
치매노인의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

<Table 1> General Characteristics of Dementia Patients

| Variable | | F | % | t/F | p | |
|--------------------|-------------|-------|-----------|---------------|-----------------|--|
| Sex | Man | 43 | 31.4 | 5.03 | 0.176 | |
| | Woman | 94 | 68.6 | | | |
| Age | 65 Age ↓ | 23 | 9.5 | 0.13 | 0.721 | |
| | 66-76 Age | 52 | 30.6 | | | |
| | 76-85 Age | 42 | 38 | | | |
| | 85 Age ↑ | 20 | 21.9 | | | |
| Marital state | Unmarried | 2 | 1.5 | 5.99 | 0.199 | * Mean age : 79.2age |
| | Married | 55 | 40.1 | | | |
| | Divorced | 2 | 1.5 | | | |
| | Death | 75 | 54.7 | | | |
| | Remarried | 3 | 2.2 | | | |
| dementia degree | Mild | 66 | 48.2 | 1.62 | 0.654 | * Mean of expressive time of symptom : 43.6 months |
| | Moderate | 32 | 23.4 | | | |
| | Severe | 25 | 18.2 | | | |
| | Very severe | 14 | 10.2 | | | |
| Dementia cause | Alzheimer | 60 | 43.8 | 2.82 | 0.063 | |
| | Vascular | 39 | 28.5 | | | |
| | Others | 38 | 13.8 | | | |
| Trement/medication | Accepted | 73/58 | 53.3/56.9 | 4.08 /5.34 | 0.424 /0.223 | |
| | Unaccepted | 64/79 | 46.7/43.1 | | | |
| Caregiving period | 12 Month ↓ | 30 | 21.2 | 0.54 | 0.764 | |
| | 13-36 Month | 60 | 36.5 | | | |
| | 37-60 Month | 21 | 15.3 | | | |
| | 61 Month ↑ | 26 | 19 | | | |

성별분포는 여자가 94명(68.6%) 연령의 분포는 66-76세가 52명(30.6%), 결혼상태는 사별이 75명(54.7%), 치매정도는 경도가 66명(48.2%)으로 가장 많았고 치매원인은 비가역성에서는 알츠하이머가 60명(43.8%), 뇌혈관성이 39명(28.5%), 알코올이 19명(13.8%)으로 118명(86.1%)이었고 가역성에서는 교통사고 후가 10명(7.3%), 우울성 가성이 8명(5.7%) 저산소증이 1명(0.8%)으로 19명(13.9%)이었다. 치매유병기간은 13-36개월이 60명(36.5%)으로 가장 많았고 그 다음이 12개월 이하가 30명(21.2%), 61개월 이상이 26명(19%)이었다.

2) 치매노인의 문제행동

치매노인의 문제행동은 <표 2>와 같다.

“전혀 증상을 보이지 않는다”가 기억력장애에서는 31명(22.6%), 지남력장애에서는 53명(38.6%), 불안에서는 56명(40.8%), 공격적 행위에서는 90명(65.6%), 배회에서는 65명(47.4%), 망상에서는 54명(38.5%), 환각에서는 65명(47.4%)으로 가장 많았다. 그리고 우울증은 “별로 증상을 보이지 않는다”가 40명(29.1%)으

로 가장 많았다. 성적이상 행동에서는 “전혀 증상을 보이지 않는다”가 107명(78.1%)를 차지하고 있어서 절반 이상이 성적이상 행동은 보이지 않고 있었다.

3) 치매노인의 일상생활동작 수행능력

치매노인의 일상생활동작 수행능력은 <표 3>과 같다

일상생활동작 수행능력을 기본적 일상생활동작 수행능력과 수단적 일상생활동작 수행능력으로 분류하였다. 신체적 일상생활동작 수행능력에서 “항상 혼자서 한다”가 세수/양치질에서는 72명(52.5%), 목욕/샤워에서는 64명(46.7%), 배뇨·배변조절에서는 70명(51.5%), 옷입고·벗기에서는 72명(45.3%), 화장실이용에서는 81명(51.8%), 잠자리·들고일어나기에서는 83명(53.3%), 앉고·서기에서는 79명(57.7%), 식사·투약에서는 56명(33.6%), 집안에서 이동에서는 60명(43.8%)으로 가장 많았다.

수단적 일상생활동작 수행능력에서는 “항상 도움을 필요로 한다”가 방·정리 청소에서는 54명(39.4%), 세탁에서는 50명(36.4%), 조리에서는 53명(38.6%), 쇼핑·장보기에서는 62명(45.2%), 집밖으로 외출에서는

<Table 2> Problematic Behaviors of Dementia Patient

| | Not at all | | A little | | Moderate | | Very much | | Extremely | | F | p |
|---------------------------|------------|------|----------|------|----------|------|-----------|------|-----------|------|------|-------|
| | no | % | no | % | no | % | no | % | no | % | | |
| Memory deficient | 31 | 22.6 | 27 | 19.7 | 29 | 21.1 | 26 | 18.9 | 24 | 17.5 | 1.12 | 0.639 |
| Disorientation | 53 | 38.6 | 25 | 18.2 | 20 | 14.5 | 12 | 8.7 | 27 | 19.7 | 1.05 | 0.848 |
| Anxiety | 56 | 40.8 | 35 | 25.5 | 19 | 13.8 | 12 | 8.7 | 15 | 10.9 | 1.07 | 0.769 |
| Aggressive behaviors | 90 | 65.6 | 26 | 18.9 | 13 | 9.4 | 4 | 2.9 | 4 | 2.9 | 1.29 | 0.297 |
| Wandering | 65 | 47.4 | 30 | 21.8 | 12 | 8.7 | 16 | 11.6 | 14 | 10.2 | 1.02 | 0.949 |
| Delusion | 54 | 39.4 | 39 | 28.4 | 17 | 12.4 | 15 | 10.9 | 12 | 8.7 | 1.20 | 0.447 |
| Hallucination | 65 | 47.4 | 29 | 21.1 | 16 | 11.6 | 14 | 10.2 | 13 | 9.4 | 1.30 | 0.280 |
| Abnormal sexual Behaviors | 107 | 78.1 | 19 | 13.8 | 7 | 5.1 | 1 | 0.7 | 3 | 2.1 | 1.34 | 0.239 |
| Depression | 40 | 29.1 | 28 | 20.4 | 18 | 13.1 | 13 | 9.4 | 38 | 27.7 | 1.27 | 0.297 |

<Table 3> ADL of Dementia Patient

| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | F | p |
|--------------------------|----|------|----|------|----|-----|----|------|----|------|------|-------|
| | no | % | no | % | no | % | no | % | no | % | | |
| Basical | 72 | 52.5 | 14 | 10.2 | 1 | 0.7 | 20 | 14.6 | 30 | 21.9 | 0.78 | 0.442 |
| ADL | 25 | 18.2 | 22 | 16.2 | 0 | 0 | 26 | 19.0 | 64 | 46.7 | 0.41 | 0.683 |
| Toileting | 70 | 51.5 | 21 | 15.4 | 4 | 2.9 | 17 | 12.5 | 25 | 18.2 | 0.98 | 0.333 |
| Gettingdressed/undressed | 72 | 45.3 | 20 | 14.5 | 4 | 2.9 | 15 | 10.9 | 26 | 18.9 | 0.52 | 0.606 |
| Going to the bathroom | 81 | 51.8 | 22 | 16.1 | 6 | 4.4 | 12 | 8.8 | 16 | 11.6 | 1.85 | 0.070 |
| Getting in & outofbed | 83 | 53.3 | 15 | 10.9 | 5 | 3.6 | 17 | 12.4 | 17 | 12.4 | 0.17 | 0.862 |
| Sitting & standing | 79 | 57.7 | 25 | 18.2 | 4 | 2.9 | 12 | 8.8 | 17 | 12.4 | 0.51 | 0.610 |
| Eating & medication | 56 | 33.6 | 17 | 12.4 | 3 | 2.2 | 28 | 20.4 | 33 | 24.1 | 0.97 | 0.339 |
| Walking in the house | 60 | 43.8 | 24 | 17.5 | 7 | 5.1 | 26 | 37.1 | 20 | 14.6 | 0.52 | 0.606 |

<Table 3> ADL of Dementia Patient <Continued>

| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | F | p |
|-------------------|----------------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|------|-------|
| | | no | % | no | % | no | % | no | % | no | % | | |
| Functional ADL | Cleaning the room | 41 | 29.9 | 24 | 17.5 | 5 | 3.6 | 13 | 9 | 54 | 39.4 | 0.80 | 0.430 |
| | Doing laundry | 36 | 26.2 | 15 | 10.9 | 9 | 6 | 27 | 19.7 | 50 | 36.4 | 0.43 | 0.672 |
| | Cooking | 31 | 22.6 | 14 | 10.2 | 14 | 10 | 25 | 18.2 | 53 | 38.6 | 0.17 | 0.862 |
| | Shopping | 26 | 18.9 | 8 | 5.8 | 16 | 11.8 | 25 | 18.2 | 62 | 45.2 | 0.81 | 0.422 |
| | Going out of walking distance | 33 | 24.1 | 19 | 13.9 | 9 | 6 | 26 | 19.0 | 50 | 36.4 | 0.50 | 0.616 |
| | Using transportation | 26 | 18.9 | 3 | 2.2 | 12 | 8 | 30 | 22.1 | 66 | 48.1 | 0.83 | 0.409 |
| | Going to the bank/offical places | 22 | 16.5 | 4 | 2.9 | 11 | 8 | 36 | 26.2 | 64 | 46.7 | 0.51 | 0.610 |
| | Reading newspapers & books | 26 | 18.9 | 5 | 3.6 | 8 | 5 | 21 | 15.3 | 77 | 56.2 | 0.41 | 0.686 |
| | Listening to the radio | 42 | 30.6 | 11 | 8.0 | 4 | 2.9 | 26 | 19 | 54 | 39.4 | 0.06 | 0.953 |
| | Making a phone call | 30 | 21.8 | 12 | 8.8 | 3 | 2.2 | 30 | 21.9 | 62 | 45.2 | 0.99 | 0.396 |
| | Using stairs | 39 | 28.4 | 23 | 21.3 | 4 | 2.9 | 33 | 24.3 | 38 | 27.7 | 0.71 | 0.550 |

1. Acts independently all the times
2. Acts independently sometimes
3. Needs help half of time
4. Needs help sometimes
5. Needs help all the time

50명(36.4%), 교통편 이용에서는 66명(48.1%), 은행·관공서 이용에서는 78명(56.9%), 신문읽기·독서에서는 72명(52.6%), 라디오 시청에서는 54명(39.44%), 전화 걸기에서는 62명(45.28%) 계단이용에서는 37명(27.0%)으로 가장 많았다.

2. 가족부양자의 일반적 특성

가족부양자의 일반적 특성은 <표 4>와 같다

<Table 4> General Characteristics of Family Caregivers

| Variable | | F | % |
|-----------|-----------------------------|-----|------|
| Sex | Male | 36 | 26.1 |
| | Female | 101 | 73.2 |
| Age | 40 Age ↓ | 22 | 15.9 |
| | 41-50 Age | 36 | 26.1 |
| | 51-60 Age | 26 | 18.8 |
| | 61-70 Age | 29 | 21.0 |
| | 70 Age ↑ | 24 | 17.4 |
| Education | None | 26 | 18.8 |
| | Elementary | 29 | 21.0 |
| | Middle school | 34 | 24.6 |
| | High school | 33 | 23.9 |
| | University and university ↑ | 15 | 10.8 |

<Table 4> General Characteristics of Family Caregivers <continued>

| Variable | | F | % |
|-----------------------|-------------|-----|------|
| Marital state | Unmarried | 9 | 6.5 |
| | Married | 116 | 84.1 |
| | Divorced | 5 | 3.6 |
| | Dead | 5 | 3.6 |
| | Remarried | 2 | 1.4 |
| Religion | None | 51 | 37.2 |
| | Buddhist | 27 | 19.7 |
| | Protestant | 45 | 32.8 |
| | Catholic | 7 | 5.1 |
| | Other | 7 | 5.0 |
| Health state | Very good | 7 | 5.1 |
| | Good | 46 | 33.3 |
| | Moderate | 57 | 41.3 |
| | Poor | 22 | 15.9 |
| | Very poor | 5 | 3.6 |
| Caregiving period | 12 Month ↓ | 46 | 33.3 |
| | 13-36 Month | 45 | 32.6 |
| | 37-60 Month | 13 | 9.4 |
| | 60 Month ↑ | 33 | 23.9 |
| Daily caregiving time | 6 Hour ↓ | 61 | 44.2 |
| | 7-12 Hour | 29 | 21.0 |
| | 13-18 Hour | 5 | 3.6 |
| | 19-24 Hour | 42 | 30.4 |

* Mean caregiving period : 5.1 year * Daily mean caregiving time : 12.2 hour

성별은 여자가 101명(73.2%), 연령은 41-50세가 36명(26.1%), 치매노인과 관계는 며느리가 57명(41.6%)으로 가장 많았다. 결혼상태는 기혼이 116명(84.1%)으로 대부분이었고, 종교는 없다가 51명(37.2%)이었으며 건강상태는 보통이다가 57명(41.3%), 부양기간은 12개월 이내가 46명(33.3%), 하루 부양시간은 6시간 이내가 61명(44.2%)으로 가장 많았고 평균부양기간은 5.1년이었고 일일 평균부양시간은 12.2 시간이었다.

3. 가족부양자의 스트레스

가족부양자의 스트레스는 <표 5>와 같다

치매노인을 부양하는 가족부양자의 스트레스는 전체가 2.90점이었으며 5개 영역에서 가장 많이 느끼는 영역은

개인적 사회적 활동의 제한으로 3.09 이었고 가장 낮게 느끼는 영역은 심신의 건강으로 2.58이었다. 전체 20항목에서는 "나는 치매노인부양으로 충분한 시간을 가질 수 없다"가 4.01로 가장 높았고 그 다음은 "나는 치매노인을 위하여 지금보다 더 많은 비용을 사용할 수 있으면 좋겠다"가 3.51, 이었으며 가장 낮은 항목은 "나는 치매노인의 문제행동으로 수치감을 느낀다"가 2.07이었다.

4. 가족부양자의 대처방법

가족부양자의 대처방법은 <표 6>과 같다

치매노인 가족부양자의 대처방법은 전체는 2.65점이고 단기대처방법은 2.48, 장기대처방법은 2.91로 장기 대처방법을 더 많이 사용하는 것으로 나타났다.

가장 점수가 높은 것은 "최악의 경우를 상상하고 대비

<Table 5> Stress of Family Caregiver

| stress | | M | S.D |
|---|---|------|------|
| Restriction of individual and social activities | 1. I feel agonized when I see dementia patient | 3.48 | 1.07 |
| | 2. I may unable to provide all the care dementia patient asks | 2.51 | 1.19 |
| | 3. Caring for and treating the elder causes other family members and my illness | 2.34 | 1.05 |
| | 4. I do not have my own time | 4.01 | 0.97 |
| | Subtotal | 3.09 | 1.07 |
| Mental and physical health | 5. Caring and treating the elder is putting stress on my family budget | 2.59 | 1.17 |
| | 6. I feel shame because of the behavior of dementia patient | 2.07 | 1.10 |
| | 7. I feel irritated when I think the elder is manipulating me | 2.89 | 1.26 |
| | 8. I have lost my appetite | 2.28 | 1.03 |
| | Subtotal | 2.58 | 1.12 |
| Willingness to the dementia patient | 9. I frequently feel family conflict | 2.56 | 1.24 |
| | 10. Taking care of the dementia patient requires a great financial cost | 2.48 | 1.16 |
| | 11. I do not have to take care of housekeeping or other business | 3.18 | 1.12 |
| | 12. I feel nervous when I see or care of dementia patient | 3.45 | 1.24 |
| | Subtotal | 2.92 | 1.19 |
| Unpleasant aspects of dementia patient | 13. I feel happy when I take care of dementia patient | 3.26 | 1.27 |
| | 14. I feel tired of taking care of the dementia patient | 2.43 | 1.17 |
| | 15. Other family member and I are not able to buy basic things | 2.92 | 1.26 |
| | 16. I feel requests from the dementia patient are more than is needed | 3.20 | 1.27 |
| | Subtotal | 2.95 | 1.24 |
| Financial burden of caregivers. | 17. I am necessary for the dementia patient | 2.96 | 1.20 |
| | 18. I feel anxious about the future of dementia patient | 2.78 | 1.19 |
| | 19. Inviting guests is not convenient | 2.47 | 1.04 |
| | 20. I want to spend more money for taking care of the dementia patient | 3.51 | 1.45 |
| | Subtotal | 2.93 | 1.22 |
| Total | | 2.90 | 1.17 |

<Table 6> Coping Method of Family Caregiver

| Coping method | | M | S.D |
|---------------------|--|------|------|
| Short Coping method | 1. Drinking alcohol | 1.89 | 1.05 |
| | 2. Day dreaming | 2.08 | 1.12 |
| | 3 Trying to see the positive side | 2.90 | 0.97 |
| | 4. Thinking everything will go well | 2.64 | 1.01 |
| | 5. Sleeping more | 2.09 | 0.90 |
| | 6. Smoking and more eating | 2.39 | 1.21 |
| | 7. No talking or not eating at all | 2.56 | 0.95 |
| | 8. Being by myself | 2.79 | 1.10 |
| | 9. Being patient | 3.11 | 0.98 |
| | 10. Worrying | 2.77 | 1.06 |
| | 11. Being involved in other activities to forget the problem | 2.78 | 0.99 |
| | 12. Thinking it is better than any possible worst case | 4.01 | 0.76 |
| | 13. Scapegoating | 1.45 | 0.99 |
| | 14. Taking medicine (for headache or sedative) | 1.87 | 1.05 |
| Subtotal | 2.48 | 1.01 | |
| Long Coping method | 15. Accepting the situation as it is | 3.78 | 0.99 |
| | 16. Talking with relatives or neighbors | 2.14 | 1.17 |
| | 17. Studying more about the problem | 2.85 | 0.86 |
| | 18. Praying | 2.99 | 1.62 |
| | 19. Relaxing tension by exercising | 2.25 | 0.99 |
| | 20. Acting to understand | 2.74 | 0.91 |
| | 21. Solving the problem by using past experience | 3.04 | 0.96 |
| | 22. Figuring out several plans to solve the problem | 2.71 | 0.99 |
| | Subtotal | 2.81 | 1.04 |
| | Total | 2.65 | 1.03 |

한다”(4.01)이었고 “상황을 있는 그대로 받아들인다”(3.78) “꼭 참는다” (3.11), “과거의 경험을 살려서 해결한다” (3.04) “신을 믿고 기도한다” (2.99), “발생된 문제를 좋은 면으로 생각하려고 노력한다” (2.90), “그 문제에 대해 좀더 자세히 알아본다” (2.85), “혼자 있기를 원한다” (2.79), “현재 이해한 것을 근거로 명확한 행동을 취한다” (2.74) 순으로 높았다. 가장 점수가 낮은

것은 “남을 비난하거나 욕한다” (1.45) 이었고 그 다음은 “두통약, 최면제 등의 약을 복용한다” (1.87) 이었다.

5. 치매노인의 특성에 따른 가족부양자의 대처방법

치매노인의 특성에 따른 가족부양자의 대처방법은 <표 7>과 같다

<Table 7> Coping Method of Family Caregiver due to General Characteristics of Dementia Patient

| Variable | | Coping method | | | | Total | |
|----------|-----------|---------------------|------|--------------------|------|------------------|------|
| | | Short Coping method | | Long Coping method | | Mean | S.D |
| | | Mean | SD | Mean | S.D | | |
| Sex | Man | 6.56 | 0.89 | 6.57 | 0.94 | 6.56 | 0.90 |
| | Woman | 6.55 | 0.78 | 6.55 | 0.80 | | |
| | | t=0.00 p=0.95 | | t=0.12 p=0.73 | | t=0.00 p=0.84 | |
| Age | 65 Age ↓ | 7.66 | 0.65 | 8.05 | 0.82 | 7.85 | 0.73 |
| | 66-75 Age | 6.54 | 0.83 | 6.88 | 0.86 | 6.71 | 0.85 |
| | 76-85 Age | 6.47 | 0.78 | 6.84 | 0.78 | 6.65 | 0.78 |
| | 85 Age ↑ | 6.57 | 0.81 | 6.97 | 0.89 | 6.77 | 0.83 |
| | | F=2.69 p=0.04 * | | F=2.758 p=0.04 * | | F=2.752 p=0.04 * | |

(Table 7) Coping Method of Family Caregiver due to General Characteristics of Dementia Patient
(continued)

| Variable | | Coping method | | | | | |
|-----------------------|----------------|---------------------|------|--------------------|------|-------------------|------|
| | | Short Coping method | | Long Coping method | | Total | |
| | | Mean | SD | Mean | S.D | Mean | S.D |
| Marital state | Unmarried | 5.93 | 0.12 | 6.20 | 0.00 | 5.94 | 0.12 |
| | Married | 6.53 | 0.86 | 6.89 | 0.88 | 6.53 | 0.86 |
| | Divorced | 6.56 | 0.97 | 7.00 | 0.84 | 6.78 | 0.97 |
| | Dead | 6.55 | 0.78 | 6.93 | 0.83 | 6.55 | 0.78 |
| | Remarried | 6.75 | 0.21 | 7.33 | 0.23 | 6.75 | 0.22 |
| | | F=1.11 p=0.36 | | F=1.37 p=0.25 | | F=1.24 p=0.29 | |
| Treatment cost /month | 100,000 Won ↓ | 6.50 | 0.80 | 6.81 | 0.84 | 6.65 | 0.80 |
| | 11-300,000 Won | 6.53 | 0.72 | 6.93 | 0.73 | 6.73 | 0.72 |
| | 31-400,000 Won | 6.77 | 0.93 | 7.00 | 0.97 | 6.89 | 0.93 |
| | 41-500000 Won | 7.03 | 0.73 | 7.36 | 0.76 | 7.19 | 0.73 |
| | 510.000 Won ↑ | 7.05 | 0.95 | 7.40 | 1.09 | 7.23 | 0.95 |
| | | F=1.15 p=0.18 | | F=1.92 p=0.11 | | F=2.02 p=0.09 | |
| Cause | Alzheimer | 6.59 | 0.83 | 6.99 | 0.85 | 6.79 | 0.84 |
| | Vascular | 6.29 | 0.70 | 6.67 | 0.75 | 6.48 | 0.72 |
| | Other | 6.70 | 0.84 | 7.05 | 0.88 | 6.87 | 0.86 |
| | | F=1.67 p=0.18 | | F=1.34 p=0.26 | | F=2.82 p=0.06 | |
| Caregiver | Partner | 6.54 | 0.90 | 6.94 | 0.91 | 6.74 | 0.91 |
| | Daught | 6.41 | 0.41 | 6.76 | 0.47 | 6.58 | 0.44 |
| | Son | 7.31 | 0.75 | 7.66 | 0.79 | 7.48 | 0.77 |
| | Daught-law | 8.30 | 0.66 | 8.68 | 0.72 | 8.49 | 0.69 |
| | Other | 6.47 | 0.79 | 6.75 | 0.77 | 6.61 | 0.78 |
| | | F=4.74 p=0.003 ** | | F=4.77 p=0.003 ** | | F=4.33 p=0.003 ** | |
| Treatment | Accepted | 6.60 | 0.81 | 6.99 | 0.87 | 6.79 | 0.84 |
| | Unaccepted | 6.49 | 0.83 | 6.83 | 0.81 | 6.66 | 0.82 |
| | | t=0.58 p=0.45 | | t=1.28 p=0.26 | | t=0.91 p=0.34 | |
| Caregiver period | 12 Month ↓ | 6.76 | 0.92 | 7.14 | 0.96 | 7.95 | 0.94 |
| | 13-36 Month | 6.60 | 0.62 | 7.00 | 0.68 | 6.80 | 0.65 |
| | 37-60 Month | 6.26 | 0.89 | 6.16 | 0.88 | 6.41 | 0.88 |
| | 61 Month ↑ | 6.39 | 0.85 | 6.74 | 0.84 | 6.57 | 0.85 |
| | | F=2.71 p=0.047 * | | F=2.52 p=0.061 | | F=2.68 p=0.049 * | |
| Dementia degree | Mild | 8.10 | 0.76 | 7.73 | 0.74 | 7.92 | 0.74 |
| | Moderate | 7.08 | 0.98 | 6.69 | 0.96 | 6.89 | 0.97 |
| | Severe | 6.52 | 0.76 | 6.17 | 0.66 | 6.34 | 0.71 |
| | Very severe | 6.48 | 0.74 | 6.12 | 0.67 | 6.30 | 0.70 |
| | | F=3.77 p=0.021 * | | F=3.85 p=0.013 * | | F=2.87 p=0.034 * | |

* P<0.05 ** P<0.01

치매노인의 특성에 따른 가족부양자의 대처방법은 성별에서는 남자가 6.56, 연령에서는 65세 이하가 7.85, 결혼상태에서는 별거·이혼이 6.78, 한달 치료비에서는 51만원이상이 7.40, 치매원인에서는 기타가 6.70, 부양

자와 관계에서는 아들이 7.66, 병원치료에서는 받음이 6.60, 부양기간에서는 12개월 이내가 7.95, 치매정도에서는 경도가 7.92로 가장 높았다. 통계적으로는 연령 (F=2.752 p=0.04)에서 p <0.05, 부양자(F=4.33

p=0.003)에서 p < 0.01, 부양기간(F=2.68 p=0.049)에서 p < 0.05, 치매정도(F=2.87 p=0.034)에서 p < 0.05 수준으로 유의한 차이가 있었다. 그리고 연령, 부양자, 치매정도에서는 단·장기대처방법 모두 유의한 차이가 있었으나 부양기간에서는 단기 대처방법에서만 유의한 차이가 있었고 장기대처방법에서는 유의한 차이가 없었다. 장기 대처방법과 단기 대처방법을 비교해보면 장기 대처방법이 높은 경우는 성, 연령, 결혼상태, 병원치료, 치매정도이고 단기 대처방법이 높은 경우는 치료비용, 치매원인, 부양자와 관계였다.

6. 치매노인의 문제행동과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계

치매노인의 문제행동과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계는 <표 8>과 같다.

치매노인의 문제행동과 가족부양자의 대처방법과의 관계를 보면 높은 역 상관관계(-.301 .000)를 보이고 있다. 구체적으로는 공격적 행위 (-.339 .000)가 가장 높고 기억력장애(-.197 .022) 환각(-.254.002), 망상(-.250 .003), 배회(-.232 .003)순으로 역상관계를 나타내고 있으며 기억력장애가 가장 낮은 역 상관관계를 나타내고 우울증(-.116 .179)은 상관관계를 보이지 않았다.

단기 대처방법에서는 배회(-.326 .000)가 가장 상관관계가 높았고 지남력 장애(-.261 .002), 망상(-.250 .003), 환각(-.254 .003)순으로 역 상관관계를 나타내고 있었고 기억력장애(-.197 .022)가 가장 낮은 상관관계를 나타내고 있었다. 장기 대처방법에서는 배회(-.334

.000)가 가장 높은 역 상관관계를 나타냈으며 지남력 장애(-.269 .002), 환각(-.254 .003), 망상(-.253 .003), 공격적 행위(-.236 .006), 불안(-.219 .010), 성격이상행동(-.215 .006) 순으로 역 상관관계를 나타냈으며 우울증(-.116 .179)은 상관관계를 나타내지 않았다.

7. 치매노인의 일상생활동작 수행능력과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계

치매노인의 일상생활동작 수행능력과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계는 <표 9>과 같다.

<Table 9> Correlation of Problematic Behaviors of Dementia Patient and Coping Method of Family Caregiver

| | Coping method | | | | | |
|------------------|---------------------|-------|--------------------|--------|-------|--------|
| | Short Coping method | | Long Coping method | | Total | |
| | r | p | r | p | r | p |
| Basical A D L | -.164 | .057 | -.197 | .022 * | -.182 | .035 * |
| Functional A D L | -.162 | .060 | -.189 | .029 * | -.176 | .041 * |
| A D L | .183 | .033* | -.217 | .011 * | -.201 | .019 * |

* P<0.05

치매노인의 일상생활동작 수행능력과 가족부양자의 대처방법과의 상관관계를 보면 낮은 역 상관관계(-.201 .019)를 나타냈다. 구체적으로는 기본적인 일상생활동작 (-.182 .035)에서 장기 대처방법은 유의한 상관 관계

<Table 8> Correlation of Dementia Patient and Coping Method of Family Caregiver

| | Coping method | | | | | |
|---------------------------|---------------------|----------|--------------------|----------|-------|----------|
| | Short Coping method | | Long Coping method | | Total | |
| | r | p | r | p | r | p |
| Memory deficient | -.197 | .022 * | -.202 | .019 * | -.200 | .019 * |
| Disorientation | -.261 | .002 ** | -.269 | .002 ** | -.267 | .001 ** |
| Anxiety | -.222 | .010 ** | -.219 | .010 * | -.222 | .005 ** |
| Aggressive behaviors | -.240 | .005 ** | -.236 | .006 ** | -.339 | .000 *** |
| Wandering | -.326 | .000 *** | -.334 | .000 *** | -.232 | .003 ** |
| Delusion | -.250 | .003 ** | -.253 | .003 ** | -.253 | .002 ** |
| Hallucination | -.254 | .003 ** | -.260 | .002 ** | -.258 | .002 ** |
| Abnormal sexual behaviors | -.215 | .006 ** | -.215 | .006 ** | -.217 | .006 ** |
| Depression | -.108 | .211 | -.116 | .179 | -.112 | .192 |
| Total | -.297 | .000*** | -.302 | .000 *** | -.301 | .000 *** |

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

〈Table 10〉 Relationship of Stress and Coping Method of Family Caregiver

| | Coping method | | | | | |
|---|---------------------|----------|--------------------|-----------|----------|-----------|
| | Short Coping method | | Long Coping method | | Total | |
| | γ | p | γ | p | γ | p |
| Restriction of individual and social activities | -0.174 | 0.041 * | -0.258 | 0.002 ** | -0.216 | 0.003 ** |
| Mental and physical health | -0.128 | 0.135 | -0.247 | 0.003 ** | -0.228 | 0.003 ** |
| Unpleasant aspects of dementia patient | -0.189 | 0.026 * | -0.128 | 0.135 | -0.124 | 0.119 |
| Financial burden of caregivers. | -0.233 | 0.006 ** | -0.453 | 0.000 *** | -0.327 | 0.000 *** |
| Willingness to the dementia patient | -0.174 | 0.041 * | -0.072 | 0.351 | -0.128 | 0.135 |
| Total | -0.179 | 0.046 * | -0.231 | 0.006 ** | -0.213 | 0.005 ** |

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

가 있었으나 단기대처방법에서는 상관관계가 없었다. 수단적 일상생활동작(-.176 .041)에서 는 장·단기대처방법에서 유의한 상관관계를 나타냈다

8. 가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계

가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계는 〈표 10〉과 같다.

가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계를 보면 전체적으로 높은 역 상관관계($\gamma=-.213$.005)를 나타냈다. 재정적 부담 ($\gamma=-.327$ P=.000)이 가장 역 상관관계가 높고 개인적 사회적 활동제한($\gamma=-.258$ P=.002), 심신건강 $\gamma=-.228$ P=.003)순으로 역 상관관계를 나타냈으며 치매노인에 대한 불유쾌한 감정, 치매노인에 대한 부양의욕에서는 상관관계가 없었다.

개인적 사회적 활동제한에서 장기대처방법($\gamma=-0.258$ P=0.002)은 P) 0.01 수준, 단기대처방법($\gamma=-0.174$ P=0.041)은 P) 0.05 수준으로 상관관계가 있었고 심신건강에서는 장기대처방법($\gamma=-0.247$ P=0.003)은 P) 0.01 수준으로 상관관계가 있었고, 치매노인에 대한 불유쾌한 감정에서 단기대처방법($\gamma=-.189$ P=0.026)은 P) 0.05 수준으로 상관관계가 있었고 장기대처방법은 유의한치가 없었다. 재정적 부담은 단기 대처방법($\gamma=-0.233$ P=0.006)은 P) 0.01 수준, 장기 대처방법($\gamma=-.453$ p=0.000)은 P) 0.001 수준으로 상관관계가 있었고, 치매노인에 대한 부양의욕에서 단기대처방법($\gamma=-0.174$ p=0.041)은 P) 0.05 수준으로 상관관계가 있었고 장기 대처방법은 유의한 차이가 없었다.

V. 논 의

본 연구에서 치매노인의 성별을 보면 대부분 여자가

차지하고 있어 한국보건사회연구원(1998)의 조사에서 나타난 치매유병을 추정치(남자 20%-30%, 여자 70%-80%)와 비슷하다. 이것은 세계적인 추세로 여자의 평균수명이 길기 때문이다

연령은 대부분이 65세 이상이었고 평균 발병연령은 79.2세 이었다. 치매의 유병율은 여자가 남자보다 높고 연령에 따라 증가하는 것이 일반적이라고 알려져 있다. 치매의 원인은 알츠하이머형 치매가 43.8%, 뇌혈관성치매(vascular dementia)가 38.5%로, 알츠하이머형 치매가 높게 나타났다. 박종환(1989)과 남궁기 등(1993)에서도 알츠하이머가 32%, 뇌혈관성이 13.4%로 알츠하이머가 많다고 보고하였고, 미국에서도 60%가 알츠하이머 (Fryer, 1983; pajik, 1984), 일본의 경우도 杉山(1995)에서는 알츠하이머가 67.8%, 뇌혈관성이 28.7%를 나타나서 세계적으로 알츠하이머형 치매가 높게 나타났다. 부양기간은 3년 이내가 대부분을 차지하고 있었고 평균 부양기간은 4년 7개월이었으며 부양기간범위는 10개월에서 27년 6개월까지이었다.

치매노인의 문제행동에서는 "전혀 증상을 보이지 않는다"가 대부분이었으며 그중 성적 이상행위가 가장 높았고 그 다음이 공격적 행위였다. 이것은 치매노인의 치매 정도가 대부분 경도여서 문제행동이 심각하지 않은 것으로 본다. 증상이 심한 경우는 우울증과 지남력 장애였다. 치매노인들은 방금 했던 말이나 새로운 것을 기억하지 못하거나 자기 집 주소, 나이, 이름을 기억하지 못하였다. 그리고 가족의 얼굴이나 오늘의 날짜, 지금 치매노인이 거주하고있는 장소를 잘 모르고 있었다. 권중돈(1995)의 연구에서는 가장 정도가 심한 것이 건망증이고 그 다음이 주야전도, 의사소통, 지남력 장애 순이었다. Teri(1992)의 연구에서는 같은 질문을 반복하거나 최근 일을 기억하지 못하였고 물건을 잃어버리고 날짜를 잊어버리고 집중력이 저하된다고 하였고 Robin 등

(1982)은 기억력장애, 배회 순이었다.

일상생활동작 수행능력에서 신체적 일상생활동작 수행 능력인 세수/양치질, 배뇨/배변 조절, 옷입고 벗기, 화장실 이용, 잠자리 들고일어나기, 앉고/서기, 식사/투약, 집안에서 이동들은 대부분 혼자서 하였고 목욕·샤워만 부양자의 도움을 필요로 하였다. 수단적 일상생활 동작 수행능력인 방 정리 /청소, 세탁, 조리, 쇼핑·장보기, 집밖으로 외출, 교통편 이용, 은행/관공서 이용, 신문 읽기/독서, 라디오 시청, 전화 걸기, 계단이용들은 전적으로 부양자의 도움을 필요로 하였다. 부양자들이 치매노인을 부양하는데 가장 어려운 문제는 배뇨·배변조절, 샤워·목욕, 집밖으로 외출이었다. 일본의 麻原(1997)의에서는 입욕이 90%, 배설·이동이 70% 순으로 다른 사람의 도움을 필요로 한다고 보고하였다.

치매 노인 가족부양자의 특성에서는 치매노인을 간호하고 있는 부양자는 대부분 여자인데 그 중에서도 며느리였다. 많은 연구결과(Fitting et al., 1984; Zarit, 1982)에서도 간호제공을 하는데는 여자가 남자보다 많았다.

1일 부양시간은 절반정도가 6시간이내였으며 평균 부양시간은 12.2시간이었다. 한국에서는 전통적 유교사상에 의해 자식과 부모사이에 유대관계가 깊어 치매노인을 부양하는데 시간을 많이 투입하는 것으로 사료된다.

스트레스는 본 연구결과에서 5점 만점에서 2.93점인데 조사대상이 농촌지역이어서 치매노인에 대한 시설이나 사회적 지원체계가 미비하고 부모님을 집안에서 잘 모셔야 한다는 유교적 전통의식으로 치매노인을 대부분 집에서 모시고 있어 스트레스를 많이 가지고 있는 것으로 사료된다. 스트레스의 5가지 영역에서는 "개인적 사회적 활동의 제한"에서 스트레스가 가장 높았다. 이는 치매가 증상의 정도에 따라 다르나 치매환자의 문제행동 등이 심하여 24시간 과중한 보호를 받아야 하므로 치매는 부양자를 피폐 화시키는 질환(Archbold, 1982)으로 치매의 2차적 희생자(ADRDA 1993)로 불려질 만큼 과중한 스트레스를 안고 있으므로 이들을 위한 지원체계가 국가 차원에서 마련되어야 한다고 생각한다.

일반적으로 학자들은 대처가 스트레스 상황에 대한 반응으로 나타난다는데 의견이 일치한다. Lazarus와 Folkman(1984)은 대처를 개인의 적응력을 떨어뜨리는 파괴적이고 스트레스를 주는 사건에 대한 인지적 행동적 반응으로서 스트레스를 다루어가려는 노력이라고 정의하면서 대처방법이란 개인과 환경의 관계에서 일어나는 요

구와 동반되는 스트레스 및 감정을 처리하는 과정과 방법이라고 하였다. 치매노인 가족부양자들은 치매노인을 장기간 간호하면서 대처방법을 사용하는데 이에 대한 대처방법으로는 장기와 단기가 있다. 단기대처방법은 일시적으로 그 상황을 피하는 것이고 장기대처방법은 긍정적이고 현실적인 대처방법이다.

본 연구에서는 대처방법은 5점 만점에 2.65점으로 보통정도의 대처방법을 사용하고 있었는데 그중 장기대처방법을 더 많이 사용하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 "최악의 경우를 상상하고 대비한다"(4.01) "상황을 있는 그대로 받아들인다"(3.78) "꼭 참는다" (3.11), "과거의 경험을 살려서 해결한다" (3.04) "신을 믿고 기도한다" (2.99), "발생된 문제를 좋은 면으로 생각하려고 노력한다" (2.90)순으로 대처하고 있었고 "남을 비난하거나 욕한다" (1.45) "두통약, 최면제 등의 약을 복용한다" (1.87)가 가장 낮은 점수여서 가족부양자들이 긍정적이고 현실적으로 대처하고 있음을 알 수 있었다. 이것은 대부분 부양자들이 며느리로서 여자였는데 운명에 순응하고 인내하려는 한국인의 특성을 반영하고 있다고 사료된다. 엄(1992)의 연구에서는 "더 잘 되리라는 희망을 갖는다" "상황을 극복하려고 노력한다" "문제를 해결하기 위한 구체적 목표를 설정한다" 순으로, 김(1991)의 연구에서는 "생긴 문제를 좋은 면으로 생각하려고 노력한다" "문제에 대해 자세히 알아본다" 순으로, 권(1990)의 연구에서는 "문제발생의 상황에 대해 좀더 알아본다" "발생된 문제를 좋은 면으로 생각하려고 노력한다" 순으로 나타나서 본 연구결과와 일치하였다.

치매노인의 특성에 따른 대처방법을 보면 연령에서는 치매노인의 연령이 적을수록 가족부양자가 대처를 잘하고 있었으며 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 김금순(1989), 박호숙(1987), 한(1991)에서도 연령별로 대처방법의 차이가 있다고 보고하였다. 치매노인의 연령이 낮으므로 가족부양자와 협조가 잘되고 치매노인의 치료와 관리에 대해 긍정적으로 생각하면서 장기간 계획하여 대처하는 것으로 사료된다. 치매노인과 관계에서는 며느리가 대처를 잘하고 딸이 대처를 잘하지 못하였는데 딸은 자기부모에 대한 애착이나 애정으로 힘들어하므로 대처를 잘하지 못하고 며느리는 평소 생활에서 시부모를 모시면서 운명이라는 것과 체념을 습득한 결과 치매노인이 발생하였을 때도 평소대로 운명과 체념 기전을 사용하여 대처하는 것으로 사료된다.

치매노인의 부양기간이나 치매정도에서는 12개월 이

내나 경도 정도에서 대처를 잘하고 정도가 심해질수록 대처방법이 떨어지고 있었는데 이것은 치매노인의 부양 기간이나 치매정도가 심해지면서 적응력이 떨어진다는 소모가설이 적용되어 시간이 지나면서 환자 증상이 심해져 가족부양자도 점진적으로 손상되어 역할을 수행하지 못하여 대처방법을 잘 사용하지 못하고 있다고 생각한다. 그래서 치매정도가 중도나 최고도인 경우 치매상담전화와 치매가족회를 만들어 가족부양자에게 필요한 각종 정보를 제공하여 치매노인에 대한 이해를 증진시키고 치매노인의 문제행동에 대한 적절한 대처기술을 습득케 함으로서 가족부양자의 대처방법을 향상시켜야 한다고 본다. 또한 치매노인은 상태에 따라 가정에서뿐만 아니라 주간보호센터, 치매전문요양원, 치매전문병원 등에 입소하여서 여러 가지 형태의 서비스를 받아야 하나 치매노인을 위한 시설이나 인력, 서비스 전달체계가 정착되지 못하여 주로 가족에게 의존하고 있어 가족이 겪는 부양스트레스는 매우 심각한 수준에 달하고 있어 (홍영신 등, 1996) 이에 대한 대응대책이 시급하다고 본다. 특히 치매노인은 장기적으로 비용 효과적으로 접근해야 하므로 여기에 맞는 대처방법을 개발하여 적용해야 한다고 본다.

치매노인의 문제행동과 가족부양자의 대처방법과의 관계는 역 상관 관계가 있는 것으로 나타났다. 가장 높은 것은 배회, 지남력장애, 환각, 망상, 공격적 행위, 불안, 성적이상행동, 기억력장애 순이었으며 우울증은 상관관계를 보이지 않았다. 서울시는 송파 노인종합복지관에 치매상담센터를 설치하여 운영하는데 여기에 오는 치매노인 가족부양자들이 가장 많이 호소하는 문제행동은 배회이고 그 다음이 지남력장애, 기억력장애, 환각 순이었다(서울시 치매상담센터, 1998). 우울증은 상관관계가 없는 것으로 나타났는데 우울증은 정상인에서도 많이 나타나는 증상으로 일반적인 현상으로 생각하고 있기 때문이다. 치매노인에게 나타나는 문제행동은 가족에게 많은 스트레스를 주고(Folstein & Bylsma, 1994) 시설에 입소시키는 요인이 되고 있으며(Deutsch et al., 1991; Steele et al., 1990; Hamel et al., 1990) 치매의 진행정도와 유병기간, 가족부양자의 대처방법에 따라 다양하게 나타나므로(Cohen et al., 1984; Davis et al., 1997; Teri et al., 1988) 가족부양자들에게 문제행동에 대한 대처방법을 교육하거나 상담을 하도록 하여야 한다.

가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계는 아주 높은 역 상관관계를 나타내고 있다. 가장 상관관계가

높은 것은 재정적 부담인데 가족부양자들은 치매노인을 장기간 부양하게 됨으로써 경제적으로 많은 부담감을 느끼고 있었다. 아직 우리나라는 복지체계가 확립되어 있지 않아 치매노인 가족들에게 도움이 되지 못하고, 병원이나 시설에 입원이나 입소시킬 경우 비용이 비싸 대부분 치매노인 가족부양자들은 부양문제나 갈등이 있어도 가족 스스로 해결하지 않으면 안되므로 많은 스트레스를 느끼고 있고 이에 대한 대처방법이 없는 것으로 사료된다. 1996년 보건소에 치매환자 등록관리 센터가 설치되어 있으나 등록만 되어있을 뿐 관리는 전혀 하지 않고 교육이나 상담, 정보제공도 거의 없다. 가족부양자들이 도움 받고 있는 사람은 대부분 친구들이나 이웃사람들이다. 앞으로 정부는 치매노인 가족부양자들을 위하여 주간보호센터, 단기보호센터, 간병인 제도, 가정간호사제도, 자원봉사자제도를 전국적으로 확립하여 이용할 수 있게 하고 이런 장소에 상담 센터를 설치하여 문제점이거나 갈등이 있을 때 상담하여 잘 대처할 수 있도록 해야 할 것이다.

VI. 결 론

본 연구는 치매노인 가족부양자들이 치매노인을 부양하면서 경험하는 스트레스를 해결하기 위하여 여러 가지 대처방법을 사용하고 있는데 이런 대처방법의 정도와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 치매노인 가족부양자의 스트레스를 해결하는데 도움을 주고자 2001년 9월 10일부터 2001년 10월 10일까지 전라북도 보건소 중 지역사회 특성, 인구구성, 치매노인 등록현황이 비슷한 보건소로서 치매노인이 등록되어 있고 협조가 가능한 4개 보건소를 선정하여 치매노인 가족부양자 137명을 대상으로 한 서술적 조사연구이다.

연구도구는 치매노인의 문제행동은 Zarit의 memory and Behavior problem check list(MBPC)와 Bayles와 Tomoeda(1991)의 Linguistic Communication Symptoms Questionnaire (LCSQ), 치매노인의 일상생활동작 수행능력은 국제적으로 널리 알려진 Barthel Index와 Katz Index, 스트레스는 Kosberg와 Cairl(1986)의 Cost of Care Index, 대처방법은 Bell(1977)의 Coping method로 하였다. 수집된 자료는 기호화하여 컴퓨터에 입력한 후 SAS/PC프로그램을 이용하여 백분율과 평균, t-test, Chi-square, Pearson 상관관계를 통하여 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다

1. 치매노인의 성별분포는 여자가 94명 (68.6%), 연령 분포는 66-76세가 52명 (30.6%), 결혼상태는 사별이 75명 (54.7%), 치매정도는 경도가 66명 (48.2%), 치매원인은 알츠하이머가 60명 (43.8%), 부양기간은 13-36개월이 60명 (36.5%)으로 가장 많았다.
2. 치매노인의 문제행동은 “전혀 증상을 보이지 않는다”가 기억력장애에서는 31명 (22.6%), 지남력장애에서는 53명 (38.6%), 불안에서는 56명 (40.8%), 공격적 행위에서는 90명 (65.6%), 배회에서는 65명 (47.4%), 망상에서는 54명 (38.5%), 환각에서는 65명 (47.4%)으로 가장 많았고 우울증은 “별로 증상을 보이지 않는다”가 40명 (29.1%)으로 가장 많았다.
3. 치매노인의 일상생활동작 수행능력은 신체적 일상생활동작 수행능력에서는 “항상 혼자서 한다”가 세수/양치질에서는 72명(52.5%), 목욕/샤워에서는 64명 (46.7%), 배뇨·배변조절에서는 70명 (51.5%), 옷입고·벗기에서는 72명 (45.3%), 화장실이용에서는 81명 (51.8%), 잠자리·들고 일어나기에서는 83명 (53.3%), 앉고·서기에서는 79명 (57.7%), 식사·투약에서는 56명 (33.6%), 집안에서 이동에서는 60명(43.8%)으로 가장 많았고 수단적 일상생활동작 수행능력에서는 “항상 도움을 필요로 한다”가 방·정리 청소에서는 54명 (39.4%), 세탁에서는 50명 (36.4%), 조리에서는 53명 (38.6%), 쇼핑·장보기에서는 62명 (45.2%), 집밖으로 외출에서는 50명 (36.4%), 교통편 이용에서는 66명 (48.1%), 은행·관공서 이용에서는 78명 (56.9%), 신문읽기·독서에서는 72명 (52.6%), 라디오 시청에서는 54명 (39.44%), 전화 걸기에서는 62명 (45.28%), 계단이용에서는 37명 (27.0%)으로 가장 많았다.
4. 가족부양자의 스트레스 정도는 전체가 2.90 정도였으며 5개 영역에서 가장 높은 영역은 개인적 사회적 활동의 제한으로 3.09 이었고 가장 낮은 영역은 심신의 건강으로 2.58이었다.
5. 가족부양자의 대처방법은 전체는 2.65이고 가장 점수가 높은 것은 “최악의 경우를 상상하고 대비한다”(4.01)이고 가장 점수가 낮은 것은 “남을

비난하거나 욕한다” (1.45) 이었다.

6. 치매노인의 특성에 따른 가족부양자의 대처방법은 연령($F=2.752$ $p=0.04$)에서 $p < 0.05$, 부양자와관계에서($F=4.33$ $p=0.003$)에서 $p < 0.01$, 부양기간($F=2.68$ $p=0.049$)에서 $p < 0.05$, 치매정도($F=2.87$ $p=0.034$)에서 $p < 0.05$ 수준으로 유의한 차이가 있었다.
7. 치매노인의 문제행동과 가족부양자와의 대처방법의 상관관계는 높은 역 상관관계(-.301 .000)를 나타냈다. 구체적으로는 공격적 행위 (-.339 .000)가 가장 높고 기억력장애(-.197 .022) 환각 (-.254.002), 망상(-.250 .003), 배회(-.232 .003)순으로 역 상관관계를 나타내고 있었으며 기억력장애가 가장 낮은 역 상관관계를 나타내고 우울증(-.116 .179)은 상관관계를 보이지 않았다.
8. 치매노인의 일상생활동작 수행능력과 가족부양자와의 대처방법의 상관관계는 낮은 역 상관관계 (-.201 .019)를 나타냈다. 구체적으로는 기본적인 일상생활동작 수행능력 (-.182 .035)에서 장기대처방법은 유의한 상관 관계가 있었으나 단기대처방법에서 상관관계가 없었고 수단적 일상생활동작 수행능력(-.176 .041)에서는 장·단기 대처방법에서 유의한 상관관계를 나타냈다
9. 가족부양자의 스트레스와 대처방법과의 상관관계는 높은 역 상관관계($r=-.213$.005)를 나타냈다. 구체적으로는 재정적 부담 ($r=-.327$ $P=.000$)이 가장 높은 상관관계를 나타냈고 치매노인에 대한 불유쾌한 감정, 치매노인에 대한 부양의욕에서 상관관계가 없었다.

References

- Alzheimer's Disease and Related Disorders Association(1993). *Understanding Alzheimer's Disease*.
- Archbold, P. G. (1982). All-consuming activity: The family as caregivers. *Generations*, 7, 12-13.
- Asahara (1997). The Study on the Generation Gap of Caregivers are with Senile: Who are needed Home Care. Tokyo Univ., Ph.D.
- Baum, M. and Page, M. (1991). Caregiving and

- multigenerational families. *The Gerontologist*, 31(6), 762-769.
- Bayles, K. A., Tomoeda, C. K. (1991). Caregiver report of prevalence and appearance order of linguistic symptoms in Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 31(2), 210-216.
- Bell, J. M. (1977). Stressful life events and coping methods in mental-illness and -wellness behaviors. *Nursing Research*, 26(2), 136-141.
- Bromley, D. B. (1989) *The psychology of human aging*.
- Cohen, D., Kenndy, G. & Eisdorfer, C.(1984) Phase of change in the patient with Alzheimer's dementia, *Journal of the American Geriatric Society* ,32(1)
- Chenoweth, B. and Spencer, B. (1986). Dementia: The experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26(3), 267-272.
- Choi J. S. (1982). *Study of Korean Family*. Seoul, Iljisa.
- Davis, L. L. Buckwalter, K., & Burgio, L. D.(1997) Measuring problem behaviors in dementia: developing a methodological agenda. *Advances in Nursing Science*, 29(1)
- Deutch, L. H., Bylsma, F. W., Rovner, B. W., Steele, C., & Folstein, M. F. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 148.
- Enright, R. B. (1991). Time spent caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults. *The Gerontologist*, 31(3), 375-383.
- Fandetti, D. V., and Gelfand, D. E. (1976). Care of the aged: Attitudes of white ethnic families. *The Gerontologist*, 16(6), 544-549.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M. J., and Eastham, J. (1986). Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives. *The Gerontologist*, 26(3), 248-252.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal: coping*. New York: Springer Publishing Co, 77.
- Folstein, M. F., & Bylsma, F. W.(1994). Noncognitive systems of Alzheimer disease. Bick(Eds.). *Alzheimer Disease*. Raven Press, Ltd., New York.
- Fryer, D. G. (1983). Summer dementia in the elderly. *Bulletin for the Mason Clinic*, 37, 67.
- Gatz, M., Bengtson, V. L., and Blum, M. (1990). Caregiving families. In J. E. Birren, K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (3rd ed., pp. 404-426). New York: Academic Press.
- Grad, J. and Sainsbury, P. (1968). The effects that patients have on their families in a community care and a control psychiatric service: A two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 114(508), 265-278.
- Gross-Andrew, S. and Zimmer, A. H. (1978). Incentives to families caring for disabled elderly: Research and demonstration project to strengthen the natural support systems. *Journal of Gerontological Social Work*, 1(2), 119-133.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., and Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2 (4), 323-330.
- Hamel, M., Gold, D. P., Andres, D., Reis, M., Dasteroor, D., Grauer, H., & Bergman, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *Gerontologist*, 30.
- Han, N. J. (1989). Family from Change and Generation Relation. In World Community Family in the Latter Industrial Age Christian Academy, 158-169.
- Health and Welfare Ministry. (1991). *Diagnosis and Cure Guideline of Dementia* (pp. 153-157). Tokyo, Japan: New-Project Press.

- Hill, R. (1949). *Families under Stress: Adjustment to the Crises of War Separation and Reunion*. New York: Harper & Brothers.
- Holes, T. H. and Rahe, R. H.(1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 9, 213-218.
- Hong, J. S., Lee, S. J., Park, H. E., and Cho, N. O. (1995). Study on the effects of caregiver education program to family for senile dementia patients. *Journal of Korean Academic Nursing*, 25(1), 45-60.
- Horowitz, A. and Dobrof, R. (1982). *The Role of Families in Providing Long-Term Care to The Frail and chronically Ill Elderly Living in The Community*. Final Report Submitted to HCFA. New York: Brookdale Center on Aging.
- Irion, J. C. & Blanchard-Fields, (1987) Across-sectional comparison of adaptive coping in adulthood. *Journal of Gerontology*, 42(5), 502-504.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., and Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The Index of ADL, a standardized measure of biologic and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Keon Un Ok (1990) Study on Coping Method and Stress of Family due to admission of family member, Master Thesis of Seoul University.
- Kim Kum Sun(1993). Stress Responce and Nursing of Human. *Journal of Physical and Mental Stress*, 1(1)
- Kim Un Ha(1991) Correlation of Coping method and Stress of the Family member with Psychiatric patient, Master Thesis of Cho Sun University.
- Kinny, J. M. and Stephens, M. A. (1989). Caregiving Hassles Scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *The Gerontologist*, 29(3), 328-332.
- Kosberg, J. I., and Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *The Gerontologist*, 26(3), 273-278.
- Kwon, J. D. (1995). A study of the burden involved in supporting a demented senile in the family. Yonsei Univ. Ph. D. thesis.
- Lazarus, R. S. and Cohen, J. B. (1977). Environmental Stress-Altman and F. Wohiwil, Human Behaviors and the environment. *Current Theory and Research*, N.Y., 89-127.
- Lee, G. O., Won, J. D., Kwon, S. J., Ahn, H. Y., and Jung, Y. J. (1998). *A Study of The Structural Features in Senility*. Korean Institute for Health and Social Affairs.
- Lee, S. H. and Kwon, J. D. (1993). *The Actual Living Condition and Welfare Needs of Senile Dementia Patients*. Research Studies from the Northern Senile Dementia Welfare Center in Seoul.
- Lipowski, Z. J. (1981)..Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time *Am. J. Psychiatry*, 138(12), 1608-1611.
- Litman(1984). The family as a basic unit in health and Medical Care, *Social Society Medical* 8.
- McCrase, R. R.(1982). Age difference in the coping mechanisms *Journal of Gerontology*, 37, 454-460.
- McCubbin, H. I. and Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABCX Model of adjustion and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, J. M. Patterson (Eds.). *Social Stress and The Family* (pp. 7-38). New York: The Haworth Press.
- Menaghan, E. G.(1983). Marital stress and family transactions: A panel analysis. *Journal of Marriage and Family*, 45(2), 371-385.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., and Baker, L.

A Study on a Coping Method of the Family Caregivers of Demented Patients

You, Kwang Soo*

This was a descriptive study designed to identify the level of coping method and its influencing factors on the family caregivers of demented patients, and resolve the family caregivers' level of stress. The data were collected from September 10 to October 10, 2001. Subjects for this study were recruited from four clinics, which were chosen from 15 clinics located in Chunbuk-Do as the study sites because of their cooperation for the study. They were similar in terms of size, the characteristics of the local community, and the population and registration status of the demented patients.

The instruments used for the study were as follows:

1. Problematic behaviors of demented patients are measured by the Memory and Behavior Problem Checklist (Zarit, 1980), and the Linguistic Communication Symptoms Questionnaire (Bayles and Tomoeda, 1991)
2. The ability to carry out daily activities was measured using the Barthel Index (1965) and Katz Index (1963), which as well-known ADL assessment methods.
3. Burden was measured using Cost of Care Index by the Kosberg and Cairl (1986).
4. Coping strategy was measured Bell's 18 methods (1977). The data were analyzed using SPSS/PC.

The study results were as follows:

- (Eds.). (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Nam, K. G., Lee, H. S., and You, G. J. (1993). *Diagnosis and Treatment of Dementia*. Expert Book of United Scientific Contest, 33-47.
- Pajk, M. (1984). Alzheimer's disease: Inpatient care. *American Journal of Nursing*, 84(2), 216-224.
- Park Ho Sun(1992). Theoretical Review of Stress and Coping Method. Seong Shin College Press 5.
- Park, J. H. (1989). Neuropsychial Diagnosis and Treatment of Senile Patients. Korean Journal of Medical Association, 32, 26-31.
- Quayhagen, M. (1988). Alzheimer's Stress. Coping with the Caregiving Role. *The Gerontologist*, 23(3), 391-396.
- Uem Mi Sa (1992) Study on the stressor and coping method of Family When was treated psychiatric patient. Master Thesis of Korea university.
- Walker, A. J. and Allen, K. R. (1991). Relationships between caregiving daughters and their elderly mothers. *The Gerontologist*, 31(3), 389-396.
- Zarit, S. H., Reever K. E., and Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., and Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.

* Time Lecturer, Hanyang University

** Kyungbok college, Nursing Department

*** Seoul National University Children Hospital

1. The total stress score was 2.90 out of a maximum score of 5. The highest score reported was 3.09 on the dimension of restriction of individual and social activities, and the lowest region reported was 2.58 on the dimension of mental and physical health.
2. The total score of the coping method was 2.65 out of a maximum score of 5. The highest score reported was 4.01 on the dimension of thinking that includes an ideation such that it is better than any possible worst case, and the lowest score reported was 1.45 on the dimension of the self-image as a scapegoat.
3. There were significant differences in coping method among the subjects by age ($F=2.752$ $p=0.04$), caregiver ($F=4.33$ $p=0.003$), care-giving period ($F=2.68$ $p=0.049$), and dementia stage ($F=2.87$ $p=0.034$).
4. There were highly negative correlations ($\gamma=-0.301$ $p=0.000$) between problematic behaviors of demented patients and the coping method of their family caregivers. The highest correlation coefficient ($\gamma=-0.339$ $p=0.000$) was found between aggressive behaviors of the demented patients and the coping method of their family caregivers.
5. There was a low negative correlation ($\gamma=-0.201$ $p=0.019$) between the ADL of the demented patients and the coping method of their family caregivers.
6. There were highly negative correlations ($\gamma=-0.213$ $p=0.005$) between stress and the coping method of the family caregivers. The highest correlation was found between financial burden ($\gamma=-.327$ $P=.000$) and the coping method of the family caregivers. There was no significant correlation among unpleasant aspects of the demented patients, willingness to the demented patients, and the coping method of the family caregivers.

Key words : Dementia patient, Family caregiver, Stress, Coping method