

치매환자 가족부양자의 부양부담과 건강 및 삶의 질에 대한 사회지원의 중재효과

서 경 현[†]

삼육대학교 상담학과

천 경 임

삼육대학교 사회복지학과

본 연구의 목적은 한국사회가 고령화되고 있는 시점에서 치매환자 가족부양자의 부양부담과 사회지원이 건강 및 삶의 질과 어떤 관계가 있는지를 탐색하고, 부양자의 건강 및 삶의 질에 대한 부양부담과 사회지원의 상호작용을 검증하는 것이다. 본 연구의 참여자는 서울, 경기, 충청 지역에 거주하는 치매환자 가족부양자 207명(여: 106)이었으며, 그들의 평균 연령은 51.62(SD=9.25)세였다. 본 연구에서 사용된 심리검사는 다차원부양자부담설문지, 전경구의 신체증상척도, 한덕웅과 장은영의 건강지각척도, 자기진술 부정정서질문지, Cambell의 주관안녕척도, MOS의 사회지원질문지, 권중돈의 치매노인 부적응문제척도이다. 분석 결과, 치매환자 가족부양자의 부양부담은 신체증상이나 우울과는 정적으로 건강지각이나 주관안녕과는 부적으로 관계하고 있었다. 사회支원은 치매환자 부양부담이 건강지각, 우울 및 주관안녕에 미치는 영향을 중재하는 것으로 나타났다. 이는 치매환자 부양에 따른 부정적 효과에 대해 완충작용을 할 수 있는 것을 의미한다. 부양부담이 가족부양자의 신체증상과 우울의 변량을 30~40% 가량이나 설명하고 있었기 때문에 결과를 부양자의 건강이나 삶의 질의 중재를 중심으로 논의하였다. 사회지원이 부양부담 수준에 따라 다르게 작용하는 것 외에도 치매증상이 더 심각할 경우 사회지원이 적은 것 등과 관련해서도 선행연구를 바탕으로 논의하였다.

주요어 : 치매, 가족부양자, 신체건강, 정신건강, 삶의 질

[†] 교신저자 : 서경현, 삼육대학교 상담학과, (139-742) 서울시 노원구 공릉2동 26-21
Tel : 02-3399-1676, E-mail : khsuh@syu.ac.kr

지난 50년 동안 한국인의 기대수명이 약 25년간 증가하였다(OECD, 2003). 이런 기대수명의 급격한 증가에 세계 최저 출산율까지 더해져 얼마 지나지 않아 한국은 초고령 국가가 될 것이다(통계청, 2005). 그런 이유로 한국에서는 고령화 사회에서의 삶의 질이 초미의 관심사로 부각되고 있다(서경현, 2006). 그런데 노인 인구의 급증은 노인성 만성질환 환자의 증가로 이어질 것이기에 노인성 만성질환 중에 타인에 대한 의존성이 매우 높은 치매환자도 당연히 증가할 것이다. 치매(dementia)란 “일상적인 사회생활이나 대인관계에 장애를 초래할 정도로 장·단기 기억을 비롯한 추상적인 사고 및 판단장애, 고도의 대뇌 기능장애, 성격변화 등의 여러 가지 인지기능의 장애가 있는 상태(APA, 1994)”로 뇌기능의 저하가 서서히 진행되어 기억력, 언어기능, 지남력, 문제해결능력, 판단력을 상실하게 되는 노인성 질환이다.

치매에 대한 위의 정의처럼 치매환자는 인지적이고 기능적인 면에서 심각한 퇴화를 보이기 때문에 근접한 거리에서의 도움과 보호가 필요하다. 또한 치매는 행동 문제나 정서적 문제를 수반하기 때문에 가족부양자는 많은 부담을 가지게 된다. 또한 그런 문제는 시간이 지남에 따라 점진적으로 더 심각해진다. 그런데 더 큰 문제는 알츠하이머나 혈관성 치매환자들이 초기 증상을 보인 후에도 상당히 오랫동안 생존한다는 것이다. 이런 특성은 부양하는 가족을 신체적으로나 정신적으로 탈진하게 만들 가능성이 크다. 치매환자를 부양하기 위해서는 신체적 보호는 물론 이상행동을 적절히 다루어야 한다. Furlini(2001)는 계속적으로 정서적 지원을 해야 하는 부담감, 부양 서비스와 관련된 지식과 자원이 부족하여 환

자 보호와 관련된 복잡한 일들을 처리 못할 때 느끼는 죄책감이나 허탈감이 가족부양자의 건강과 삶의 질을 위협한다고 설명하였다. 많은 연구들에서 치매환자를 부양하는 것이 가족부양자의 삶의 질을 크게 떨어뜨리는 것으로 나타났다(Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). 그렇다면 급속하게 고령화 사회로 접어들고 있는 한국에서도 치매환자 부양자에 대한 적절한 중재가 없다면 더 심각한 사회문제로 발전할 것이다.

치매환자의 가족부양자들이 경제적인 문제를 포함해 다양한 부담으로 힘들어 하고, 그로 인해 건강을 해칠 가능성이 있다는 것은 선행연구들에서 이미 검증되었다(오은섭, 서경현, 2007; 이애숙, 김한곤, 2003; Epstein-Lubow, 2009). 치매환자의 가족부양자의 부담을 적절히 중재하지 못할 경우 또 다른 환자의 발생에 따른 이차적 피해를 사회는 감수해야 한다. 우선 가족부양자는 부담으로 인해 우울을 경험할 가능성이 매우 높다. 가족부양자가 우울증에 걸릴 확률은 일반인에 2~3배 되는 것으로 알려져 있으며, 치매환자의 가족부양자의 1/3이 주요우울증 증상을 보이고, 그들 중에 절반 이상이 만성적 우울로 고생하게 된다고 한다(Epstein-Lubow, 2009).

치매환자 가족부양자들은 급격한 퇴행성 질환으로 가족을 잃게 된다는 슬픔에 더해 환자의 문제 행동을 처리해야 하고 부양에 많은 시간을 투자해야 하며 본인의 건강 문제도 챙겨야 하는 위기상황에 처하게 되는 것이다. 그런데 미국과 비교하여 한국 치매환자 가족부양자의 정신건강 수준과 삶의 질이 더 좋지 않은 것으로 나타난 실증연구들이 있었다(김수영, 윤현숙, 김진선, Haley, 2003; Youn, Knight, Jeong & Benton, 1999). 따라서 고령화

사회로 가는 시점에서 한국의 치매환자 가족 부양자의 건강과 삶의 질에 대한 연구가 절실하다.

가족부양자는 신체질병에도 취약하여, 심할 경우 부양이 이유가 되어 사망할 가능성도 있다. 실제로 노인이 배우자를 부양할 경우 사망률이 63%정도 증가한다(Schulz & Beach, 1999). 부양할 사람이 있을 경우 건강행동을 실천하기 힘들어지기 때문일 수도 있고, 환자 가족을 부양하는 사람들은 휴식과 수면을 제대로 취하지 못하고, 운동을 잘 하지 않으며 의사의 처방도 덜 따르기 때문일 수도 있다(Epstein-Lubow, 2009). 최근 한 메타분석 연구(Pinquant & Sorenson, 2007)에서는 가족부양자의 신체건강에 영향을 미치는 가장 중요한 요인이 부양자의 우울과 부양하는 환자의 문제행동인 것으로 밝혀졌다. 치매환자의 경우 다른 환자보다 문제행동을 더 많이 보이기 때문에 치매환자 가족부양자가 신체건강을 해칠 가능성이 다른 환자의 부양자보다 더 높을 수 있다. 그러나 치매환자 가족부양자들에 대한 연구들이 훨씬 이전부터 많았을 것 같지만 실상은 그렇지 않고(Dilworth-Anderson, William, & Gibson, 2002), 특히 신체건강과 관련해서는 더욱 그렇기 때문에 본 연구를 시도하게 되었다.

요약하면, 치매환자 가족의 건강수준과 삶의 질은 부양부담에 따라 달라질 수 있다(이강오, 2003). 그런데, Novak과 Guest(1989)는 치매환자를 부양하는 부담을 다섯 가지 차원, 즉 시간의존(time-dependent) 부담, 실존적(existential) 부담, 서비스 관련(service related) 부담, 정서적(emotional) 부담, 신체적(physical) 부담으로 구분하여 개념화하였다. 시간의존 부담이란 환자 보호로 인한 시간활용의 제약을 의미하고, 실존적 부담은 부양자가 인생에서

이루어야 할 과업이 환자를 부양함으로 인해 지연되거나 방해받게 되는 어려움이다. 서비스 관련 부담은 치매 환자를 부양하는 방법이나 부양역할 분담 때문에 겪는 갈등 등과 관련된 어려움이고, 수면부족이나 피로감 등 건강상의 문제는 신체적 부담을 의미한다. 부양 환자 때문에 생기는 부정적인 감정을 정서적 부담이라고 할 수 있다. 이들은 부양 부담을 다차원적으로 구분하였는데, 본 연구도 이 다섯 가지 차원을 중심으로 탐색하려고 하였다.

지난 20여 년간 많은 연구자들이 치매환자의 가족 부양자의 스트레스와 관련된 치매환자의 특성들을 탐색하고 검증하였다(김윤정, 최혜경, 1993; George & Gwytheer, 1986; Stephens, Kinney, & Ogrocki, 1991). 지금까지 연구들을 종합해 보면 부양자의 성별(이혜정, 김영숙, 김기련, 김주성, 서지민, 2003; Haley, LaMonde, Han, Burton, & Schonweter, 2003), 연령(Strawbridge & Wallhagen, 1991), 가족관계(권중돈, 1992; Motenko, 1988), 유병기간(Penning, 1995), 치매환자의 성별(Ingersoll-Dayton, Starrels, & Dowler, 1996) 및 연령(Covinsky et al., 2003), 치매환자의 인지장애 및 문제행동(최혜경, 김윤정, 1997; Cattanaach & Tebes, 1991) 등이 치매환자 부양자의 삶의 질에 영향을 주는 변인으로 검증되었다. 그렇다면 치매환자 부양자들의 부담을 중재할 수 있는 요인으로는 무엇이 있을까?

선행연구들에서 치매환자 가족부양자의 삶의 질이 좋지 않고, 그것이 고령화 사회에서 사회문제가 된다는 것을 시사하고 있기 때문에, 사회적 차원에서의 접근이 필요하다고 본다. 치매환자의 가족부양자가 부양부담을 혼자 감당하기란 쉽지 않기에 외부로부터의 지원이 필요하다. 사회지원은 개인의 건강은 물

론 전반적인 삶의 질에 대해 결정적인 역할을 하는 것으로 이미 알려져 있는데(김의철, 홍천수, 이정권, 박영신, 2005; Hobfoll & Vaux, 1998), 자신의 환경을 통제하기 힘들어 하는 사람에게는 더욱 그렇다. 스트레스와 질병 간의 관계에서 사회지원의 역할에 관심을 가진 연구자들은 완충작용을 할 수도 있다고 생각해 왔다(Gilliand & Bush, 2001). Ward-Griffin과 McKeever(2000)는 탈진을 일으키는 환경에서 부양자가 정신건강은 물론 신체건강을 유지하는데 사회지원이 도움이 될 수 있을 것이라고 설명한다.

임상에서는 이미 사회지원을 가족부양자의 스트레스를 중재하는 방식으로 혹은 중재 프로그램의 한 구성요소로 통합시키기도 한다. 예를 들어, 가족상담과 지지집단을 구성해 주는 중재가 가족부양자의 스트레스 수준을 감소시키고(Whitlatch, Zarit, & Von Eve, 1991), 사회지원을 추구하는 것이 포함된 문제중심 개입(Almberg, Grafstrom, & Winblad, 1997)이나 매 주 전화로 지지를 해 주는 것(Strawn, Hester, & Brown, 1998)이 부양자에게 도움이 된다는 것이 연구되었다. 그러나 치매환자 가족부양자들의 건강이나 삶의 질의 어떤 부분에서 사회지원이 중재를 하는지를 검증한 연구는 아직 없었다. 단지 신경증 수준이 높은 사람들은 사회지원의 긍정적인 면을 낮게 평가하고 부정적인 면을 부각시켜 인식하는 경향이 있다는 것(Shurgot & Knight, 2005)과 스트레스 상황이 치매 부양자의 부정 정서를 증가시키지만 지각된 사회지원이 그런 부정적인 영향을 감소시키고 그런 관계에서 상황 통제감이 매개변인 역할을 하는 것(Atienza, Collins, & King, 2001) 등이 검증되었다.

한편, 사회지원은 세 차원으로 구분하여 평

가되어 왔다. 개인이 타인과 접촉하는 빈도를 측정하는 방법과 사회망의 구성원이 제공하는 정서적·도구적 지원의 양을 측정하는 방법이 있으며, 스트레스를 경험하는 개인이 타인으로부터 제공받는 지원의 양을 주관적으로 평가하게 하는 방법이 있다(Barrera, 1986). 타인과 접촉하는 빈도를 측정하는 방식은 단순히 사회망을 측정하는 것인데, 제공되는 정서적·도구적 지원의 양을 측정하는 것과 그 양에 관한 주관적 인식을 측정하는 것이 무엇보다도 개인의 건강을 예측하는데 유용하기 때문에 본 연구에서도 사회지원에 대한 주관적 평가를 변인으로 채택하였다. 본 연구에서는 건강을 신체건강과 정신건강을 분류하였는데, 보고된 신체증상과 주관적 건강상태인 건강지각을 신체건강으로 정의할 수 있고, 우울을 정신건강의 지표로 보았으며, 주관안녕이 삶의 질을 대표한다.

본 연구의 목적은 치매환자 가족부양자들의 부양부담과 그들에 대한 사회지원이 건강이나 삶의 질과 어떻게 관계하는지를 탐색하고, 부양부담과 가족부양자의 건강 및 삶의 질과의 관계에서 지각된 사회지원이 완충작용을 하는지를 검증한 후 그것을 선행연구들과 관련하여 고찰하는 것이다. 그런 목적을 위해 치매환자의 신체건강과 정신건강에 대한 가족부양자의 부양부담과 그들이 지각하는 사회지원의 주효과와 상호작용효과를 위계적 회귀분석으로 검증하였다. 또한 상관분석을 통해 치매환자의 문제행동을 포함해 다섯 가지 차원의 부양부담과 두 가지 차원의 사회지원의 관계도 탐색하였다. 이런 시도는 궁극적으로 치매환자 부양자의 건강과 삶의 질의 문제를 중재하는 정책이나 전략을 수립하는데 유용한 정보를 제공하기 위함이다.

방 법

연구 참여자 및 절차

본 연구는 서울, 경기, 충청 지역에 거주하고 있는 치매환자의 가족부양자 207명을 대상으로 하였다. 대상자 중에 181명(87.4%)이 여성이었으며, 평균 연령은 51.62($SD=9.25$)세였다. 연령대는 50대가 106명(51.2%)으로 가장 많았고 40대가 54명(26.1%)이었다. 참여자 중에는 치매노인의 며느리가 105명(50.7%)으로 가장 많았으며, 자녀가 68명(32.8%)이었고, 배우자는 21명(10.1%)이었다. 대상자의 학력 수준은 대졸이 82명(39.6%)로 가장 많았으며, 고졸 76명(36.7%), 중졸 34명(16.4%), 초고졸 13명(6.3%) 순이었고, 정규적인 교육을 받지 못한 사람도 2명(1.0%) 있었다. 평균 가계 월수입은 293.03만원이었고($SD=202.58$), 61.4%(127명)의 대상자가 가계 수입이 부족하다고 보고하였다.

참여자들이 부양하고 있는 치매환자 중에 64명(30.9%)이 남성이고 여성은 143명(69.3%)이었으며, 평균 연령은 78.00(8.23)세였다. 치매환자 중에 알츠하이머로 진단된 환자는 62명(30.0%), 혈관성 치매로 진단된 환자도 62명(30.0%)이었으며, 원인불명의 치매를 앓고 있는 환자 50명(24.2%), 파킨슨병성 치매, 알코올 중독성 치매 등과 같이 다른 유형의 치매로 분류되는 환자가 33명(15.9%)이었다. 참여자들이 부양하고 있는 환자들은 평균 4년 2개월($SD=40.27$ 개월) 정도 치매를 앓고 있었으며, 평균 부양기간은 약 3년 5개월($SD=33.46$ 개월)이었다.

서울, 경기, 충청 지역의 보건소, 주간단기 보호센터, 노인전문병원, 교회 등을 방문한 치매환자 주부양자들로부터 자료를 수집하였다.

자료를 수집하기 전 해당 기관 관계자들에게 본 연구에 관해 설명한 후 허가를 받고 설문을 수행하였다. 설문에 응답하기 전에 참여자들에게 연구의 내용을 충분히 설명하고, 개인 정보의 누출이 없을 것이라는 점을 알리고 참여에 동의를 구하였다. 설문은 편안한 분위기에서 연구자가 면접 방식을 통해 이루어졌고, 참여자들에게는 연구 참여를 언제든지 포기할 수 있다고 알렸다. 통계분석은 SPSS 15.0 for Windows에 의해 실행되었고, 주요 통계분석은 Pearson 적률상관분석, 위계적(hierarchical) 회귀분석 및 단순주효과 분석을 위한 변량분석이었다. 단순주효과 분석으로 위해 사회지원을 많이 받는 집단과 적게 받는 집단을 상위 1/3과 1/3로 나누었으며, 부양부담의 상/하위 집단은 중앙치 43으로 나누었다.

측정 도구

부양부담

치매노인 가족부양자의 부양부담은 Novak과 Guest(1989)의 다차원부양자부담설문지(Multidimensional Caregiver Burden Inventory)로 측정하였다. 이 척도는 시간의존(time-dependent) 부담, 실존적(existential) 부담, 서비스 관련(service related) 부담, 정서적(emotional) 부담, 신체적(physical) 부담을 측정하는데, 부양자의 차원별 부담 수준을 보다 구체적으로 측정할 수 있는 장점이 있다(Vitalino, 1991). 이 척도는 18문항을 5점으로 평정하도록 구성되었다. 본 연구에서의 내적일치도(Cronbach's α)는 각각 시간의존 부담 .84, 실존적 부담 .82, 서비스 관련 부담 .79, 정서적 부담 .73, 신체적 부담 .83이었고, 전체 부양부담은 .94였다.

치매노인 인지손상 및 문제행동

대상자들이 부양하고 있는 치매노인의 인지기능 손상과 그에 따른 문제행동은 권중돈(1995)이 치매노인의 부적응적 문제를 측정하기 위해 개발한 척도를 사용하여 측정하였다. 총 20문항으로 구성된 이 척도는 각 문항에 '전혀 그렇지 않다'에서 '매우 심하다'까지 5점으로 평정하게 되어있다. 점수가 높을수록 인지기능에 문제가 있고 그에 따라 행동문제를 더 보이는 것이다. 본 연구에서의 20문항의 내적일치도(Cronbach's α)는 .92로 매우 양호하였다.

신체증상

치매노인 가족부양자들이 느끼는 신체증상은 전경구의 신체증상 척도를 사용하여 측정하였다(류준범, 2000). 이 척도에서는 스트레스로 유발될 수 있는 대표적 증상이 두통(4문항), 불면증(4문항), 소화증상(8문항) 및 심장질환 증상(8문항)을 측정한다. 각 문항은 '전혀 없다', '약간 있다', '웬만큼 있다', '꽤 심하다', '아주 심하다'와 같이 5점 척도로 평정하게 되어 있다. 선행연구들에서 적정한 수준의 신뢰도와 타당도가 검증되었으며, 본 연구에서의 내적일치도 계수(Cronbach's α)는 각각 두통 .86, 불면증 .89, 소화증상 .90, 심장질환 증상이 .94이었다.

건강지각

주관적 건강 상태, 즉 치매노인 가족부양자 자신이 건강하다고 지각하는 수준은 한덕웅과 장은영(2003)의 척도를 사용하여 측정하였다. 각 문항에 동의하는 수준을 "매우 건강하지 않다(-3)"부터 "매우 건강하다(+3)"까지 7점 척도로 응답하게 되어 있다. 문항의 예로는 "당

신의 신체는 얼마나 건강합니까?", "당신은 신체건강이 좋아서 하루 일과 동안 피로를 느끼지 않고 보낼 수 있다고 생각하십니까?" 등이 있다. 이 척도의 개발에서는 문항분석을 통해 10문항이 6문항 1요인으로 추출되었고, 한 요인으로 전체 변량의 76.53%를 설명하였다. 본 연구에서의 내적일치도(Cronbach's α)는 .89이었다.

우울

정신건강 요인 중에 하나인 우울 수준을 측정하기 위해 Ronan, Kendall 및 Rowe(1994)이 개발한 자기진술 부정정서 질문지(Negative Affect Self-Statement Questionnaire: NASSQ)를 사용하였다. 이 척도는 우울에 대한 특정 자기진술과 불안에 대한 특정 자기진술, 전반적인 부정적 정서와 관련되는 자기진술을 측정하고 있다. 각 문항의 내용을 지난주에 얼마나 자주 경험했는가에 따라 1점에서 5점까지로 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 총 39문항을 이주영과 김지혜(2002)가 번안하여 사용한 우울을 측정하는 문항 중에 요인부하량이 높은 10문항을 사용하였다. 본 연구에서 10문항의 내적일치도(Cronbach's α)는 .90이었다.

주관안녕

또 다른 정신건강 지표인 주관안녕 혹은 행복감은 Cambell(1981)의 주관안녕 척도를 한덕웅과 표승연(2002)이 한국화한 척도를 사용하여 측정하였다. 이 척도는 7문항으로 구성되어 있는데, "현재 당신의 삶은 전체적으로 얼마나 행복합니까?" 등의 문항에 -3에서 +3까지 7점 척도로 응답하도록 되어 있다. 본 연구에서의 내적일치도(Cronbach's α)는 .93로 매우 양호하였다.

부양자 사회지원

치매노인 가족부양자에 대한 사회지원은 MOS(Medical Outcomes Study)에서 사용한 사회지원질문지(Social Support Survey: Sherbourne & Stewart, 1991)를 사용하였다. 이 척도는 사회지원의 양적이고 질적인 측면에서 부양자의 주관적 평가까지 고려하여 측정할 수 있다는 장점을 가지고 있으며, 사회지원의 유형을 도구적 지원과 정서적 지원으로 분류하여 측정하고 있다. 이 척도로 지원 제공자를 가족, 친족, 기타 중요한 타인으로 나누어 측정할 수도 있지만, 부양과 관련하여 타인이나 기관으로부터 받는 지원을 포괄적으로 측정하였다. 총 10문항으로 구성되어 있는 척도를 5점으로 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서의 총 문항의 내적일치도(Cronbach's α)는 .93이었으며, 도구적 지원과 정서적 지원은 각각 .86과 .89이었다.

결 과

치매환자의 인지손상/문제행동, 부양부담, 및 사회지원과 신체건강 및 정신건강 간의 관계

치매환자를 부양하는 가족부양자의 부양부담과 그들에게 주어진 사회지원이 신체건강과 정신건강에 어떻게 관계하고 있는지를 분석하였다(표 1 참고). 그에 앞서 치매환자의 인지손상과 문제행동이 부양부담과 그들의 건강과 어떤 관계가 있는지도 탐색하였다

치매환자의 인지손상과 문제행동은 부양부담과 정적 상관이 있었는데($r=.60, p<.001$), 모든 하위변인과 매우 높은 상관을 보였다. 또

한 치매환자의 인지손상과 문제행동은 부양자의 신체증상이나 우울과는 정적 상관이, 주관안녕과는 부적상관이 있었다. 하지만 건강지각과는 유의한 관계가 없었다. 건강지각이 개인의 주관적 개념이라는 것에 주목할 필요가 있다. 치매환자의 인지손상과 문제행동은 부양자에 대한 사회지원과 부적 상관을 보였는데($r=-.20, p<.01$), 특히 정서적 지원과 매우 유의한 관계가 있었다($r=-.48, p<.001$). 인지손상과 문제행동은 치매의 대표적인 증상이고, 특히 알츠하이머와 같은 치매의 경우 유병 기간이 매우 길기 때문에 유병 기간과 정서적 사회지원이 부적으로 관계하고 있기 때문일 수 있다.

치매환자의 부양부담의 모든 하위변인이 네 종류의 신체증상과 정적 상관이 있었다. 부양부담은 건강지각과는 부적 상관이 있었는데($r=-.14, p<.05$), 부양부담 중에 시간의존 부담과 실존적 부담만이 건강지각과 유의한 관계를 보였다. 부양부담은 부양자의 우울과 매우 밀접한 관계가 있었으며($r=.63, p<.001$), 주관안녕과도 유의한 부적 관계가 있음이 검증되었다($r=-.37, p<.001$).

치매환자 가족부양자에 대한 사회지원은 신체증상과는 관계가 없었지만, 건강지각과는 유의한 정적 상관이 있었다($r=.18, p<.05$). 사회지원이 실제 가족부양자의 신체증상에 영향을 주지는 않지만 자신의 건강을 긍정적으로 생각하게 하는 것 같다. 또한 사회지원은 가족부양자의 우울과는 부적 상관을, 주관안녕과는 정적상관을 보여, 부양자에 대한 사회지원은 그들의 삶의 질과 긍정적으로 관계하고 있었다.

표 1. 치매환자 인지손상/문제행동, 부양부담, 신체건강 및 정신건강 간의 상관행렬(N=207)

변인	인지손상 문제행동	시간 의존 부담	실존적 부담	서비스 관련 부담	정서적 부담	신체적 부담	부양 부담	정서적 지원	도구적 지원	사회 지원	M	SD
인지손상 문제행동		.53***	.49***	.54***	.56***	.45***	.60***	-.22**	-.16*	-.20**		
두통	.48***	.37***	.42***	.45***	.44***	.36***	.48***	-.08	-.03	-.06	6.79	3.90
불면증	.45***	.37***	.45***	.46***	.42***	.39***	.49***	-.11	-.06	-.09	7.10	3.90
심장증상	.43***	.39***	.46***	.46***	.46***	.33***	.50***	-.06	.00	-.03	10.71	8.11
소화증상	.49***	.39***	.47***	.48***	.48***	.38***	.51***	-.12	-.08	-.10	11.68	7.03
신체증상	.49***	.42***	.49***	.50***	.49***	.39***	.54***	-.10	-.05	-.07	36.27	21.24
건강지각	-.13	-.15*	-.15*	-.11	-.07	-.10	-.14*	.18**	.17*	.18**	10.85	4.90
우울	.51***	.49***	.60***	.57***	.53***	.47***	.63***	-.29***	-.22**	-.26***	11.51	7.70
주관안녕	-.29***	-.28***	-.41***	-.29***	-.28***	-.30***	-.37***	.35***	.34***	.36***	11.14	6.15
M	33.82	11.01	9.71	8.82	6.71	7.58	43.82	7.97	8.83	16.80		
SD	16.08	3.37	3.45	3.44	2.63	2.78	13.36	4.57	4.56	8.86		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

치매환자 부양부담과 가족부양자에 대한 사회 지원이 신체건강에 미치는 영향

치매환자 부양부담과 부양자의 건강 간의 관계를 명확히 하기 위해 부양자의 사회지원이 중재변인의 역할을 하고 있는지를 검증하였다. 그런 관계는 독립변인(A)이 종속변인(C)에 영향을 미치지만 중재변인(B)이 독립변인과 작용하여 종속변인의 변화량을 좌우하는 관계이다. 본 연구에서는 구체적으로, 치매환자 부양부담을 사회지원이 조절하면서 신체건강이나 정신건강의 상태를 좌우할 수 있을 것으로 가정하였다.

이를 위해 위계적 회귀분석으로 먼저 부양부담과 사회지원을 투입한 후에 이 둘 간의 교차 항을 투입하고 종속변인인 신체건강, 정

신건강과 주관안녕을 설명하는 변량의 차이를 검증하였다. 먼저 신체건강, 즉 신체증상과 주관적 건강상태를 종속변인으로 한 분석의 결과는 표 2에 제시되어 있다. 참고로, 사회지원의 두 하위변인인 도구적 지원과 정서적 지원이 다른 양상을 보이는지 전체 사회지원을 투입한 분석 외에도 도구적 지원과 정서적 지원을 나누어 투입하여 분석한 결과도 한 표에 제시하였다. 세 가지 분석을 한 표에 제시하였기 때문에 투입순서를 보고 이해할 필요가 있다.

표 2에서 보듯이 부양부담은 신체증상을 29.0% 예측하지만, 사회지원은 물론 부양부담과 사회지원의 교차 항도 신체증상을 유의하게 예측하지 못하고 있었다. 따라서 치매환자 부양부담과 신체증상에 대한 관계에 사회지원

표 2. 신체건강에 대한 위계적 회귀분석 결과(N=207)

준거변인: 신체증상					준거변인: 건강지각			
투입순서	예언변인	β	F	R ² 증가분	예언변인	β	F	R ² 증가분
1	부양부담(A)	.53***	83.70	.290	부양부담(A)	-.14*	3.90	.019
2	사회지원(B)	.10	43.41	.009	사회지원(B)	.15*	4.24	.021
3	A × B	-.18	29.31	.003	A × B	.81***	8.82	.075
2	도구적 지원(b1)	.12	44.20	.012	도구적 지원(b1)	.14	3.86	.017
3	A × b1	-.24	30.15	.006	A × b1	.90***	9.45	.087
2	정서적 지원(b2)	.07	42.59	.005	정서적 지원(b2)	.16*	4.35	.022
3	A × b2	-.12	28.50	.001	A × b2	.73***	7.86	.063

* $p < .05$, *** $p < .001$.

의 중재효과가 없다고 볼 수 있다. 이런 양상은 사회지원을 도구적 지원과 정서적 지원으로 나누어 분석해도 마찬가지였다. 그러나 주관적 건강상태인 건강지각의 경우, 치매환자 부양부담이 1.9%, 사회지원이 2.1% 정도 설명하고 있었지만, 부양부담과 사회지원의 상호작용이 7.5%정도 더 예측하는 것으로 나타났다. 치매환자 부양부담과 사회지원의 교차 항을 투입했을 때 R²증가분이 건강지각을 유의하게 설명하여($\beta = .81, p < .001$) 중재효과가 확인되었다. 사회지원을 도구적 지원과 정서적 지원으로 나누어 분석하였을 때도 유사한 양상을 보였다.

치매환자 부양부담과 건강지각 간의 관계에서 사회지원의 유의한 중재효과가 발견되어 단순주효과를 분석하였다. 대상자 중에 외부로부터 받는 사회지원 수준이 상위 33.3%인 가족 부양자들과 하위 33.3%인 부양자들로 나누어 단순주효과를 분석하였다. 부양부담의 상위와 하위 집단은 중앙치 43으로 나누었다. 분석결과, 사회지원이 적은 집단의 경우 부양부담이 많으면 건강지각 수준이 유의하게 낮

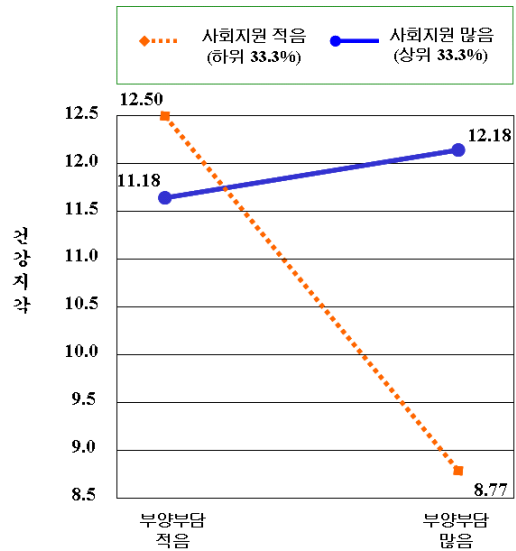


그림 1. 건강지각에 대한 부양부담과 사회지원의 상호작용

아지만($F(1,73) = 9.74, p < .01$), 사회지원을 많이 받는 경우는 그렇지 않았다($F(1,67) = .70, n.s.$). 이런 양상은 그림 1에 잘 나타나 있다.

치매환자 부양부담과 가족부양자에 대한 사회 지원이 정신건강과 삶의 질에 미치는 영향

표 3에는 치매환자 부양부담과 사회지원, 그리고 그 둘의 교차 항을 차례로 투입하여 정신건강을 예측하는 위계적 회귀분석 결과가 제시되어 있다. 치매환자 부양부담이 부양자의 우울을 39.5% 예측하였으나 사회지원은 그들의 우울을 유의하게 설명하지 못하였다. 우울에 대한 부양부담과 사회지원의 상호작용의 추가 설명량이 2.3% 정도 되었다. 즉, 치매환자 부양부담과 사회지원의 교차 항을 투입했을 때 R²증가분이 우울을 유의하게 설명하여 ($\beta = -.45, p < .01$) 중재효과가 있음이 검증되었다. 도구적 사회지원과 정서적 사회지원으로 나누어 분석을 해도 비슷한 양상을 보였다. 다만, 정서적 지원은 부양부담에 더해 우울을 유의하게 추가적으로 1.1%정도 예측하고 있었다 ($\beta = -.11, p < .05$).

한편, 부양부담은 치매환자 부양자의 주관 안녕을 13.4%까지 설명하며, 사회지원은 부양자의 주관안녕을 추가적으로 6.7%를 예측하

고, 부양부담과 사회지원의 상호작용도 주관 안녕을 4.6% 추가로 예측하였다. 즉, 부양부담과 사회지원의 교차 항을 투입했을 때 R²증가분이 주관안녕을 유의하게 설명하여 ($\beta = .63, p < .01$) 중재효과가 확인되었다. 그런 양상은 도구적 사회지원과 정서적 사회지원으로 나누어 분석을 해도 마찬가지였다. 이와 같은 결과는 사회지원을 통해 부양 스트레스에 의해 손상되기 쉬운 치매환자 부양자의 삶의 질을 중재할 수 있음을 시사한다.

우울과 주관안녕에서 부양부담에 대한 사회 지원의 유의한 중재효과가 발견되어 단순주효과도 분석하였다. 분석결과, 외부로부터 사회 지원을 적게 받는 집단 ($F(1,73) = 28.76, p < .001$) 과 많이 받는 집단 ($F(1,67) = 11.22, p < .01$) 모두 부양부담이 적을 때 보다 많을 때 우울을 유의하게 더 많이 경험하지만, 그림 2에 나타나 있듯이 사회지원을 적게 받는 집단에서 그런 양상이 더 확연하게 나타났다.

또한 주관안녕을 종속변인으로 한 단순주효과분석에서는 사회지원이 적은 집단의 경우 부양부담이 많으면 주관안녕 수준이 유의하게

표 3. 우울과 주관안녕에 대한 위계적 회귀분석 결과 (N=207)

투입순서	준거변인: 우울				준거변인: 주관안녕			
	예언변인	β	F	R ² 증가분	예언변인	β	F	R ² 증가분
1	부양부담(A)	.63***	133.81	.395	부양부담(A)	-.37***	31.83	.134
2	사회지원(B)	-.08	68.35	.006	사회지원(B)	.27***	25.62	.067
3	A × B	-.45**	49.83	.023	A × B	.63***	22.16	.046
2	도구적 지원(b1)	-.05	67.19	.002	도구적 지원(b1)	.26***	24.59	.060
3	A × b1	-.49**	49.59	.026	A × b1	.71***	22.27	.074
2	정서적 지원(b2)	-.11*	69.85	.011	정서적 지원(b2)	.27***	25.34	.065
3	A × b2	-.41**	50.26	.020	A × b2	.57**	21.14	.039

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

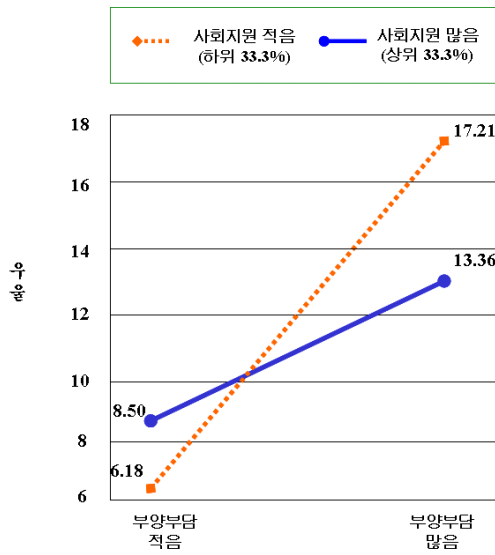


그림 2. 우울에 대한 부양부담과 사회지원의 상호작용

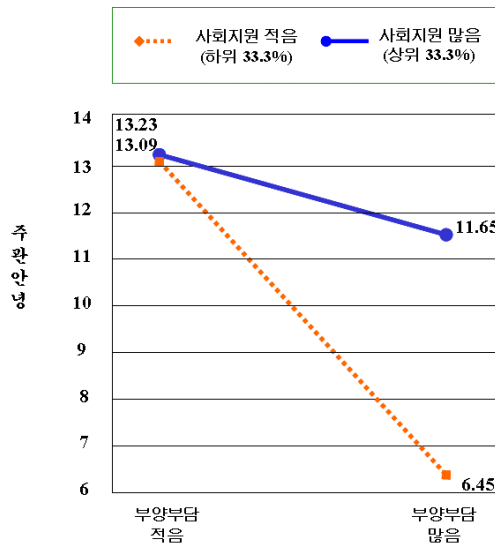


그림 3. 주관안녕에 대한 부양부담과 사회지원의 상호작용

낮은 반면에($F(1,73)=18.64, p<.001$), 사회지원을 많이 받는 집단의 경우는 부양부담에 따른 주관안녕의 차이가 나타나지 않았다($F(1,67)=1.27, n.s$). 이런 양상은 그림 3에서 확인할 수 있다.

논 의

65세 이상 노인의 5~10%가 치매 증상을 보이며, 85세 이상 노인의 경우 약 50%가 치매로 진단되는 것으로 추정되는 가운데(Sadock et al., 2000), 치매환자의 부양 문제는 급격하게 고령화 되는 한국에서 중요한 사회적 이슈가 아닐 수 없다. 그런 가운데 연구자들은 치매환자를 부양하는 가족부양자의 부양부담과 사회지원이 그들의 삶의 질과 어떻게 관계하는지를 탐색하였다. 특히, 치매환자 부양부담이 건강과 삶의 질에 미치는 영향에 사회지원이 완충작용을 할 것이라는 가정 하에 본 연구를 시도하였고, 의미 있는 결과를 얻었다.

주요 분석 결과를 논의하기에 앞서 대상자의 특성을 살펴보면, 치매환자의 70% 가량이 여성이고 부양자 중에 절반 이상이 며느리였다. 김수영 등(2004)의 연구에서도 치매환자의 비율은 여성이 84.7%로 높았으며, 부양자 중에는 며느리가 많았다. 며느리들이 치매환자를 부양한다는 것은 가족 중에 법으로(in law), 다시 말해 자녀의 결혼으로 인해 맺어진 가족이 부양의 책임을 맡고 있다는 것인데, 이것은 한국 문화의 특성과 관련이 있을 것이다. 그리고 부양자들이 대부분 여성이었는데, 총 229개의 연구를 바탕으로 한 Pinquart와 Sörensen(2006)의 메타분석 연구에서는 가족 부양자 중에 남성보다 여성이 더 부담을 느끼

고 높은 우울과 낮은 주관안녕 수준을 보였으며 신체건강도 좋지 않았다. 이런 결과와 관련하여 여러 연구들을 종합해보면 더 심각한 문제행동을 보이는 환자들을 여성이 부양하는 경향이 있어 개인적인 돌봄이 더 있어야 하고 부양에 따른 과업이나 시간을 더 요구하기 때문인 것 같다. 하지만 부양자에게 주어지는 사회지원에는 성차가 없었다는 점은 시사하는 바가 있다.

치매환자의 부양부담은 건강과 삶의 질에 치명적인 것으로 나타났다. 이는 선행연구들(오은섭, 서경현, 2007; 이애숙, 김한곤, 2003; Epstein-Lubow, 2009; Schulz et al., 1995)의 결과를 지지하는 것이다. Epstein-Lubow(2009)는 치매환자 가족부양자가 우울증에 걸릴 확률이 일반인보다 2~3배 정도 높다고 했는데, 치매환자를 부양하는 같은 처지에 있더라도 얼마나 부양부담을 많이 느끼지가 우울을 경험하는데 관건이었다. 우울과 상반된 개념이고 삶의 질의 중요한 척도인 주관안녕도 치매환자 부양부담과 밀접한 관계가 있었다. 이런 결과는 치매환자 부양부담을 감소시킬 수 있는 사회적 환경을 조성하고, 부양자 개인에게는 스트레스를 덜 받는 부양 서비스 방식이나 스트레스 대처방식을 습득하게 할 필요가 있다는 것을 말해준다.

치매환자 가족부양자들의 부양부담은 신체 증상과도 밀접한 관계가 있어 부양부담이 신체증상의 변량을 29%가량이나 설명하고 있었다. 이는 가족을 부양할 경우 사망률이 크게 증가한다는 Schulz와 Beach(1999)의 보고가 있었기 때문에, 병든 가족부양자가 부양부담을 더 느끼는 것이라기보다 부양부담이 신체건강을 위협하는 것으로 추론할 수 있다. 치매환자 부양자의 신체건강을 위협하는 주요 요인

이 자신의 우울과 환자의 문제행동으로 밝혀진 Pinquart와 Sorenson(2007)의 메타분석 연구로 미루어 볼 때, 신체건강이 부양부담으로 인한 정신적 문제를 매개로 하여 악화될 수도 있지만 부양 그 자체에 의해서일 수도 있다고 생각할 수 있다. 이런 경로를 추후 연구해 볼 필요가 있다.

한편, 신체건강 변인 중에 주관적 건강상태, 즉 건강지각에 대한 부양부담의 설명력은 크지 않았다. 그러나 이 관계에서 사회지원이 조절변인으로 작용하고 있었다. 부양부담이 커도 사회지원이 많으면 자신이 건강하다고 생각하는 것으로 나타났다. 역으로 부양부담은 큰데 사회지원까지 적을 때 자신이 건강하지 않다고 생각하는 경향이 강했다. 이는 부양부담을 많이 느끼는 사람들에게 사회지원이 심적으로나 육체적으로 얼마나 도움이 될 수 있는가를 보여주는 결과이다. 따라서 치매환자 부양자의 부담을 덜어줄 수 있는 지원이 가족 혹은 지역사회 차원에서 이루어져야 한다.

사회지원은 건강지각 외에도 정신건강 요인이 우울과 삶의 질의 요인인 주관안녕에서 중재효과를 보였다. 이는 사회지원이 치매환자 부양부담으로 인한 정신적 피해와 삶의 질에 대해 완충작용을 할 수 있음을 보인 것이다. 이전에도 사회지원 자체가 가족부양자의 삶의 만족과 정적인 관계가 있다는 것은 한국의 치매환자 가족부양자 연구에서도 보고되곤 하였다(김수영 외, 2004). 이런 연구결과들로 인해 사회지원이 삶의 변화나 스트레스 사건에 대한 해석과 그에 대한 정서적 반응을 조절하기 때문에 정신적으로나 신체적으로 건강을 유지하게 한다는 주장(Gilliand & Bush, 2001)이 설득력을 얻고 있다. 본 연구는 치매환자의 부

양자가 부양부담이 크더라도 적절히 사회지원을 해 준다면 크게 우울하지 않고 주관적 안녕 수준을 유지할 수 있다는 것을 시사한다.

한편, 본 연구에서 부양하는 환자의 인지적 손상이나 문제행동이 심각할수록 부양부담은 더 컸다. 이는 예상할 수 있는 결과이지만, 인지적 손상이나 문제행동이 심각할수록 부양자에 대한 사회지원은 더 적었다. 상관분석으로 인과관계를 결론지을 수는 없지만, 환자의 인지적 손상 및 문제행동과 부양부담이나 사회지원 간의 관계의 특성상 인과의 방향에 어느 정도 확신을 가질 수 있기 때문에 이런 문제는 치매환자 부양자를 중재하는데 중요한 정보를 제공한다. 부양부담이 더 큰 부양자들에게 사회적으로 덜 지원된다는 것은 아이러니가 아닐 수 없다. 이 결과와 관련하여 가능한 추론은 치매의 경우 유병기간이 길고 시간이 지남에 따라 점진적으로 증상이 심각해지기 때문에(Sadock et al., 2000), 주위의 관심이 덜해지는 것일 수 있다. 하지만 오랜 기간 동안의 부양부담으로 인해 신체적으로 정신적으로 매우 지쳐있거나 이미 건강상으로 문제를 가지게 된 부양자들에게 더 많은 사회지원이 있어야 하겠다.

그러나 정부기관으로부터의 공식적인 지원은 치매환자 가족부양자의 스트레스 경감에 큰 도움이 안 된다는 보고가 있다(O'Rourke & Tuokko, 2000). 심지어 그런 공식적 지원이 가족부양자의 스트레스를 경감시키는 것이 아니라 더 증가시킨다는 주장도 있다(Ducharme et al., 2007). 또한 본 연구에서처럼 치매환자의 주부양자가 여성인 경우가 많은데, 여성 부양자는 남성 부양자보다 지원을 덜 추구하고 사적인 지원보다 공식적 지원을 더 추구한다는 것(Yee & Schulz, 2000)이 부양부담의 부정적인

영향에 대해 취약하게 할 수 있다. 남성 부양자가 사회지원을 더 추구하는 것은 부양에 따른 과업이 낮설거나 불편하기 때문일 수 있다(Stoller, 1990). 인지행동치료 중에 단기치료로 그 유용성에서 큰 관심을 받고 있는 해결책중심치료에서는 타인으로부터 도움을 받으려고 지원을 추구하는 것은 문제 상황을 해결하는데 매우 중요한 전략으로 여기고 있다(De Jong & Berg, 2002). 따라서 치매환자의 여성 가족부양자들에게 사회지원 추구, 특히 사적인 사회지원을 추구하도록 교육할 필요가 있다.

부양자가 사회지원을 받는 수준은 부양하는 환자의 상태와 상관이 있다는 보고가 있다(Pearlin, Aneshensel, Mullan, & Whitlatch, 1995). 앞서 논의한 것처럼 본 연구에서는 환자의 인지장애나 문제행동 수준과 사회지원이 부적상관을 보였다. 이는 환자의 상태가 더 좋지 않을 때 외부로부터 지원을 덜 받고 있거나 덜 추구하고 있다고 생각하는 것이다. 환자의 유병기간이 길어지면서 주위의 관심이 무뎌져 사회지원의 양이 줄어들었을 수도 있지만, 실제로 사회지원이 양과 질에 변화가 없거나 증가했음에도 환자의 문제가 심각해지면서 부양의 부담이 늘어 부양자가 사회지원을 덜 받고 있다고 지각하고 있는지도 모른다. 따라서 실제의 사회지원과 지각된 사회지원의 차이를 염두 해 둘 필요가 있으며, 연구 결과를 해석함에 있어서 감안하여야 할 사안이다.

더 구체적으로 논의하면 개념적으로 지각된 사회지원이 실제로 받은 사회지원과는 거리가 있다는 지적이 있다(Thoits, 1995). 지각된 사회지원은 필요할 때 타인으로부터 지원을 받을 수 있거나 안전하게 다른 사람과 연결이 되어 있다는 꽤 안정된 인지적 평가를 의미한다(Cohen & Wills, 1985). 지각된 사회지원과는 달

리 받은 사회지원은 실제적 조달된 지원이나 대인관계에서 긍정적인 사회적 교류와 관계된 행동이라고 할 수 있다. 실제 받은 사회지원의 경우 스트레스에 대한 완충작용이 없을 수 있기 때문에(Thoits, 1995), 추후 연구에서는 이 두 가지의 작용을 비교해 볼 필요가 있다.

한편, 치매노인의 부양부담은 건강이나 삶의 질 요인들 중에 건강지각이나 주관안녕 같은 긍정적 차원보다는 신체증상이나 우울 같은 부정적 차원을 더 많이 설명하고 있었다. 이는 치매환자를 부양하는 생활이 삶의 긍정적 차원을 미처 경험하지 못하여 그 분산이 크지 않기 때문일 수 있다. 실제적으로 그 차이가 크지는 않았지만 신체증상이나 우울보다 건강지각이나 주관안녕의 변량이 상대적으로 다소 적었다. 치매환자 부양부담이 가족부양자의 신체증상의 30%, 우울의 40% 가량을 설명한다는 것은 치매환자 가족부양자들이 질병에 크게 노출되어 있다는 것을 재확인하는 것이다.

서론에서도 강조하였지만 치매환자 가족부양자들의 정신건강과 삶의 질 향상을 위해서는 임상적 차원은 물론 사회적 차원에서 개입할 필요가 있다. 서양의 경우 이미 그런 시도가 이루어지고 있다. 어떤 중재보다도 전화로 지원하는 것이 노인환자의 가족부양자에게 효과적인 것으로 검증되기도 했다(Smith & Toseland, 2006). 그런 지원이 프로그램화 되어 정서중심과 문제중심 대처전략을 지원해 줄 경우 특히 효과적이었다. 필요한 지원을 하여 치매환자 가족부양자, 특히 부양하는 배우자의 스트레스를 줄여 삶의 질을 높이는 방법으로 지역사회 주간보호 프로그램을 추천하기도 한다. 치매환자를 부양하는 가족의 경우 부양 서비스와 관련하여 스트레스를 많이 받기 때

문에 그런 프로그램에서 치매환자 보호 혹은 부양과 관련된 서비스 기술을 습득할 수 있고, 같은 처지에 있는 가족부양자들과 교류함으로써 정서적 지원을 받을 수 있다는 것이 그들의 부담과 그에 따른 부정적 결과를 완화시킬 수 있으리라고 본다(Sussman, & Regehr, 2009). 한국에서도 치매환자의 가족부양자에 대한 연구와 그것을 바탕으로 부양부담을 줄여 줄 수 있는 정책과 중재프로그램의 개발이 시급하다.

참고문헌

- 권중돈 (1992). 치매노인의 현황과 과제. 서울: 한국노인문제연구소.
- 권중돈 (1995). 한국치매가족연구: 부양부담 사정 도구 및 결정모형 개발. 서울: 홍익제.
- 김수영, 김진선, 윤현숙 (2004). 치매노인을 돌보는 가족부양자의 우울과 삶의 만족 예측요인. *한국노년학*, 24, 111-128.
- 김윤정, 최혜경 (1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향. *한국노년학*, 13, 63-83.
- 김의철, 홍천수, 이정권, 박영신 (2005). 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인에 대한 분석: 자기효능감, 사회적 지원 및 질병관리를 중심으로. *한국심리학회: 사회문제*, 11, 143-181.
- 류준범 (2000). 분노의 다차원적 특성과 신체 건강간의 관계. 대구대학교 석사학위논문.
- 서경현 (2006). 고령화 사회에서 한국인의 건강과 삶의 질. *한국심리학회지: 사회문제*, 12, 133-147.
- 오은섭, 서경현 (2007). 치매환자 부양 스트레

- 스와 스트레스 반응 및 신체건강. 대한임상건강증진학회지, 7, 253-260.
- 이강오 (2003). 치매환자가족의 삶의 질과 영향요인에 관한 연구. 정신간호학회지, 12, 15-26.
- 이애숙, 김한곤 (2003). 치매노인 부양자의 부양부담 실태 및 부양부담에 영향을 미치는 요인. 보건과 사회과학 13, 29-60.
- 이주영, 김지혜 (2002). 아동·청소년의 우울 및 불안과 관련된 부정적 자기진술: 한국판 부정적 자기진술 질문지(Negative Affect Self - Statement Questionnaire)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 21, 871-889.
- 이해정, 김영숙, 김기련, 김주성, 서지민 (2003). 치매노인을 돌보는 가족간호제공자의 우울 예측 요인. 대한간호학회지, 33, 936-944.
- 최혜경, 김윤정 (1997). 한국 치매노인 부양상황에서의 스트레스 과정. 한국노년학, 17, 35-50.
- 통계청 (2005). 장애인구추계결과. 통계청.
- 한덕웅, 장은영 (2003). 사회비교 동기와 강요된 사회비교가 주관안녕과 건강지각에 미치는 영향. 한국심리학회지: 건강, 8, 619-644.
- 한덕웅, 표승연 (2002). 정서 경험에 따른 주관안녕, 건강지각 및 신체질병 예측. 한국심리학회지: 건강, 7, 403-427.
- Almberg, G., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 683-691.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Atienza, A. A., Collins, R., & King, A. C. (2001). The mediating effects of situational control on social support and mood following a stress: A prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *The Journals of Gerontology*, 56B, S129-S139.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concept, measure, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont: Wordsworth.
- Cambell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Cattanach, L., & Tebes, J. K. (1991). The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychological functioning. *The Gerontologist*, 31, 246-255.
- Cohen, W., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General and Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2002). *Interviewing for solutions*, 2nd Ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Dilworth-Anderson, P., William, I., & Gibson, B. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture

- in caregiving research: A 20-year review (1980-2000). *The Gerontologist*, 42, 237-272.
- Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., Gangbe, M., Zarit, S. H., Vezina, J., & Caron, C. D. (2007). Older husbands as caregivers. Factors associated with health and the intention to end caregiving. *Research on Aging*, 29, 3-31.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Epstein-Lubow, G. (2009). Family caregiver health: What to do when a spouse or child needs help. *Geriatrics for the Practicing Physician*, 92, 106-107.
- Furlini, L. (2001). The parent they knew and the "new" parent: Daughters' perception of dementia of the Alzheimer's type. *Home Health Care Services Quarterly*, 20, 21-38.
- George, K., & Gwytheer, P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of caregivers of demented adults. *The Gerontologist* 26, 253-259.
- Gilliland, M. P., & Bush, H. A. (2001). Social support for family caregivers: Toward a situation-specific theory. *Journal of Theory, Construction, and Testing*, 5, 53-62.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 215-224.
- Hobfoll, S., & Vaux, A. (1993). Social support: Resources and context. In L. Goldberger & S. Breznitz. (Eds.), *Handbook stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press. 685-705.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E., & Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? *The Gerontologist*, 36, 483-491.
- Motenko, A. K. (1988). Respite care and pride in caregiving: The experience of six older men caring for their disabled wives. In S. Reinharz & G. Rowles (Ed.), *Qualitative Gerontology* (pp. 104-127). New York: Springer.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist* 29, 798-803.
- O'Rourke, N., & Tuokko, H. (2000). Preserving personhood: (Re)membering the spouse with dementia. *Family Relations*, 51, 55-62.
- OECD (2003). OECD Health Data, 3rd Ed. Paris.
- Pearlin, L. I., Aneshensel, C. S., Mullan, J. T., & Whitlatch, C. J. (1995). Caregiving and its social support. In L. K. George & R. H. Binstock (Ed.). *Handbook on aging and the social sciences* (pp.283-302). New York: Academic Press.
- Penning, M. J. (1995). Cognitive impairment, caregiver burden, and the utilization of home health services. *Journal of Aging and Health*, 7, 233-253.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology*, 61B, 33-45.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2007). Correlates of

- physical health of in formal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Science and Social Science*, 62B, 126-137.
- Ronan, K. R., Kendall, P. C., & Rowe, M. (1994). Negative affectivity in Children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 509-529.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Ed.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Sherbourne, C., & Steward, A. (1991). The medical outcomes study social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Shurgot, G R., & Knight, B. G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: Pilot test of the Transactional Stress and Social Support Model. *The Journals of Gerontology*, 60B, 331-334.
- Smith T. L., & Toseland, R. W. (2006). The effectiveness of a telephone support program for caregivers of frail older adults. *The Gerontologist*, 46, 620-629.
- Stephens, M. A. P., Kinney, J. M., & Ogrocki, P. K. (1991). Stressors and Well-Being among Caregivers to Elder Adults with Dementia: The In-Home Nursing home Experience. *The Gerontologist*, 31, 217-223.
- Stoller, E. P. (1990). Males as helpers: The role of sons, relatives, and friends. *The Gerontologist*, 30, 228-235.
- Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31, 770-777.
- Strawn, B., Hester, S., & Brown, W. (1998). Telecare: A social support intervention for family caregivers of dementia victims. *Clinical Gerontologist*, 18, 66-69.
- Sussman, T., & Regehr, C. (2009). The influence of community-based services on the burden of spouses caring for their partners with dementia. *Health and Social Work*, 31, 29-39.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 53-79.
- Vitaliano, P. P., Heather, M. Y., & Russo J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31, 67-75.
- Ward-Griffin, C., & McKeever, P. (2000). Relationships between nurses and family caregivers: Partners in Care? *Advances in Nursing Science*, 22, 89-103.
- Whitlatch, C., Zarit, S., & Von Eve, A. (1991). Efficacy of interventions with caregivers: A reanalysis. *The Gerontologist*, 31, 9-14.
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The*

Gerontologist, 40, 147-164.
Youn, G., Knight, B. G., Jeong, H. S., & Benton,
D. (1999). Differences in familism values and
caregiving outcomes among Korean, Korean
American, and White American dementia
caregivers. *Psychology of Aging*, 14, 355-364.

논문투고일 : 2009. 04. 10

1 차 심사일 : 2009. 05. 06

2 차 심사일 : 2009. 06. 24

게재확정일 : 2009. 07. 20

The Moderate Effect of Social Support on Family Caregivers' Burdens and Health and Quality of Life with Demented Patients

Kyung-Hyun Suh

Kyung-Im Chun

Sahmyook University

As quickly becoming an ageing society in Korea, this study aims to investigate how family caregivers' burden with demented patients and social supports are related to their health and quality of life, and the interaction of caregiving burden and social supports on caregivers' health and quality of life. The participants were 207 family caregivers (106 females) of demented patients lived in Seoul, Kyunggi, and Chungcheong areas, whose average of age were 51.62 ($SD=9.25$). The psychological tests used in this research included the following: Multidimensional Caregiver Burden Inventory, Chon's Physical Symptom Questionnaire, Hahn & Jang's Perceived Health Inventory, Negative Affect Self-Statement Questionnaire, and the Korean Version of Cambell's Subjective Well-being Scale, Social Support Survey in Medical Outcomes Study, and Kwon's Questionnaire for Maladjusted Problems of Demented. Results indicated that caregivers' burden with demented patient related to physical symptoms and depression positively, and perceived health and subjective well-being negatively. Social supports showed moderate effects on influences of caregiving burden in perceived health, depression, and subjective well-being of family caregivers with demented patients. It was identified the possibility of their buffering effect on negative results of caregiving burden with demented patients. Since caregiving burden accounted for the 34% of the variances for family caregivers' physical symptoms and depression, researchers discussed the promotion and intervention of their health and quality of life. Beside of different effects of social supports with level of caregiving burden, with previous studies it was discussed some saliant findings such as family caregivers with patients who showed severe dementia symptoms were perceiving even less supports from others.

Key words : dementia, family caregivers, physical health, mental health, quality of life