Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society
Vol. 13, No. 11 pp. 5218-5228, 2012

http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.11.5218

사회 연결망 유형과 치매노인의 삶의 질

배윤조[1*]
[1]경북대학교 보건학과

Social Network Type and Quality of Life of Elderly People with Dementia

Yun-Jo Bae[1*]
[1]**Department of Public Health, Kyungpook National University**

요 약 본 연구의 목적은 치매노인들의 사회 연결망 유형을 분류한 후, 유형과 삶의 질과의 관계를 파악하는 것이다. 이는 사회 연결망이 치매노인의 삶의 질에 미치는 영향을 규명하기 위함이다. 조사대상은 대구광역시 동구보건소에 등록된 경증 치매노인 중 본 연구에 동의한 222명으로 하였으며, 조사는 7월 17일부터 8월 31일까지 구조화된 설문지를 활용하여 면접조사를 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS 18.0을 이용하여, 기술통계와 일원배치분산분석, 회귀분석, 계층적 군집분석을 하였다. 치매노인의 사회 연결망 유형은 세 가지, 비활동고립형, 활동자립형, 비활동의존형으로 분류되었으며, 유형별 응답자들의 삶의 질 차이는 통계적으로 유의하게 달랐다. 분석 결과, 활동자립형 연결망이 삶의 질이 가장 높았고, 비활동고립형이 가장 낮았다. 결론적으로, 사회 연결망 유형의 분류는 치매노인의 대인관계 환경을 숙고하게 된다. 현재의 분석상 나타난 것처럼 치매노인의 삶의 질에 미친 효과는 타당한 하나의 실례로 여겨진다. 치매노인을 위한 서비스 프로그램은 사회 연결망 유형을 토대로 다르게 제공되어야 함을 시사한다.

Abstract The aim of this study is to classify the social network types among elderly people with dementia, and to examine the relationship of network type to quality of life. This is to identify influence of social network on quality of life of elderly people with dementia. And the study seeks to identify the differences of quality of life among types of social network. The data of 222 elderly people used in this study were collected from the health center and elderly people with dementia living in the community. The interview was conducted from July 17 to August 31 in 2012 using a structured questionnaire. Descriptive statistics, one way ANOVA, multiple regression analysis and also cluster analysis with the SPSS 18.0 program were used to analyze the data. As a results, three network types were classified.:(1) inactive isolated, (2) active independent (3) inactive dependent networks. Respondents in the different network type are found to have different degrees of quality of life. Respondents inactive independent network is reported to have the highest quality of life, while those with inactive isolated network are the lowest. The results of the study suggest that the classification of network types allows consideration of the interpersonal environments of elderly people with dementia. The relative effects on quality of life for elderly people with dementia, evident in the current analysis, are the case in point. Therefore Social service programs should focus on different groups based on social network type.

Key Words : Social network typology, Elderly people with dementia, Quality of life, Social support

1. 서론

사회경제 수준의 향상과 의학기술의 진보는 건강에 대한 관심을 증대시켰고, 평균수명 연장으로 고령화 사회로 진입하게 되었다. 인구의 노령화로 치매노인 인구도 증가되어 우리나라 65세 이상의 노인에게서 치매 유병율은

*Corresponding Author: Yun-Jo Bae
Tel: +82-53-320-1066 email: yunjoshin@hanmail.net
접수일 12년 10월 22일 수정일 12년 11월 07일 게재확정일 12년 11월 08일

2008년에 42만명이 넘는 8.4%이며 2012년에는 9.1%에 달하는 52만명이 넘고, 2030년에는 100만명이 넘을 것으로 전망된다[1]. 이에 치매질환은 개인이나 가족을 넘어 사회적 문제가 되어, 체계적으로 관리해야 함을 공감하게 된 것이다.

대부분의 노인들은 치매질환에 대해 막연한 공포심은 갖는 반면, 대처하는 방안에는 소홀하다고 할 수 있다. 통상적으로 일단 치매에 걸리면 이미 진전된 단계의 중증으로 판단하여 치매 퇴치의 추가적 노력을 포기하기 때문이다. 왜냐하면 치매는 노화과정에서 후천적으로 서서히 진행되는 뇌질환으로, 기억 능력의 감퇴 등 인지장애, 정신증상, 행동장애, 성격변화 등의 증상을 보여 치료가 제한적이고 일단 발병을 하면 악화되는 경향이 있기 때문이다[2]. 이렇듯 치매노인은 질병이 진행되어감에 따라 인지기능, 일상생활활동, 자존감, 행동심리증상에 대해 스스로 감당할 수 없게 되며, 대인관계에 어려움을 갖는다. 반면 경증치매는 사회생활이나 직업상의 능력이 비록 상실되더라도 아직 독립적인 생활을 영위할 수 있고 적절할 개인위생을 유지하며 비교적 온전한 판단력을 보유하고 있는 상태이다[3].

지금까지 축척된 많은 연구에서 사회 연결망이 건강에 영향을 미친다는 결론을 볼 때 치매노인에게 사회 연결망의 중요성이 보다 더 강조된다. 따라서 사회 연결망을 통한 사회적 지지로 치매상태의 악화를 완화시키고 독립적으로 살 수 있는 기간을 증가시킬 수 있다.

치매노인의 선행연구에서 치매노인의 삶의 질과 그 관련요인을 파악하는 것은[4] 치매노인의 중요한 치료목표가 주관적인 삶의 질을 유지, 증진시키는 것으로 인식되기[5] 때문이다. Lawton[6]은 삶의 질 개념을 설명하면서 행동 및 환경 등의 객관적 영역뿐만 아니라, 지각된 삶의 질과 심리적 안녕감 등의 주관적 영역의 중요성에 대해서 강조하였다. 이를 측정하기 위해서 인지 능력의 저하가 있는 치매노인들도 스스로 주관적인 내적 상태에 대해 표현하는데 큰 어려움이 없다는 보고가 있다[7]. 그리하여 기억능력의 감퇴 등 인지기능 저하에 대한 치료는 한계가 있으나, 인지능력의 개선뿐만 아니라 주관적인 삶의 만족도를 향상시키는데 초점을 맞추어, 치매노인의 삶의 질 척도'를 개발[8]한 상태이다.

우리나라는 전통적으로 가족이 노인을 위한 사회적 지원체계였으나, 그 기능을 점점 상실해감에 따라 노인의 안녕은 위협받고 있다. 게다가 아직도 사회보장제도가 미비한 상황이므로 대부분의 노인들은 도구적, 정서적지지 등을 전적으로 가족에 의존하고 있다[9-10]. 특히 치매노인은 인지기능이 떨어지기 때문에 일반 노인보다 사회적 지지가 더 필요하게 된다. 대개 치매노인들은 배우자나 자녀로부터 도움을 받으며 주로 도구적, 정서적 지지뿐만 아니라, 다양한 정보와 격려 등으로 정보적, 평가적 지지를 필요로 한다.

이처럼 사회적 지지를 제공해줄 수 있는 사회 연결망은 치매노인들에게 매우 중요하며, 사회 연결망인 가족, 친척, 친구, 이웃 및 공적 제공자 등과 지속적인 상호관계를 가지는 것은 필요를 충족할 뿐만 아니라 치매간호에 적절한 대처를 하도록 도움을 줄 수 있다. 국외에서는 노인의 건강과 안녕에 있어서 사회 연결망이 관련이 있다[11-12]는 연구를 활발히 진행해오고 있는데 비해, 국내에서는 치매노인의 사회 연결망과 관련된 건강, 삶의 질에 대한 연구가 거의 없는 실정이다. 또한 사회 연결망 유형을 분류하여 노인의 건강, 삶의 질을 파악하는 연구에서, 측정 변수와 분석방법이 차이가 있어 비교하기가 어렵다.

선행연구에서 사회 연결망 유형을 분류하는 방법은 서로 알고 지내는 정도의 밀도에 따라 연결망을 분류하거나[13], 사회적 관계의 범주를 친족, 친구, 이웃 등으로 구성형태에 따라, 최근에는 사회 연결망의 특성을 설명하는 다양한 변수들을 이용하여 유형을 분류 하였다[14]. 이를 감안하여 본 연구에서는 이러한 변수 중 치매노인의 특성에 적합한 변수로 통계 검증하여 치매노인의 사회 연결망 유형을 살펴보고자 시도한다. 이에 치매노인의 건강과 삶의 질을 설명할 수 있는 구조적이고 상호작용적인 사회 연결망의 특성을 확인하고, 사회 연결망 유형을 분류하여, 삶의 질에 유의한 유형을 파악하고 유형간에 어떠한 차이를 보이는지 검증하고자 한다. 그리하여 치매노인을 위한 정책 및 서비스 프로그램 을 모색하는데 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 용어의 정의

2.1 경증치매노인

WHO[15]에 의하면, 치매는 뇌의 질환으로 인해 생기는 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며, 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 뇌피질 기능의 다발성 장애이다. 대한노인정신의학회에 의하면, 본 연구에서는 경증치매는 GDS(Global Deterioration Scale) 5단계나 CDR(Clinical Dementia Rating) 1점으로 나타난 상태로 K-MMSE 11-23점과 동일한 상태를 의미한다.

2.2 삶의 질(quality of life)

삶의 질이란 개인을 둘러싼 객관적인 조건뿐 아니라,

개인이 경험하는 주관적인 느낌 즉 행복감, 안녕, 만족감, 좌절감, 실망감을 동등하게 강조하는 개념이다[16]. 본 연구에서는 이형석 등이 개발한 '치매노인 삶의 질 척도'의 도구로 측정한 점수를 말한다.

3. 연구 방법

3.1 연구 대상

본 연구는 대구시 동구지역의 60세 이상의 재가 경증 치매노인 즉 2010년 6월부터 2012년 5월까지 보건소에 등록된 GDS(Global Deterioration Scale) 5단계이하, 또는 CDR(Clinical Dementia Rating) 1점 이하의 결과가 명시된 분으로 본 연구의 대상자 선정기준에 적합한 약400명을 대상으로 선정하였다. 설문조사는 치매노인 가구를 직접 방문하여 일대일 면접조사를 실시하는 방식으로 이루어졌다. 치매노인들의 인지 기능상 제한점을 고려하여 일부는 주간호자에게 설문할 수 있으며, 설문 중 ★(사회적 지지, 우울, 삶의 질)는 꼭 치매노인에게 설문하였다.

본 논문에서는 치매노인의 사회 연결망이 삶의 질에 미치는 영향을 규명하고자 하므로 질병이 진행되어 의사소통이 불가한 분과 요양원으로 거주지를 이동하신 분은 배제하였으며, 본 연구의 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

첫째, 만 60세 이상의 재가 치매노인
둘째, 치매관리법에 의해 치매로 진단받아 보건소에 등록된 자
셋째, 의사소통이 가능한 자
넷째, 연구목적을 이해하고 조사에 동의한 자

3.2 연구 설계

본 연구는 치매노인의 삶의 질에 영향을 미치는 사회 연결망 유형을 분류하고 사회 연결망이 삶의 질에 미치는 영향을 분석하기 위한 횡단적 조사연구이다.

3.3. 연구 도구

3.3.1 삶의 질(Quality of life)

본 연구에서는 이형석 등이 개발한 치매노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life scale-Dementia: GQOL-D)를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 치매노인들의 독특한 삶의 질 영역과 인지 기능상 제한점을 고려하여 개발한 신체, 심리적 건강, 독립성의 수준, 사회관계, 환경 및 종교 등을 측정하는 13개 문항과 전반적인 건강 및 전반적 삶의 만족도를 측정하는 각 1개의 문항 등 총 15개 문항으로 구성되어 있으며 4점 Likert 척도이다. 치매노인의 만족 정도를 보고하는 데 어려움이 없도록 하기 위하여 척도에 대한 언어적 지시(1=만족하지 않는다, 2=보통이다, 3=만족한다, 4=아주 만족한다)를 조사자가 반복하여 읽어 주도록 하였다. 총점이 높을수록 삶의 질은 높은 것으로 평가하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .901이었다.

3.3.2 사회 연결망(Social network)

본 연구에서는 Chun[17]이 사용한 자아 중심적 연결망(ego-centric network) 측정도구를 치매노인에게 맞추어 사용하였다.

Mitchell[18]은 사회 연결망의 특성을 형태적 특성과 상호작용적 특성으로 구분한 형태적 특성이란 곧 구조적 특성으로 사회 연결망 내 연계들의 상호관계나 조직형태를 말하며 상호작용적 특성은 연계 그 자체의 성격이다. 구조적 특성을 크기, 구성, 밀도, 동질성 범위로, 상호작용적 특성은 접촉빈도, 지리적 근접성, 지속성 방향성으로 측정하였다. 조사는 응답자들이 지난 1년 사이에 '중요한 문제들'에 관하여 의논한 사람들의 이름을 5명까지 말하도록 하였고, 언급된 차례로 응답한 수만큼의 정보가 수집되었다. 본 연구에서 신뢰도는 전체적으로 Cronbach's α 계수는 0.354이었다. 이러한 결과가 도출된 것은 응답자마다 언급된 사람의 수가 다르기 때문이다.

사회 연결망 특성은 크기가 2.17명(±1.05), 구성은 배우자 24.53%, 자녀 65.7%, 손자녀 3.74%, 형제자매 0.83%, 친척 1.25%, 친구 1.25%, 이웃 1.04%, 기타 1.66%이었다. 밀도는 평균 0.71(±0.45), 동질성 0.62(±0.39), 지속성 4.00(0.38), 지리적 근접성 4.14(±1.19), 접촉빈도 4.46(±0.86), 방향성 1.60(±0.82)이었다.

3.3.3 신체적 건강

3.3.3.1 간편한 신체기능 평가(SPPB)

미국의 National Institute of Aging (NIA)에서 주관한 다기관 연구인 Established Population for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE)에서 기존에 알려진 노인 신체 기능 평가 방법들 중 유용하면서 쉽게 측정할 수 있는 균형검사, 보행속도, 의자일어서기 항목을 묶어 만든 도구[19]로서 각 항목마다 0점에서 4점으로 총점이 12점으로 구성되었다. 균형검사에서 일반자세(Side-by-side-stand)는 두 발을 모으고 선 자세로 10초 이상 유지할 경우 1점을 주었고, 반 일렬자세(Semi-tendem stand)는 두 발을 모은 상태에서 한쪽 발을 반쯤 앞으로 내밀어 두 발이 서로 겹쳐지게 선 자세로 10초 이상 유지한 경우는 1점을 주었으며, 일렬자세(Tandem stand)는 뒷발의 앞꿈치와 앞발의 뒷꿈치가 일직선상에 서 있는 자세로 3~9.99

초 유지하면 1점, 10초 이상 유지할 경우 2점을 주었다. 보행속도는 4미터를 평상시 보행속도로 걸어 몇 초 만에 걸어가느냐로 평가하였다. 평소 때의 속도로 걸으라고 지시하고 수행하지 못하였을 경우는 0점, 8.7초 이상 소요되었을 경우는 1점, 6.21～8.70초이면 2점, 4.82～6.20초이면 3점, 4.82초 미만이면 4점이 된다. 평가는 2회 측정하여 빠른 보행시간으로 측정하였다. 의자일어서기 검사는 하지근력사정 척도로 손을 가슴에 팔짱을 낀 상태로 일어서고 앉기를 5회 반복한 시간을 측정하여 평가하였다. 소요시간이 60초 이상이 되거나 하지 못하면 0점, 16.7초 이상이면 1점, 13.7～16.69초 걸리면 2점, 11.2～13.69초 걸리면 3점, 11.2초 미만이면 4점이 된다.

3.3.3.2 일상생활활동능력(ADL)

ADL에는 목욕, 샤워하기, 옷 갈아입기 등의 활동을 다른 사람의 도움 없이 수행하는데 있어서 어려움의 정도를 측정하기 위해 노인 장기요양 보험제도에서 사용하는 등급판정도구의 신체기능 평가도구를 사용했다. 총 13항목으로 각 항목별로 도움 없이 혼자 할 수 있는 경우 '완전 자립'(1점), 부분적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우 '부분 도움'(2점), 전적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우 '완전 도움'(3)으로 응답하도록 하여 총 13～39점의 분포를 갖으며 점수가 높을수록 신체적 의존도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's α= .916 이었다.

신체적 건강은 13～51점 범위에서 평균 41.47점으로 나타났으며, 하부 영역인 신체적 기능 0～12점에서 평균 5.32점, ADL은 13～39점에서 평균 36.15점(원점수: 15.85점)으로 보통 이상의 신체적 건강을 보여주었다.

3.3.4 정신적 건강

3.3.4.1 우울(Depression)

치매노인의 우울정도를 측정하기 위하여 Sheikh와 Yesavage[20])의 노인 우울 척도를 사용하였다. 도구는 총 15개 문항으로 긍정적 문항에 대해 "예" 1점, "아니오"를 0점으로 하고 부정문항을 역환산하여 최저 0점에서 최고 15점의 범위를 가지며 5～9점이 경증, 10～15점은 중등도 혹은 중증의 우울이 있는 것으로 평가하였다. 본 연구에서는 도구의 신뢰도 Cronbach'sα= .832 이었다.

3.3.4.2 인지기능(Cognitive function)

본 연구에서는 최근 한 달간 치매노인이 보였던 증상 여부를 측정하는 노인 장기요양 보험제도의 인지기능 영역 등급판정도구 10문항을 사용했다. 각 문항에 대해 '예'(0점) , '아니오'(1점)로 응답하여 점수가 낮을수록 인지기능이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 도구의 신뢰도 Cronbach'sα= .763 이었다.

정신적 건강은 0～25점 범위에서 평균 12.53점으로 보통보다 낮은 점수였다. 하부 영역인 우울은 0～15점에서 평균 6.46점(원점수: 8.54점), 인지 기능은 0～10점 범위에서 평균 6.07점(원점수: 3.93점)이었다. 이 결과는 경증 우울과 신체적 건강과 정신적 건강의 하위 항목 ADL, 우울, 인지기능은 역코딩하여 결과를 나타낸 것으로, 모두 점수가 높을수록 건강함을 의미한다(원점수는 낮을수록 건강함을 나타냄).

3.4 자료수집방법

본 조사는 치매관리법의 혜택을 받는 2010년 6월부터 2012년 5월까지 보건소에 등록된 대구시 동구지역의 60세 이상의 재가 경증 치매노인 약400명 중 시설입원(79명), 거부(29명), 사망(8명), 타지역 방문 중이거나 연락이 되지 않는 분들을 제외한 222명에 대해 조사를 완료하였다.

자료수집 형태는 본 연구대상자가 노인이므로 설문지가 잘 보이지 않거나, 질문 내용을 잘못 이해하거나 글을 읽지 못하는 경우를 위하여 인터뷰 형식으로 진행하였다.

본 연구의 자료 수집기간은 2012년 7월 17일부터 8월 31일까지이었다. 조사면접자는 본 연구자와 설문도구에 대하여 교육을 받은 조사요원 4명과 연구자가 치매노인 가구를 방문하여 일대일 면접방법으로 설문조사를 실시하였다. 면접조사를 위해 사전에 전화를 하여 동의를 받고 방문하였으며, 설문조사 전에 연구의 목적과 방법, 참여자의 익명성 보장 등을 충분히 설명하고, 연구 참여에 동의한 자는 서면동의서를 받았다. 이를 위해 K대학 병원 내 임상연구심의위원회(Institutional Review Board, IRB)로 부터 연구승인을 받았다.

3.5 자료 분석방법

본 연구에서 사용하는 통계 프로그램은 SPSS 18.0을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 기술통계를 사용하였고, 대상자의 사회 연결망 유형은 계층적 군집분석(Ward 방식)으로 분류하였다. 또한 사회 연결망 유형에 따른 건강과 삶의 차이를 일원배치분산분석(One way ANOVA)을 이용하여 분석하고, 사후 검증은 Tukey 방법으로 하였으며, 대상자의 사회 연결망 유형과 삶의 질에 미치는 영향을 확인하기위해 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

4. 연구 결과

4.1 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자는 총 222명이며 일반적 특성에 대한 결과는 표 1과 같다. 대상자의 성별은 남성이 71명(32%), 여성은 151명(68%)으로 과반수가 넘었다. 연령은 70~79(28.4%)가 가장 많았고, 그 다음이 70~74(27.0%)이었다. 결혼 상태는 유배우자가 134명(60.4%), 사별이 87명(39.2%)으로 대부분이었다. 교육정도는 초졸이 99명(39.2%)으로 가장 많았고, 무학이 83명(37.4%)이었다. 경제 상태는 가구원의 근로소득, 기초노령연금 등을 포함한 월평균 가구소득을 살펴보면, 100만원 미만이 143명(64.5%)으로 가장 많고, 100~199만원이 35명(15.8%), 200~299만원이 23명(10.4%), 300만원 이상이 21명(9.5%)으로 경제적 상황이 넉넉하지 않음을 알 수 있다.

치매진단 후 질병기간은 12개월 미만이 59명(26.6%), 12-23개월이 92명(41.4%), 24개월 이상이 71명(32%)으로 개인이 진단받고 질병관리를 하였음을 알 수 있다.

동거 형태를 살펴보면, 독거 상태가 30명(15.3%), 배우자와 동거 상태가 96명(41.4%), 자녀가 동거하는 상태가 56명(26.6%), 배우자와 자녀가 동거하는 상태가 38명(15.8%), 기타(친척, 사돈)가 2명(0.9%)이었다.

4.2 사회 연결망 유형

본 연구에서는 응답자의 사회 연결망 유형을 알아보기 위하여 크기, 구성의 특성과 사회활동참여 수를 이용하여 계층적 군집분석(cluster analysis)을 실시하였다. 이는 연결망 유형 분류에서 변수의 선택에 있어서 크기와 구성이 기본[21]이며, 응답자의 사회활동에 참여하고 있는 모임의 수를 구조적 특성[22]으로 지역사회의 친구를 의미하며 사회적 친분을 나타내는 변수이기 때문이다.

사회 연결망에서 구조적 특성 중 크기와 구성을 그리고 사회활동참여 수를 변수로 하여 분류한 결과는 표 2과 같다. 지배적인 연결망 구성은 치매노인의 특성에 의해 가족이 87.4%로 그 중 매일 접촉하는 배우자 유무, 동거 자녀 유무로 하였다. 이는 유형 분류에 이용하는 변수로 구성과 접촉빈도의 특성을 표현하기 때문이다[23-24]. 크기는 연결망이 없는 경우에서 한 명이 경우를 '소', 두 명에서 세 명인 경우는 '중', 4명 이상인 경우는 '대'로 하였다. 사회활동참여는 사회단체에 적극적으로 참여하는 수에 따라 구분하였다.

분류된 유형의 특성을 살펴보면, 첫 번째 22.52%를 차지하는 군집은 배우자가 60%, 동거 자녀가 8%, 크기에서는 연결망이 없거나 한 개인 '소'가 100%, 2~3 개인 '중'이 0%, 4명 이상인 '대'가 0%, 사회참여 0개가 42%, 한 개 참여가 46%, 2개 참여가 6%를 나타내었다. 이는 배우

[표 1] 대상자의 사회인구학적 특성
[Table 1] Sociodemographic Charactristics of study subjects(n=222)

Variables	Classification	N(%)	Variables	Classification	N(%)
Gender	Men	71(32.0)	Monthly income	≤100	143(64.5)
	Women	151(68.0)		100-200≤	35(15.8)
Age	60-64	14(6.4)		200-300≤	23(10.4)
	65-69	23(10.4)		≤300	21(9.5)
	70-74	60(27.0)	Living status	Live alone	30(12.6)
	75-79	63(28.4)		with spouse	96(43.2)
	80-84	38(17.1)		with child	56(25.2)
	85≤	24(10.8)		withspouse/child	38(17.1)
Marital state	Spouse	134(60.4)		Others	2(0.9)
	Died	87(39.2)	Dementia duration	≤12 month	59(26.6)
	Separated	1(0.4)		12-24 month≤	92(41.4)
Education level	≤Illiteracy	83(37.4)		≤24 month	71(32.0)
	Elementary school	99(44.6)			
	Middle school	17(7.7)			
	High school≤	23(10.4)			

[표 2] 사회 연결망 유형의 특성 빈도(n=222)
[Table 2] Network Type by Delineating Characteristics and Frequencies : Cross-tabulations and One-way Analysis of Variance

Delineating Characteristics		Inactive-isolated	Active-independent	Inactive-dependent	statistics	p-value
Cluster		50(22.52)	31(13.97)	141(63.51)		
With spouse	Y	30(60.0)	21(67.7)	83(58.9)	χ^2=0.840	0.657
	N	20(40.0)	10(32.3)	58(41.1)		
With child	Y	8(16.0)	7(22.6)	79(56.0)	χ^2=29.988	0.000
	N	42(84.0)	24(77.4)	62(44.0)		
Size	S	50(100.0)	7(22.6)	0(0.0)		
	M	0(0.0)	24(77.4)	117(83.0)	χ^2=198.792	0.000
	L	0(0.0)	0(0.0)	24(17.0)		
Social club attendance	0	21(42.0)	0(0.0)	67(47.5)		
	1	23(46.0)	0(0.0)	68(48.2)		
	2	6(12.0)	19(61.3)	6(4.3)	F=123.519	0.000
	3	0(0.0)	11(35.5)	0(0.0)		
	4	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)		

자 연결망으로 자녀 연결망도 가지며, 연결망이 없거나 한 명인 특성이 다른 군집에 비해 매우 강하다. 또한 연결망이 있더라도 사회활동 참여가 낮은 특성을 보여 '비활동고립형'으로 명명하였다.

두 번째 13.97%를 차지하는 군집은 배우자가 67.7%, 동거 자녀가 22.6%, 크기에서는 연결망이 2~3개인 '중'이 77.4%, '소'가 22.6%, 사회참여 2개가 61.3%, 세 개 참여가 35.5%, 4개 참여가 3.2%를 나타내었다. 이는 배우자 중심인 연결망으로서 자녀 연결망도 함께 가지며, 사회연결망 크기는 중간 정도로 다른 군집에 비해 사회활동 참여가 높은 특성을 보여 '활동자립형'으로 명명하였다.

세 번째 63.51%를 차지하는 군집은 배우자가 58.9%, 동거 자녀가 56%, 크기에서는 연결망이 2~3개인 '중'이 83%, 4명 이상인 '대'가 24%, 사회참여에서는 0개 참여가 47.5%, 1개 참여가 48.2%, 2개 참여가 4.3%를 나타내었다. 이는 배우자와 자녀가 고루 분포된 가족 연결망으로서 크기는 중간 이상으로 가족과의 유대 관계는 좋으나 사회활동 참여가 낮은 특성을 보여 '비활동의존형'이라 명명하였다.

4.3 사회 연결망 유형에 따른 치매노인의 삶의 질 차이

응답자들의 사회 연결망 유형에 따라 먼저 건강상태를 확인하고 삶의 질이 어떻게 다른지를 알아보기 위하여 세 개 집단의 삶의 질과 건강의 차이를 비교한 결과는 다음과 같다<표 3>.

삶의 질 영역은 활동자립형 군집 30.39점, 비활동의존형 군집 26.87점, 비활동고립형 군집 25.16점으로 군집간 삶의 질 점수의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(F=4.479, p=0.012), 군집간 다중비교 결과, 비활동고립형 군집보다 활동자립형 군집의 삶의 질 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.000).

신체적 건강은 활동자립형 군집 44.97점, 비활동고립형 군집 42.26점, 비활동의존형 군집 40.43점으로 군집간 신체적 건강 점수의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(F=5.137, p=0.007), 집단간 다중비교 결과, 비활동의존형 군집보다 활동자립형 군집의 신체적 건강 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.006). 신체적 건강의 하위 영역별 건강상태를 살펴보면, ADL은 원점수로 분석하여 점수가 낮을수록 신체적으로 건강하여 스스로 일상생활활동을 할 수 있는 상태를 의미하며, 활동자립형 군집 14.23점, 비활동고립형 군집 15.08점, 비활동의존형 군집 16.48점으로 군집간 ADL 점수는 통계적으로 유의한 차이가 있었으나(F=3.325, p=0.038), 사후검정 결과는 유의하지 않았다. 신체기능평가(SPPB) 영역은 평균점수로 분석하여 점수가 높을수록 건강한 상태로, 활동자립형 군집 7.19점, 비활동고립형 군집 5.34점, 비활동의존형 군집 4.91점으로 군집간 SPPB 점수의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(F=5.350, p=0.005), 군집간 다중비교 결과, 비활동의존형보다 활동자립형 군집의 SPPB 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.005).

[표 3] 사회 연결망 유형에 따른 건강상태, 삶의 질 차이(n=222)
[Table 3] Difference of Health Status/Quality of Life by Network Type

Variables	I-isolated	A-independent	I-dependent	F	p-value
	Mean±(SD)	Mean±(SD)	Mean±(SD)		
Life Quality (삶의 질)	25.16(7.54) b	30.39(6.38) a	26.87(7.96) ab	4.479	0.012
Physical Health(신체적 건강)	42.26(6.61) ab	44.97(5.36) a	40.43(8.03) b	5.137	0.007
- ADL(일상생활활동능력)	15.08(4.29)	14.23(3.18)	16.48(5.56)	3.325	0.038
- SPPB(신체기능)	5.35(3.62) ab	7.19(3.24) a	4.91(3.55) b	5.350	0.005
Mental Health(정신적 건강)	11.40(4.46) b	14.65(4.81) a	12.47(5.00) ab	4.301	0.015
-Depression(우울)	9.72(3.68) b	3.94(3.79) a	8.48(3.95) ab	5.004	0.008
-Cognition (인지기능)	3.88(1.96)	3.42(2.09)	4.06(2.29)	1.090	0.338

abc의 동일한 문자는 유의한 차이가 없음 *p < .05

정신적 건강은 활동자립형 군집 14.65점, 비활동의존형 군집 12.47점, 비활동고립형 군집 11.40점으로 군집간 정신적 건강 점수의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(F=4.301, p=0.015), 군집간 다중비교 결과, 비활동고립형 군집보다 활동자립형 군집의 정신적 건강 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(p=0.011). 정신적 건강의 하위 영역별 건강상태를 살펴보면, 우울 영역은 원점수로 분석하여 점수가 낮을수록 정신적으로 건강한 상태로, 활동자립형 군집 6.94점, 비활동의존형 군집 8.48점, 비활동고립형 군집 9.72점으로 군집간 우울 점수의 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=5.004, p=0.008). 군집간 다중비교 결과, 비활동고립형 군집보다 활동자립형 군집의 우울 점수가 통계적으로 유의하게 낮아 정신건강이 더 좋은 것으로 나타났다. 인지기능 영역도 원점수로 분석하여 점수가 낮을수록 정신적으로 건강한 상태를 의미하며, 활동자립형 군집 3.42점, 비활동고립형 군집 3.88점, 비활동의존형 군집 4.06점으로 군집간 인지기능 점수 차이는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 활동자립형이 가장 인지기능이 좋은 상태였다.

대상자의 사회 연결망 유형에 따라 세 개의 군집을 비교한 결과, 활동자립형이 비활동의존형과 비활동고립형에 비해 신체적 건강, 정신적 건강뿐만 아니라 삶의 질이 높았다.

본 연구의 주요 과제인 사회 연결망이 치매노인의 삶의 질에 미치는 영향을 검토하기위해 관련된 변수와 군집을 중심으로 회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다 <표 4>.

사회인구학적 변수는 연령, 성별, 배우자 유무, 동거 자녀 유무, 교육, 월 가구소득으로 성별과 배우자 유무는 가변수 처리(dummy coding)하였다. 성별의 경우 남성은 0으로 여성은 1로 남성을 기준으로 가변수 처리하였고, 배우자 유무는 유배우자는 0으로 무배우자는 1로 유배우자를 기준으로 가변수 처리하였으며, 동거 자녀 유무는 무자녀가 0으로 유자녀가 1로 무자녀를 기준으로 가변수 처리하였다.

군집 변수는 비활동형 군집을 1,0으로, 활동자립형 군집을 0,1로, 비활동의존형 군집을 0,0으로 부호화하였고, 다른 변수들과 함께 입력방식으로 투입되었다.

사회인구학적 변수와 군집을 중심으로 회귀 분석한 결과는 사회인구학적 변수와 군집 변수의 독립변수들이 치매노인의 삶의 질 변동의 6%를 설명하였으며, 이는 0.001수준에서 유의하였다. 사회인구학적 변수를 살펴보면, 월 가구소득이 많을수록(t=2.438, p=0.016) 삶의 질 점수가 통계적으로 유의하게 높았다. 사회 연결망 유형을 살펴보면, 비활동고립형과 비활동의존형에 비해 활동자립형 집단일수록(t=2.020, p=0.045) 삶의 질 점수가 통계적으로 유의하게 높았으며, 비활동고립형 집단에 비해 비활동의존형 군집일수록 삶의 질 점수는 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

5. 고찰

본 연구에서 사회 연결망의 분석은 구조와 내용의 전

[표 4] 삶의 질에 영향을 미치는 사회인구학적 특성과 사회 연결망 유형
[Table 4] Quality of Life by Bacground Characteristics and Network Type: Multiple Regression Analysis(n=222)

Variable	b	SE	t	p-value
(Constant)	30.356	6.910	4.393	.000
Age(연령)	-.103	.084	-1.230	.220
Gender(여성)	-.041	1.334	-.031	.975
With spouse(무배우자)	.167	1.283	.131	.896
With child(유자녀)	.357	1.333	.268	.789
Education level(교육)	.714	.591	1.207	.229
Monthly income(월소득)	.385	.158	2.438	.016*
Inactive isolated(고립형)	-.747	1.350	-.553	.581
Active independent (활동자립형)	3.211	1.590	2.020	.045*
R^2		0.093		
Adjusted R^2		0.059		

*p < .05

종속 변수 : 삶의 질
독립 변수 : 연령, 성별 더미변수(남성이 기준), 배우자유무 더미변수(유배우가 기준), 동거자녀유무 더미변수(무자녀가 기준), 교육, 월가구소득, 연결망 유형더미변수1,2 (비활동고립형:(1.0), 활동자립형:(0,1), 비활동의존형:(0,0))
방법 : 입력 방법(Enter method)

체적인 특성을 이해할 수 있어 매우 유용함을 알 수 있다. 치매노인의 의논상대의 총수인 사회 연결망 크기는 전체적으로 평균 2.17명이었다. 이는 축적된 연구들과 같이 청장년층에 비해 노인층의 사회 연결망 크기가 작다는 것을 알 수 있다. 또한 질병 등으로 기능제한이 있는 경우에 건강한 노인들보다 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 구성형태에서도 치매질환을 앓고 있는 노인의 사회 연결망은 87%이상, 거의 가족으로 구성된 특성이 다른 연구결과들에 비해 본 연구의 사회 연결망 크기가 작게 나온 것으로 사료된다. 2008년 치매노인 실태조사에 의하면, 우리나라 치매노인의 조호자로 배우자 31.9%, 아들/며느리가 33%, 딸/사위가 19.8%, 기타 친인척이 5.5%로 가족 관계인 경우가 90.1%였으며, 9.9%는 전문 간병인이었다. 치매라는 만성질환이 있는 노인에게 직접적인 가족과 친인척이며 그 다음 공적인 제공자 순임을 알 수 있다. 또한 가족 조호자의 동거여부도 국내외적으로 50%이상으로 보고되었다. 본 논문에서도 동거가 57.8%, 접촉이 65%로 사회 연결망의 구조적 특성에서 자녀와 동거여부는 삶의 질을 높이는 것으로 나타났다. 현재 배우자가 생존해 있고 동시에 자녀와도 동거하는 전통적인 가족구성을 이루고 있다는 사실은 치매노인에게 충족감을 줄 수 있다. 전국노인실태조사(2009)에서도 기능 상태에 제한이 있는 노인이 제한이 없는 노인보다 동거 자녀가 더 많은 것으로 보고하였다. 또한 본 연구에서 친척의 80% 이상이 같은 동네에 살고, 비혈연 연결망의 약 70%도 같은 동네에 살고 있다. 이는 친구, 이웃, 간병인과 같은 비혈연 연결망일수록 가까이 살고 있으면서 자주 접촉하는 사람일수록 연결망이 됨을 알 수 있다. 이렇듯 치매노인은 상당히 간단하고도 변하지 않는 사회적 관계로 연결망이 작고 강한 유대, 높은 밀도와 동질성 그리고 구성에 이르기까지 매우 두드러진 특성을 보였다.

치매노인과 같이 건강문제가 있는 집단을 지지해 줄 수 있는 주변 환경의 중요성이 대두되는데, 대부분의 만성질환을 가지고 있는 노인 건강관리의 지속성을 위해 사회 연결망을 고려하는 것은 매우 중요하다. 왜냐하면 사회 연결망이 크고 다양할수록 정보를 얻을 수 있는 내용도 많을 수 있어 연결망 구성원과의 관계는 사회적 지지뿐 아니라 그들이 지닌 사회경제적 배경 같은 속성도 도움을 줄 수 있기 때문이다. 이는 치매노인의 도움을 주고받는 방향성이 80% 이상이 수혜적인 결과인 것을 볼 때, 건강에 취약한 노인은 지역 환경에 영향을 받을 수밖에 없음을 알 수 있다. 또한 여기서 직접적으로 치매노인을 돌보는 가족이 최고의 역할을 담당하고 있어 치매노인 조호에 부담을 느끼지 않도록 지역사회의 공식적인 지원체계가 절대적으로 요구됨을 알 수 있다.

사회 연결망의 유형화는 개인이 실제로 어떻게 사회 연결망을 형성하고 있는지 통합적으로 파악하는데 매우 효과적인 방법으로[25], 치매노인의 사회적 관계의 형태

와 그 환경에 적응하는 정도를 이해하는데 필요하다. 사회 연결망 유형을 분류한 연구들을 살펴보면, 사회 연결망의 구조적, 상호작용적 특성들을 균등하게 고려하지 않았으며 통계 방법도 다양했다. 이들 연구들 중에 유형 분류를 사회관계의 구성형태의 다양성과 지배성을 교차 분류하여 결과를 보거나[26], 통계적 방법을 사용할 경우에도 명목형 변수와 연속형 변수를 함께 사용하였다. 따라서 본 연구에서는 유형을 분류하기 위해 계층적 군집분석을 실시하고 변수의 선택에 있어서도 구조적 측면으로 형태를 파악하되 치매노인의 연결망은 가족이 대부분이므로 그 특성을 나타내는 변수를 이용하였다. 이러한 방법에 의해 치매노인의 사회 연결망 유형을 분석한 결과 '비활동고립형', '활동자립형', '비활동의존형'의 세 군집으로 분류되었다.

Wenger[27]는 영국 웨일즈에 거주하는 노인을 대상으로 다섯 가지의 연결망 유형으로 나누었는데, 유형 중에 가족 의존(family dependent)연결망, 부분적 자립(local self-contained)연결망, 개인 제한적(private restricted)연결망은 본 연구의 비활동의존형, 활동자립형, 비활동고립형과 비슷한 유형이다. Litwin[28]은 이스라엘 노인들을 대상으로 다섯 가지 유형인 다양한(diverse) 연결망, 친구(friends)연결망, 이웃(neighbor)연결망, 가족(family)연결망, 제한적(restricted) 연결망으로 구분하였다. 이 중 친구나 이웃 연결망은 본 연구에서 분류되지 않았고, 세 유형 모두 가족연결망으로 본 연구와 비슷한 유형이다. 이들의 연구와 본 연구에서 노인의 사회 연결망 유형을 분류하는데 사용한 변수가 다르므로 유형도 많이 다른 것을 볼 수 있다. 이는 사회문화적인 차이와 연구대상자 및 연구목적이 다르기 때문으로 생각된다. 국내연구에서 Jang[22]은 노인의 사회 연결망의 구조 및 기능적 측면을 따라 유형을 다섯 가지로 분류하였는데, 유형은 활동-고밀착-관계양호형, 비활동-중밀착-관계불량형, 활동-저밀착-관계보통형, 비활동-저밀착-관계불량형 연결망이다. 이는 본 연구의 연결망 유형과 비슷한 의미를 지니고 있으며, 사용한 변수가 일치하지 않으나, 배우자와 자녀가 주 연결망으로 기능하고 있어 한국 노인들이 매우 가족적이라는 사실에는 변함이 없다.

연결망 유형과 삶의 질과의 관련성을 살펴보면, 본 연구에서 삶의 질이 다른 연결망 유형에 비해 좋은 결과를 보인 '활동자립형'군집은 치매노인이면 의존성이 강한 상태이나 부부가 살면서 자녀에게 의존하지 않고 적당한 연결망을 가지며, 다양한 사회단체에 참여하는 유형이다. 이는 치매질환으로 인해 의존하기보다 의욕을 갖고 오히려 사회활동에 적극적인 생활을 하는 것이 삶의 질에 가장 좋게 나타난다는 결과이다. 이 활동자립형 연결망이 건강뿐만 아니라 삶의 질에도 좋은 결과가 있다는 것을 볼 수 있다. 이는 가족의 적절한 사회적 지지와 사회 활동으로 인간관계를 유지하는 것이 치매노인의 신체적 건강, 정신적 건강에 직접적으로 효과를 미치게 하였고, 나아가서 삶의 질에도 영향을 주었다는 것을 알 수 있다. 또한 상대적으로 사회 연결망 크기가 없거나 작은 비활동고립형은 건강과 삶의 질에 가장 낮은 점수였다. 위의 선행연구에서 노인들이 연결망 크기가 작을수록 삶의 질이 좋지 않았는데, 이는 인간관계에서 고립되거나 사회참여가 저조한 노인들의 삶의 질은 낮다는 것을 알 수 있다. 따라서 노인들의 사회적 관계의 고립은 건강이나 의욕에 악영향을 미친다는 것과 같은 결과이다. 그런데 일반노인에 비해 치매노인의 연결망이 부분적으로 차이가 있는 것은 연결망 크기가 크고 다양한 형태의 구성을 가졌다고 해서 건강하거나 삶의 질이 좋은 것이 아님을 알 수 있다. 왜냐하면 일반적으로 사회 연결망 크기가 크다는 것은 그만큼 사회활동도 많다는 것을 의미하는데 치매노인은 인지기능이 서서히 악화되는 질병을 보유하고 있기 때문에 크기가 삶의 질에 직접적으로 영향을 주지 않는다는 것이다.

이렇듯 사회 연결망의 구성 중 배우자, 동거 자녀와의 접촉의 효과, 가족 이외의 인간관계 혹은 대외 사회활동에의 참여 등의 연결망을 가져 노인의 삶의 질에 대해 더욱 큰 효과를 갖는다는 점을 미루어 볼 때, 일반 노인뿐만 아니라 치매노인도 가족관계에만 머물러 있거나 자녀에게만 의존하지 않고 자주성과 독립성을 가지고 생활하는 것이 삶의 질을 높일 수 있다는 것을 알 수 있다.

이상의 치매노인의 사회 연결망 유형을 볼 때 아직 우리나라에서는 철저히 가족 중심임을 알 수 있었다. 본 연구의 치매노인은 가장 어려운 건강문제를 앞두고 가족이 해결의 책임자이며, 가족을 통해 외부자원, 다른 전문가들의 서비스를 요청하게 되는 것을 볼 수 있다. 따라서 노인들은 자신에게 적절한 원조자로 선택하거나 활용할 때 선호하는 순서가 있는데, 배우자, 자녀, 다른 친족, 친구, 이웃, 그리고 마지막에 공식적 조직의 순서로 선호가 서열화 된다[29]는 논리가 타당성이 있다고 생각된다. 또한 치매노인은 인지기능이 낮아 도움이 필요한 상태로 연결망 구성원의 대부분이 가족이다. 가족의 도움을 받으며 더불어 살아가되 어떠한 삶의 태도로 현실에 적응하며 살아가는 것이 삶의 질을 높여 줄 수 있는가를 파악할 수 있다.

이처럼 사회 연결망 유형은 치매노인의 중재를 결정하는 중요한 것으로 치매노인의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위해서 프로그램 실천방안에도 유형별로 다른 요구를 가진다는 것을 이해하고 접근해야 할 것이다.

6. 결 론

본 연구는 치매노인에 대한 사회 연결망의 구조적, 상호작용적 특성을 확인하고, 치매노인의 삶의 질에 영향을 미치는 유형을 분류하여 유형에 따른 삶의 질 차이를 파악하고자 하였다. 자료 수집은 대구광역시의 한 보건소에 등록된 재가 경증치매노인을 대상으로 2012년 7월 17일부터 2012년 8월 31일까지 구조화된 설문지를 사용하여 일대일 면접으로 이루어졌으며, 총 222부가 최종 분석에 이용되었다. 수집된 자료는 SPSS 18.0 program을 이용하여 기술통계와 일원배치 분산분석, 다중회귀분석과 계층적 군집분석(Ward 방식)을 실시하였다.

치매노인의 사회 연결망에 따라 분류된 유형은 비활동고립형, 활동자립형, 비활동의존형의 유형으로 분류되었으며, 비활동고립형은 22.52%, 활동자립형은 13.97%, 비활동의존형은 63.51%를 차지하였다.

비활동고립형은 매일 접촉하는 자녀보다 배우자에게 많이 연계되어 있으며 다른 군집에 비해 연결망이 없거나 적은 폐쇄형으로, 사회활동에 거의 참여하지 않는 군집이었다. 활동자립형은 매일 접촉하는 자녀에 비해 배우자 연결망에게 대부분 연계되어 있어 앞의 유형과 비슷하나 연결망이 중간정도로 개방적이며, 사회활동에 적극적으로 참여하는 군집이었다. 비활동의존형은 매일 접촉하는 배우자와 자녀 연결망에 대부분 연계되어 있고 연결망이 중간이상으로 가족적이며, 사회활동에 거의 참여하지 않는 특성을 가졌다.

치매노인의 사회 연결망 유형에 따라 삶의 질의 차이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 활동자립형이 가장 높은 점수를 보였고, 비활동고립형이 가장 낮은 점수였다. 활동자립형의 삶의 질 점수는 비활동의존형과 비활동고립형에 비해 통계적으로 유의하게 높았다. 지역사회의 지속적인 치매간호 중재 프로그램이 치매노인의 정신건강에 효과가 있음을 연구[30]한 것과 같이 가족과 지역사회가 노력하면 다양한 도움을 줄 수 있게 된다.

이상의 본 연구 결과 치매노인의 사회 연결망은 가족인 배우자와 자녀가 주요 연결망의 역할을 감당하고 있음을 알 수 있었다. 사회 연결망 유형은 치매노인의 삶의 질에 영향을 미쳤고, 유형 중에서 활동자립형 군집의 삶의 질 점수가 가장 높았다. 삶의 질이 가장 낮았던 비활동고립형 군집은 공식적 지지가 가장 우선이 되어야 할 것이다. 따라서 치매노인을 위한 정책 입안과 서비스 계획은 연결망 유형을 고려하여 제공할 것을 제언하며, 사회적 지지를 제공할 수 있는 연결망을 구조적 입장에서 고려하여 치매노인의 삶의 질을 증진시키는 전략이 필요하다.

본 연구는 자아중심연결망 자료에 의한 조사로 연결망 유형을 분류하여 그 특성을 검증하여 치매노인에게 가족뿐만 아니라 사회참여로 개인의 연결망 형성이 필요함을 확인할 수 있었다. 이러한 횡단적 연구로 사회적 변화 과정에 약간의 지식을 제공할 수 있으나, 앞으로 주위의 도움으로 변화된 치매노인의 사회 연결망의 변화를 검증하기 위한 전향적 연구를 제언한다.

References

[1] Ministry of Health and Welfare, http://www.mu.go.kr Elderly people with dementia survey. Bundong Seoul National University Hospital, 2008.

[2] Oh BH, Dementia, Seoul: Rainbow book, pp. 11-19, 2002.

[3] American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition(DSM-Ⅳ), Washington DC, 133-155, 1994.

[4] Whitehouse, P. J., Patterson, M. B. & Sami, S. A., Quality of life in dementia: Ten years later, Alzeheimer Dis Assoc Disord, 17:199-200, 2003.

[5] Korean Association for Psychiatry, Korean Assessment Scales of Demented Patients, Seoul: Hagji Publishing company, p189, 2009.

[6] Lawton MP, A multidimensional view of quality of life, In Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE(eds.), The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, New York Academic Press, 4-27, 1991.

[7] Brod M, Strwart A, Snade L, Walton P, Conceptualization and measurement of quality of life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument(DQoL), Gerontologist, 39(1), 1999.

[8] Lee HS, Kim JH, Ko HJ, Ku HM, Kwon EJ, Shin JY, Ahn IS, Chung SH, Kim DG, The Standardization of the Geratric Quality of Life scale-Dementia(GQOL-D), Journal of the Korean Gerontological Society, 8(3):151-164, 2004.

[9] Baek JE, Effects of Social Support on Psychological Health of Old women & Old men, Korean Psychological Association, 15(3):425-445, 2010.

[10] Sung MH, Im YM, Ju KS, The Relationship between Social Support and Loneliness in Elderly Women Living Alone, Journal of Korean Public Heath Nursing, 25(1):95-106, 2011.

[11] Ell, Kathleen, “Social Networks, social support and

health status: a Review", Social Service Review, March, 139-147, 1984.
[12] Berkman, Lisa F. & Glass, Thomas, "Social Integration, Social Network, Social Support and Health", In Berkman Lisa F & Ichiro Kawachi(ed.), Social Epidemiology, Oxford University Press, (Shin YJ et al Translation), 2000.
[13] Bott, E., Family and Social Network, New York: The Free Press, 1971.
[14] Lee KH, A study on Housewife's social Network over the Family Life Cycle, Seoul National University Master's Degree Dissertation, 1988.
[15] World Health Organization, International Classification of disease(10thd), Geneva: Author, 1987.
[16] Park GN, Difference of Gender in the Satisfaction of Life in Old Age, Journal of the Korea Gerontological Society, 24(3):13-29, 2004.
[17] Cheon EY, Social Network Typologies and their Relation to the Health of Elders in Korea, Yonsei University Dissertation, 2007.
[18] Mitchell, Clyde, "The Concept and Use of Social Networks", In Clyde Mitchell(ed.), Social Networks in Urban Situations(pp1-50), England: Manchester Press, 1969.
[19] Guralnik J. M. et al, Lower-extremity performance in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability, The New England Journal of Medicine, 332; 556-561, 1995.
[20] Sheilh J. I. & Yesavage J. A., Geriatric depression scale(GDS), recent evidence and development of a shorter version, Clinical Gerontologist, 5:165-172, 1986.
[21] Chung KH, The Social Networks of the Elderly, Journal of the Korean Gerontological Society, 15(2):52-68, 1995.
[22] Chang SJ, Structural and Functional Aspects of Social Network in Old Age and the subjective Quality of Life, Kyungsung University Social Science Institute, 26(1):75-100, 2008.
[23] Litwin, H., Support Network Type and Health Service Utilization, Research on Aging, 19; 274-299, 1997.
[24] Choi EJ, Social Network, Social Support and Mental & Physical Healthe, Association of Culture and Social, 11;185-203, 2003.
[25] Wenger, G. C., A network typology : From theory to practice. Journal of Aging Studies, 5;147-162, 1991.
[26] Won HJ, A Study on the Social Network Types of Housewives in Urban Nuclear families, Seoul National University Ph D Dissertation, 1997.
[27] Wenger, G. C. A Social Networks and gerontology. Review in Clinical Gerontology, 6; 285-293, 1996.
[28] Litwin, H.. Social Network Type and Morale in Old Age, The Gerontologist, 41(4); 516- 524, 2001.
[29] Cantor, M. H., family and community: changing roles in an aging society. The Gerontologist, 31(3):337-346, 1991.
[30] Ji HL, Choi SH, Cho MS, Ju RA, The Effects of the Continuous Dementia Nursing Intervention Program on Cognitive Function and Depression of the Elderly with Mile Dementia in the cmmunity, J. of Korean Gerontological Nursing, 6(2):216-227, 2004.

배 윤 조(Yun-Jo Bae) **[정회원]**

•2006년 8월 : 경북대학교 보건대학원(보건학석사)
•2011년 8월 : 경북대학교 일반대학원 보건학과 박사과정 수료
•2012년 3월 ~ 현재 : 대구과학대학교 간호학과 전임강사

<관심분야>
보건의료, 보건학