

노인성치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사 연구*

홍여신** · 이선자*** · 박현애** · 조남옥**** · 오진주****

I. 서 론

과학문명과 의학의 발달은 국민소득의 향상, 생활수준의 개선, 보건위생 및 의료기술의 발달을 초래하였고 그 결과 사망율의 저하로 인간의 평균 수명을 연장시켜 노인인구의 증가를 초래하였다. 평균수명의 증가는 모든 인간의 희망이지만, 건강한 삶이 보장되지 않을때 본인이나 그 가족에게 더 큰 불행이 될 수 있다. 노화과정의 진행으로 인체의 생리기능저하는 모든 장기에서 여러가지 장애를 나타내며 그 중에서도 가장 심각한 문제를 제기하는 것은 뇌기능저하이다. 뇌기능저하는 기억의 소실로 인한 심한 행동 장애를 나타내어 사회적활동이 불가능할 뿐 아니라 이러한 증상이 장기간에 걸쳐 서서히 악화되기 때문이다. 현재 노인에게서 이러한 뇌기능의 저하로 유발되는 대표적인 질환은 알쯔하이머병(Azheimer Disease)과 노인성치매 혹은 노망증이다(김용선, 1992).

치매는 프랑스 의학자인 Pinel이 황폐화된 정신상태(deteriorated mentality)를 기술하면서 최초로 사용한 용어로 정신박약이 아닌 사람이 뇌의 기질적 병변에 의해 기억력장애를 비롯한 언어장애, 행동장애 및 기타 지적능력의 소실을 보이는 인지기능의 장애를 나타내는 후천적 임상증후군으로 가정과 사회적 기능에 심각한 영향을 초래한다(남궁기 등, 1993). 고령 집단에서 심각

한 건강문제를 야기하는 치매성질환의 원인은 여러가지이며 크게 회복가능한 경우와 회복불가능한 경우로 나눌 수 있다. 알쯔하이머씨병은 가장 주된 회복불가능한 퇴행성의 치매이며, 치매로 진단받은 미국인 3-4백만명 중 약 60%를 차지하고 있다(Fryer, 1983; Pajik, 1984). 그리고 65-75세 노인의 거의 10%가, 84세 이상 노인의 25%가 어떤 형태의 치매를 경험하는 것으로 보고되었다.

보사부(1991) 발표에 의하면 1980년에 65.81세 이던 우리나라 평균수명이 1990년에는 71.27세, 2000년에는 74.25세로 연장될 것이라고 하며, 조만간 우리나라도 고령화사회가 되어 노인성치매 문제가 심각하게 다가올 것으로 예견된다(탁성화, 1992). 노인성치매는 일단 발병된 후에는 비가역적인 특성을 가지고 있어 더욱 심각하다. 병의 진전에 따라 자가간호능력 저하가 오며 만성적으로 노인의 신체기능 유지를 위해서는 타인에의 간호의존도를 높일 뿐 아니라 노인의료비의 증가를 초래하는 요인이 되기때문에 의료비 억제 전략의 측면에서도 관심이 요구된다.

그러나 치매의 구체적인 원인이나 유발요인의 규명과 특별한 치료법이 개발되지 않은 상태에서 환자를 돌보는 가족이나 간호사의 책임은 상대적으로 큰 비중을 차지하고 있다. 따라서 예방적 중재를 위해 치매발병 요인을 규명하고 가족을 위한 지지와 치매환자를 돌보는 간

* 이 논문은 1993년도 학술진흥재단의 자유공모과제 학술 연구조성비에 의해 지원되었음

** 서울대학교 간호대학

*** 서울대학교 보건대학원

**** 서울대학교 대학원

호방법의 교육 그리고 간호를 제공하는 가족원 개인에 대한 스트레스관리법 등을 포함하는 간호중재 방안의 개발이 절실히 요구된다.

이러한 배경하에 본 연구팀은 두단계 연구를 통하여 1 단계에서 치매발생요인을 규명하고, 2단계에서 치매환자를 주로 돌보는 가족원에게 교육프로그램을 개발, 적용하여 그 효과를 살펴보는 연구를 실시하고자 한다. 본고는 1단계 연구에 대한 기술로 1단계 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 치매환자의 생활사를 조사하여 질병관련요인을 규명한다.

둘째, 치매노인을 돌보는 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구를 조사한다.

II. 문헌고찰

1) 치매성 질환의 병인 및 위험요인

치매를 유발할 수 있는 질환에는 성인치매의 원인 중 50-60%를 차지하는 알츠하이머씨병과 반복되는 뇌졸중으로 뇌의 여러 부위에 경색이 생김으로써 인지기능이 황폐화되는 다발성경색치매가 있다. 다발성경색치매는 서구사회에서는 치매의 원인 중 두번째로 흔한 것으로 약 20%를 차지하며, 또 약 15-20%에서는 알츠하이머씨병과 함께 나타난다. 이외에는 알콜중독성치매, 산소결핍성치매와 기타 요인에 의한 치매가 있다.

이 중 알츠하이머씨병은 증상이 천천히 진행되는 것이 특징이며, 생존율은 발병 후 5-12년 정도로 보고되고 있다. 알츠하이머씨병의 특징적인 병리소견은 뇌의 전반적인 위축 이외에도 신경섬유몽치(neurofibrillary tangle), 노인반(senile plaque), 혈관내의 아밀로이드의 침착, 과립공포변성(granulovascular degeneration), Hirano body, 신경세포의 소실 등이 있다. 이러한 이상소견은 해마(hippocampus)와 편도(amygdala)와 같은 내측측두엽조직과 Mynert 기저핵과 중격핵과 같은 기저의 전뇌에서 가장 심하게 나타난다(남궁기 등, 1993; Rumble, 1989).

알츠하이머씨병의 특징은 최근의 사건에 대한 기억력 상실이다. 이러한 기억력 상실로 인해 대화가 불가능하고 사고의 흐름에 장애가 있으며, 친근한 사람이나 물건 또는 장소를 인식하지 못한다. 또한 기억, 집중, 계산, 분별, 의사결정과 관련한 능력부족은 불안, 초조, 흥분, 퇴행, 우울, 변형된 행동을 초래하여 사회적 관계를 어렵게 하며 운동기능장애와 체력의 약화는 환자를 기관

에 수용하게 한다(Burns and Buckwalter, 1988).

문헌에서 밝혀진 노인성 치매의 병인(원인가설)으로 현재 세가지의 가설이 제기되어지고 있다(김용선, 1992). 첫번째가 유전적 질환 가설이다. 노인성치매가 바이러스나 독성물질(aluminium), 그외 다른 무엇에 의해 발생되었는지 간에 유전적 요소가 이병에 대한 민감도를 결정한다는 것이다. 특히 최근에 알츠하이머씨병 환자의 특징적인 뇌병리학적 소견인 아밀로이드 플라그(Amyloid Plaque)를 형성하는 아밀로이드 단백질 코딩(Amyloid Protein Coding) 유전자가 21번 염색체에 존재함이 발견되면서 위의 가설을 더욱 뒷받침하게 되었다.

두번째로 제기되는 원인가설은 알루미늄 독성 가설이다. 이 가설을 뒷받침하는 중요한 요인은 신부전증 환자의 치료방법인 투석을 하는 동안 환자에서 치매가 발생되었고 이들 환자에서 치매의 특징적인 뇌병리학적 소견인 신경섬유 몽치가 발견되었으며, 또한 이와 같은 투석성 뇌질환(Dialysis Encephalopathy)의 원인이 투석액 속에 들어 있는 알루미늄이라는 것이 밝혀졌다. 1980년에 뉴욕 Mt. Sinai의료센터의 Dr. Perl은 노인성 치매환자의 뇌에서 침착된 알루미늄을 발견하였다. 그는 이 침전이 알루미늄이 많은 서태평양 지역에서 많이 발생하며 치매를 동반하는 두 가지의 뇌질환인 Amyotrophic Lateral Sclerosis와 파킨슨씨병과 연관을 지으며 노인성 치매의 원인으로 알루미늄 중독학설을 강하게 제기하고 있다.

세번째로 제기되는 것은 Unconventional Slow Virus가설이다. 이 가설을 뒷받침하는 중요한 요인은 사람에서 Unconventional Slow Virus에 의한 대표적인 질환인 Kuru나 Creutzfeldt-Jakob Disease(CJD) 환자에서 대부분 치매가 나타날 뿐만 아니라 노인성 치매환자의 특징적인 뇌병리학적 소견인 신경세포의 소실 및 아밀로이드 플라그가 발생된다는 것이다. 그러나 이 가설의 주된 문제점은 아직까지 unconventional slow virus의 성상이 밝혀지지 않고 있는 것이다.

지금까지 밝혀진 노인성치매의 발생위험요인으로는 나이가 가장 주된 요인이며 다음으로 다운 증후군을 꼽는다(Katzman and Jackson, 1991). 최근 Graves와 그의 동료들(1990)은 실험-대조군 연구를 통해 두부손상이 노인성치매의 위험요인으로서 3:1보다 큰 비율임을 보고했다. 최근의 두 연구(Amaducci, Fratiglioni, and Rocca, 1986; Rocca, Bonaiuto and Lippi, 1990)는 부족한 교육이 노인층에서 알츠하이머형의 치매 발생가능

성능 증가 시킨다고 제시하였으며, 노인층에서 심근경색증의 발생이 치매의 중요한 위험요인이라고 밝힌 연구도 있다(Aronson et al, 1990; Martins et al, 1990). 중추신경계기능에 영향을 줄 수 있는 흡연도 치매성질환의 관련요인으로 생각되어왔다. Shalat등(1987)의 연구는 정적 상관관계가 있음을 보였고, Van Dujin(1991)의 연구에서는 부적 상관관계를 보였으며, 유의한 상관관계가 없는 것으로 보고된 연구도 있다. 알콜의 섭취는 임상적으로 치매의 원인임이 밝혀졌다. 그러나 중증도의 알콜소모와 치매 발병과의 관계는 명확하지 않다. 알코올섭취량과 알츠하이머씨 병의 관계에 대한 5편의 연구에 대한 메타분석 결과에 의하면 알콜섭취와 병 진행의 관련성이 낮은 것으로 나타났다(Hebert et al., 1992).

노인성치매에 대한 가능성 있는 위험요인들을 가장 포괄적으로 검증한 Henderson(1988)의 연구에 의하면, 노인성치매의 일관성 있는 위험요인으로는 연령의 증가, 노인성치매의 가족력, 그리고 두부손상의 과거력 3가지로 요약되며, 그의 가능성 있는 위험요인들로는 아시아인, 낮은 사회교육상태, 낮은 출산력, 다운증후군의 가족력, phenacetin과 같은 진통제의 남용, 식수의 알루미늄 농양, 기질성용매에 노출된 작업경력, 칼슘의 결핍 정도 등이 제안되고 있다.

남궁기등(1993)은 치매발생의 관련요인 규명을 위해 병력조사에서 내과적, 정신의학적 및 신경학적 요인 뿐 아니라 사회적, 심리적 요인들을 포괄적으로 평가하는 것이 필요하다고 지적하였다. 즉, 환자의 생활양식과 가정환경의 측면에서 환자를 평가하는 것이 중요하다는 것이다. 치매가 의심되는 환자와의 면담시 가족을 참석시키는 것이 도움이 되며, 병력을 청취하는 과정에서 인지기능 소실의 과정과 속성 및 그에 수반된 문제점들이 파악되어야 한다. 취미와 직업에 관해서도 주의깊게 병력조사를 함으로써 질병과 환자의 기능수행과의 관계를 이해하고, 가능한 독성환경에의 노출을 규명하는데 도움이 된다고 하였다. 또한 노인들은 많은 약을 복용하고 때로는 과용량을 사용하기도 하므로, 약물복용에 관한 철저한 조사가 매우 중요하다고 하였다.

Goodwin & Yoshikawa(1989)의 연구에서도 병력검사시 환자의 정서상태에 영향을 미친 사건을 포함한 사회적 병력을 조사하는 것이 발병요인을 밝히는데 절대적으로 필요하다고 하였다.

Rahe(1964)등은 스트레스가 높은 생활사건은 인간의 신체기능장애와 심리적 적응능력에 영향을 미친다고

하였으며, Rahe and Lind(1971), Uhlenhuth and Parkel(1973), 그리고 Brown and Birley(1968)의 연구는 일상생활에서 경험하는 생활사건들을 스트레스 촉진 요인으로써 신체 및 정신적 질병의 중요한 변수로 보았다. 특히 Paykel(1969), Brown(1972)은 스트레스를 주는 생활사건과 정신분열증, 우울증, 자살의 시도, 신경증 등의 정신질환간의 관계를 제시하였다.

2) 돌보는 가족원의 스트레스

인지손상때문에 노인성치매환자는 잘못된 인간-환경 상호작용을 나타내는 반복적 행동, 잘못된 반응, 그리고 상황과 어울리지 않는 행동들을 보인다(Roberts and Algase, 1988). 가족구성원이 치매성질환을 앓을 경우, 환자 본인뿐 아니라 가족이 경험하는 스트레스는 매우 높다. 이러한 스트레스는 가족의 신체적, 정신적 건강에도 부정적인 영향을 준다. Haley, Levine, Brown, Berry와 Hughes(1987)는 건강한 노인을 돌보는 가정과 치매 노인을 돌보는 가정을 비교 연구한 결과 치매 노인의 가족원 집단이 대조 집단보다 건강지각(자가 보고의 건강 지각을 한 개 문항으로 질문함)이 더 나빴고, 복용 약물수 및 의사 방문수가 더 많았으며, 또한 더 우울하고 생활만족도도 더 낮았다고 보고하였다. Purchno와 Potashnik(1989)는 치매환자를 돌보는 배우자 395명을 대상으로 한 연구에서 정상인에 비해 치매환자의 배우자들이 당뇨, 관절염, 빈혈, 궤양들이 만성 질환이 더 많았고 정신중으로 약물을 더 많이 복용하였고 무기력, 두통, 심계항진 등의 증상을 많이 호소한다고 하였다. Baillie등(1988)은 노인을 돌보는 가족원을 대상으로 한 연구 결과 돌봄으로 인한 스트레스는 돌보는 가족원의 심리적 고통과 우울에 유의한 상관관계를 보인다고 하였다.

Wilson(1989)을 치매환자를 돌보는 가족원 20명을 면접하여 역할 스트레스가 건강에 미치는 영향을 3단계로 서술하였다. 돌보는 역할을 맡게되는 초기에는 역할 모호성을 느끼고, 돌보는 역할을 수행하는 중간단계에서는 일상 생활 양상이 깨지고 가족간의 갈등이 생기며 재정 압박이 심해지고 피로감, 생활의 불안정감, 신체적 정신적 소진을 경험하며, 마지막 단계에서는 돌보는 역할을 남에게 양도한다는 것이다.

이러한 치매환자를 돌보는 가족원의 스트레스와 비슷한 개념으로 쓰이는 것이 부담감이다. 날로 늘어나는 노인인구와 노인건강문제와 관련해서 노인에 대한 돌봄(caring)과 가족이 경험하는 부담감(burden)사이의 관

계가 정책면에서나 건강전문가 모두에게 중요하게 대두되고 있는 상황을 인식한 Montgomery, Gonyea, 그리고 Hooyman(1985)은 노인을 돌보는 가족 80명을 대상으로 가족원의 돌보는 경험과 그들이 겪는 주관적, 객관적 부담감 사이의 관계를 조사하였다. 연구결과 주관적 부담감과 객관적 부담감 간에는 상호관련성이 있으나, 각 부담감의 예측요인은 달랐다. 주관적 부담감은 특히 돌봄제공자의 특성(나이, 수입)에 관련이 있었으나, 객관적 부담감은 제공하는 돌봄행위의 형태(목욕, 옷입히기; 장소의 이동, 심부름; 도와주는 다른 사람의 수)와 관련이 있었다. 시간표나 지리적 위치는 객관적 부담감을 가장 잘 예측해주는 요인이었다. 이 연구에서 가족의 부담감 감소를 위한 중재법과 정책의 제안으로 주관적 부담감은 수입이나 나이등 개인적 특성과 관련된 것으로 쉽게 변화시킬 수 없으나, 객관적 부담감은 일시적일 지라도 환자를 돌볼 수 있는 기관을 이용함으로써 가족의 부담감을 줄일 수 있으므로, 지역사회나 국가적인 대안 마련이 필요함을 지적하고 있다.

Rabins등(1982)은 치매환자가 가족에게 미치는 영향을 조사하기 위해 회복 불가능한 치매로 고통받는 환자 55명의 일차적인 간호를 담당하고 있는 가족을 면담하면서 문제를 일으키는 환자의 이상행동과 가족이 환자를 간호하면서 경험하게된 신체적, 정신적, 정서적 문제들을 조사하였다. 그 결과 가족들이 말하는 환자에게 나타나는 행위상의 문제로는 기억장애, 파국적행동(catastrophic reactions), 관심을 요하는 행동(demanding/critical behavior), 밤에 돌아다님, 물건감추기, 의사소통장애, 의심, 트집잡기 등의 순으로 나타났다. 심각한 문제를 유발하는 행위에 대해서는 신체적 난폭함, 기억장애, 실금, 파국적행동, 때리기, 트집잡기, 의심의 순으로 대답하였다. 또 가족이 스스로 경험하는 문제와 관련해서는 만성피로, 분노, 우울이 가장 많았으며, 다음으로는 가족간 갈등, 친구와 취미의 상실, 자신을 위한 시간의 부족, 돌봄제공자가 아프게 될 것에 대한 걱정, 새로운 역할과 책임수행의 어려움, 죄책감 등의 순으로 나타났다.

Gwyther와 George(1986)는 치매환자가족의 안녕감과 부담감에 대한 심포지움에서 관련 논문들의 실무적용에 대해 첫째, 가족기능은 치매환자의 질병특성 보다는 간호상황특성에 의해 잘 예측할 수 있다고 하였다. 가족의 안녕은 가족의 주관적 지각, 개인적 특성, 그리고 사회적 자원에 대한 광범위한 고찰없이 이해될 수 없다는 것이다. 둘째, 가족을 위한 서비스를 계획하고

수행할 때 각 가족의 이질적인 특성을 잘 고려해야 한다. 셋째, 돌봄으로 인한 요구와 부담감은 시간에 따라 변할 수 있음을 이해해야 한다고 하였다. 알츠하이머씨병의 진행상의 특성때문에 간호제공자에게 주어지는 요구도 변화시키며, 돌봄제공자의 자원과 다른 책임 역시 시간의 흐름에 따라 변한다. 돌봄제공자의 지지체제는 어떤 시점에 변하거나 없어질 수도 있다. 돌봄제공자는 직업의 형태를 변화시키거나 그 자신의 건강문제에 직면하거나 혹은 재정상태에 변화가 초래될 수 있는 등 이러한 역동적인 삶의 조건들은 돌봄제공자의 안녕감과 효율성, 그리고 서비스요구에 영향을 미친다는 것이다.

Ⅲ. 연구방법

본 연구에서는 후향적 비교조사연구를 통하여 치매환자와 정상노인의 생활사를 조사하여 치매 발병요인을 규명하고자 하였다. 조사내용에는 인지상태를 사정하는 MMSE-K; 대상자의 일반적 특성; 건강습관, 과거력과 가족력; 가족관계, 평상시 생활사 그리고 스트레스 생활사를 묻는 환경적 특성; 돌보는 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구가 포함되었다. 이중 돌보는 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구는 치매노인의 가족에서만 조사되었으며, 치매노인에 대한 사항은 인지검사인 MMSE-K를 제외하고는 가족원을 통해 조사되었다.

본 연구를 위한 조사는 일개도 군지역에 살고 있는 노인중 보건진료원 관할지역에 거주하는 임의 표본 100명의 치매노인과 120명의 정상노인 및 그 가족을 대상으로 1993년 11월 부터 1994년 2월 까지 약 4개월동안 실시되었다.

1) 연구도구

본 연구에 사용된 설문지는 치매진단 도구인 MMSE-K와 본 연구팀이 개발한 설문지 두부분으로 구성되어 있다.

MMSE-K는 현재 사용되고 있는 치매진단 도구중 신뢰도와 타당도검증이 되어 있으며, 다른 검사 및 뇌전산하 단층촬영상의 병변정도와의 상관관계가 높은 것으로 판명된 Mini-Mental State Examination(MMSE)(Folstein et al, 1975)을 권용철과 박중한(1989)이 한국 노인들에게 사용할 수 있도록 개발한 한국판 MMSE이다. MMSE-K는 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의 집중 및 계산, 언어기능, 그리고 이해 및 판단영역을 묻는 총 12문항으로 되어 있으며, 최고점은 30점이

다. 또 교육유무가 MMSE-K 점수에 영향을 미친다는 연구결과(Henderson, 1986; 권용철, 박종한, 1989)에 의해 무학집단이 유학집단에 비해 유의하게 점수가 낮은 세부 문항들에 대해 교정점수를 주도록 되어있다. 본 연구에서는 무학집단의 노인에게는 시간에 대한 지남력에 1점, 주의집중 및 계산에 2점, 언어 기능에 1점씩 가산한 교정점수를 사용하였다.

문헌과 선행연구에 근거하여 본 연구팀이 개발한 설문지의 내용은 크게 치매발생요인과 관련된 것으로 제시된 항목(일반적 특성, 건강습관, 환자의 병력, 환경적 특성)과 돌보는 가족원의 스트레스요인 및 간호요구에 대한 문항으로 구성되었다. 본 연구에서는 특히 간호중재가 가능할 수 있는 요인의 규명과 관련하여 기존 문헌에서 제시된 위험요인외에 스트레스 생활사 및 규명과 관련하여 기존 문헌에서 제시된 위험요인외에 스트레스 생활사 및 건강습관이 어떤 관련을 갖는지에 초점을 두고 설문지를 제작하였다. 스트레스 생활사는 이평숙(1984)이 사용한 경제 및 직업, 친교 및 취미, 성공 및 성취, 시험 및 학업, 부부 및 결혼생활, 죽음, 자녀, 자녀 및 부모의 결혼생활, 위법행위, 주거환경, 임신 및 생식기능, 가족간의 불화, 취업 및 퇴직, 종교생활, 이성교제, 그리고 건강문제의 16요인을 부분적으로 수정하여 이용하였다.

조사지의 내용타당도를 확인하기 위하여 5명의 노인 간호학전공 대학원생과 5명의 노인간호전문가에 검토케 하여 수정보완하였다.

2) 자료 분석

수집된 자료는 도수분포, 평균등의 서술통계와 χ^2 점정(Chi-Square test), t-test 등의 통계기법에 의해 분석하였다.

3) 용어정의

노인성치매와 초로기에 나타나는 알츠하이머씨병은 별개의 질환으로 여겨졌으나, 약 15년 전부터 동일한 질환으로 보게되었으며 구미에서는 노인성치매와 알츠하이머씨병을 합하여 알츠하이머씨형 노년치매라고도 부른다.

본 연구에서는 노년치매를 진단과 관계없이 기억력의 장애, 계산장애, 판단장애등으로 대인관계에 이상이 있는 환자로서 MMSE-K 교정점수가 20점 이하인 노인을 말한다.

정상노인은 대상자 중 MMSE-K 교정점수가 21점 이상인 노인을 말한다.

IV. 연구결과

1) 대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 1>에서 제시된 바와 같다. 치매군의 평균 연령은 79.9세이며 정상군의 평균 연령은 73.3세로서 두 군 모두에서 여자가 남자보다 2-3배 이상 많았다. 이는 우리나라 여성의 평균수명이 남성보다 높은 것과 일치한다. 교육정도를 보면 정상군의 65.8%와 치매군의 68%가 무학으로 나타났다. 결혼 상태는 정상노인의 60.8%와 치매노인의 74%가 배우자와 사별한 것으로 나타났다. 대상자가 평가한 사회경제적 상태는 정상군의 69명(57.5%)과 치매군의 59명(59%)이 '중'으로 답하였다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

특성	구분	정상 노인	치매 노인
		실 수(%)	실 수(%)
연령	65세 미만	4(3.3)	4(4.0)
	65-74	56(46.7)	20(20.0)
	75-84	46(38.3)	40(40.0)
	85세 이상	14(11.7)	36(36.0)
	성별	남	37(30.8)
	여	83(69.2)	77(77.0)
교육 정도	무 학	79(65.8)	68(68.0)
	서 당	13(10.8)	12(12.0)
	국 졸	23(19.2)	17(17.0)
	중 졸	2(1.7)	-(-)
	고 졸	-(-)	-(-)
	대졸이상	-(-)	-(-)
	무응답	3(2.5)	3(3.0)
현재의 결혼상태	미 혼	-(-)	-(-)
	기 혼	47(39.2)	21(21.0)
	이 혼	-(-)	-(-)
	별 거	-(-)	1(1.0)
	사 별	73(60.8)	74(74.0)
	무응답	-(-)	4(4.0)
과거의 직업	농수산직	34(28.3)	27(27.0)
	무직(학생포함)	56(46.7)	44(44.0)
	합)	25(20.8)	23(23.0)
	주 부	5(4.2)	4(4.0)
	자유업	-(-)	2(2.0)
	무응답		

특성	구분	정상 노인	치매 노인
		실 수(%)	실 수(%)
종교	기독교	8(6.7)	9(9.0)
	불교	67(55.8)	31(31.0)
	천주교	3(2.5)	2(2.0)
	유교	11(9.2)	19(19.0)
	무교	26(21.7)	31(31.0)
	기타	3(2.5)	7(7.0)
	무응답	2(1.7)	1(1.)
사회경제적 상태			
	상	14(11.7)	7(7.0)
	중	69(57.5)	59(59.0)
	하	36(30.0)	30(30.0)
	무응답	1(0.8)	4(4.0)
	계	120(100)	100(100)

2) 교정전과 교정후의 대상자간 MMSE-K 점수 분포
MMSE-K는 MMSE를 한국형으로 개조한 것으로 현시점에서는 타당도와 신뢰도가 가장 인정되는 검사 도구이다. 기존 연구결과 MMSE-K 점수가 20점 이하이면 치매, 21점에서 24점은 치매의심, 그리고 25점 이상은 정상으로 판단한다. 이를 다시 20점 이하면 치매로, 그리고 치매의심을 포함하여 21점 이상은 정상으로 분류한다.

본 연구에서 대상자들의 MMSE-K 점수 분포는 <표 2>에서 보는 바와 같다. 교정된 분포에서는 보건진료원이 정상노인으로 판단한 100명 중 36명이 20점 이하로 치매군에 포함되었으며 치매로 판단한 노인 120명 중 10명이 정상군으로 분류되었다. 이를 다시 학력을 고려하여 무학의 경우 교정점을 준 경우에는 보건진료원이 판단한 정상군의 20명과 치매군으로 판단한 노인군의 80명이 치매군에 속하였다.

최종적으로 치매노인이 100명, 정상노인이 120명으로 분류되었으며, 본 연구의 연구결과는 이 분류체계에 따라 분석되어 기술되었다.

3) 치매 발생관련 요인

대상자의 일반적 특성과 치매발생과의 관계를 우선 살펴보고자 한다. <표 3>과 <표 4>에서 볼 수 있는 바와 같이 일반적 특성 중에서는 나이와 현재의 결혼상태, 그리고 종교가 두 집단간에 유의한 차이를 보였다. 즉 치매군이 정상군에 비해 평균 연령이 높았으며, 사별된 혼자 사는 경우가 많았으며, 종교가 없는 경우가 많았다.

<표 2> 보건진료원과 MMSE-K 점수를 이용한 치매 분류

MMSE-K에 의한 분류	교 정 전			교 정 후			계
	치매군	치매 의심	정상군	치매군	치매 의심	정상군	
정상군	36	31	33	20	26	54	100
치매군	110	7	3	80	21	19	120
계	146	38	36	100	47	73	220

치매군 : 20점 이하, 치매의심군 : 21-24점, 정상군 : 25점 이상.

<표 3> 대상자의 연령과 치매발생과의 관계

집단	대상자수	평균	표준편차	t값	p-값
정상군	120	73.65	13.6	-3.28	.001
치매군	100	79.85	14.4		

<표 4> 대상자의 일반적 특성과 치매발생과의 관계

변수	χ^2 값	자유도	p-값
성별	1.70134	1	.19211
교육정도	2.71921	4	.60586
현재의 결혼상태	15.31635	3	.00157**
과거의 직업	3.39512	4	.49400
종교	16.56274	6	.01103*
사회경제적 상태	3.81360	3	.28231

*p<.05 **p<.005

건강습관 및 대상자의 과거력과 치매발생과의 관계를 살펴보면, <표 5>에서와 같이 건강습관 중에서는 현재의 흡연유무, 음주유무, 음주정도가 유의한 변수로 나타났다. 이 중 현재의 흡연은 치매군에서 높았으며, 음주유무, 음주정도, 그리고 과음정도는 정상군에서 높았다. 과거력에서는 기타 암에서 의미있는 차이를 보였으며 파킨슨씨병과 정박아자녀는 사례가 없었다.

가족력을 살펴본 결과 두 군간에 유의한 차이를 보인 변수는 없었으며, 정상군에서는 고혈압, 신경성질환, 심장병과 치매 순으로 빈도가 높았으며, 치매군에서는 고혈압, 신경성질환, 심장병, 치매와 뇌졸중의 순으로 나타났다. 발병가족으로는 부모, 형제, 자녀가 조사되었는데 고혈압과 신경성질환은 부모보다는 형제와 자녀에게서 나타난 빈도가 높았으며, 반면에 치매와 뇌졸중은 부모에게서 많이 나타났다.

〈표 5〉 건강습관 및 과거력과 치매발생과의 관계

변 수	χ^2 값	자유도	p-값
건강습관			
현재의 흡연유무	9.37280	1	.00220**
과거의 흡연유무	4.58404	2	.10106
음주 유무	14.49140	1	.00014**
음주 정도	23.17914	5	.00031**
과음 정도	21.43640	4	.00026**
과거력			
고혈압	.02383	1	.87732
심장병	-	-	-
당뇨병	.80712	1	.36897
파킨슨씨병	-	-	-
정박아 자녀	-	-	-
암 : 뇌암	2.78936	2	.24791
심혈관계	.28848	1	.59119
기 타	8.52329	1	.00351**
두부의상	1.22260	2	.54264
졸도	.06775	1	.79464

**p<.005

환경적 특성에서는 가족관계, 생활사 및 스트레스 생활사로 나누어 치매발생과의 관계를 조사하였다. 가족과의 관계는 가족원이 생각하는 노인과의 관계로 물었으며, 생활사로 조사한 것은 지적활동정도, 노인의 자기 존중감, 가족내에서 노인의 역할, 대외적 활동 참여도, 그리고 문제발생시 접근법에 대한 것이다(표 6).

〈표 6〉 환경적 특성과 치매발생과의 관계

변 수	χ^2 값	자유도	p-값
가족원이 생각하는 노인과의 관계			
과 거	12.09151	3	.00708**
현 재	15.46792	3	.00146**
지적활동정도	15.43009	3	.00148**
노인의 자기존중감			
평 소	2.98519	3	.39391
발병전	6.62519	3	.08485
가족관계의 구심점			
역할 수행여부	7.60717	2	.02229*
대외적 활동 참여도	4.02055	3	.25925
문제발생시 주위에			
도움을 요청함	9.43944	2	.00892*
한 멱한 일 여부	1.28001	2	.52729

*p<.05 **p<.005

가족관계가 치매발생과 관련하여 두 군간에 유의한 차이를 보였다. 과거와 현재 모두에서 가족원이 생각하

는 노인과의 관계가 치매군에서 정상군보다 나쁜 것으로 나타났다.

생활사 중에서는 지적활동정도와 가족내에서 노인의 역할 중 가족관계의 구심점 역할 수행여부, 그리고 문제 발생시 접근법 중 주위에 도움을 요청하는 정도가 두 군간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 치매노인군은 지적활동정도가 적었으며 가족관계의 구심점 역할 수행정도도 낮았으며, 문제 발생시 주위에 도움을 요청하는 것도 정상군에서 높았다. 노인의 자기 존중감과 대외적 활동참여도 그리고 한 멱한 일 여부는 유의한 차이를 보이지 않았다.

스트레스 생활사와 관련해서는, 〈표 7〉에서 볼 수 있는 바와 같이 16가지 스트레스 생활사 중에서 자녀문제, 가족간의 갈등 또는 불화, 건강문제 및 위법행위가 의미 있는 차이를 보였으나 이들 항목에서 '심하다'고 답한 경우가 치매군에서 보다 정상군에서 많았다. 16가지 스트레스 생활사를 전부 합한 정도에서도 평균이 정상군이 44.6으로 치매군의 40.4보다 높았으며, 두 군간의 차이를 t-검정한 결과 유의한 차이를 보였다. 이와 같이 스트레스 생활사는 두군간에 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 스트레스 생활사가 치매발생과 관련있는 요인으로 지지되지는 못하였다.

〈표 7〉 스트레스 생활사와 치매발생과의 관계

변 수	χ^2 값	자유도	p-값
경제, 직업	6.62710	5	.24988
성공 및 성취	3.33788	5	.64805
시험 및 학교	5.38508	5	.37071
퇴 직	4.25187	5	.51375
주거환경	10.25869	5	.06823
부부 및 결혼생활	8.28623	5	.14115
자녀문제	21.21735	5	.00074**
부모의 결혼생활	5.56652	5	.35071
가족간의 갈등 또는 불화	13.49665	5	.01914*
의미있는 사람의 죽음	4.01090	5	.54785
건강문제	15.23035	5	.00942*
임신, 유산, 불임 및 불임	5.00987	5	.41468
시술			
위법행위	15.00430	5	.01034*
친교 및 위미	5.30021	5	.38035
이성 교제	6.40700	5	.26861
종교	4.17828	5	.52404

*p<.05 **p<.005

4) 돌보는 가족원의 스트레스요인 및 간호요구
노인을 돌보는 가족원으로는 정상노인의 44.2%와 치매노인의 27%가 며느리로 가장 많았으며, 그 다음으로는 정상노인을 돌보는 가족원이 배우자인 것에 비해 치매노인의 경우는 자녀로 나타났다<표 8>.

<표 8> 노인과 돌보는 가족원과의 관계 n(%)

집 단	배우자	자녀	며느리	친지 혹은 친구	무응답	계
정상군	26(21.7)	23(19.2)	53(44.2)	5(4.2)	13(10.8)	120
치매군	16(16.0)	27(27.0)	51(51.0)	4(4.0)	2(2.0)	100

도움에 대한 요구와 관련해서는 치매노인가족의 56%에서 도움이 필요하다고 답하여 정상노인의 가족이 2%에서 필요하다고 한 것에 비해 도움에 대한 요구가 큼을 알 수 있었다. 도움의 내용과 관련해서는 치매노인 가족은 역할의 분담, 경제적 지지, 심리적 지지, 그리고 관련정보제공 순으로 답하였으며, 정상노인의 가족은 경제적 지지, 심리적 지지, 역할의 분담 그리고 관련정보제공으로 나타나 두군간에 차이를 보였으며, 특히 치매노인의 가족에서 역할스트레스 또는 부담감이 큼을 알 수 있다.

<표 9> 가족이 가장 흔히 경험하는 증상

증 상	빈도
과상한 행동, 반복행위	21
불결	17
기본변덕(짜증, 화)	13
가리지 않고 먹음	11
수족떨림	10
혼자 중얼거림, 반복언어	10
거부	9
동문서답, 횡성수설	9
수면장애	8
의심	7
억측	6

치매노인을 돌보는 가족원의 스트레스 요인과 관련하여 조사한 내용은 치매노인을 돌보면서 가장 흔히 부딪히는 증상과 가장 문제를 일으키는 증상이었다. 가족원이 가장 흔히 부딪히는 증상은 <표 9>에서 볼 수 있는 바와 같이 과상한 행동, 불결, 기본변덕(짜증, 화), 가리지 않고 먹음, 그리고 수족떨림과 혼자 중얼거림 등이 순으로 나타났으며, 가장 문제를 일으키는 증상으로 답한 것은 불결, 과상한 행동이나 반복행위, 수면장애, 기본변

덕(짜증, 화), 의심, 혼자서 집밖으로 나감 등의 순으로 나타났다<표 10>.

<표 10> 가장 문제를 일으키는 증상

증 상	빈도
불결	18
과상한 행동, 반복행위	15
수면장애	15
기본변덕(짜증, 화)	6
의심	6
혼자서 집 밖으로	6
혼자 중얼거림, 반복언어	4
수족떨림	3
거부	3
환각	3

돌보는 가족원이 경험하는 증상은 신체적 측면에서는 59명이 피로를 들었으며, 정신적 측면에서는 불안/긴장이나 기분의 침체 또는 스트레스를, 그리고 사회적 측면에서는 생활장애, 수치심, 주위의 비난, 죄책감 등을 들었다.

교육과 관련하여 묻은 간호요구에 대한 조사 결과, “돌보는 가족원 스스로 환자간호에 필요한 지식과 기술을 충분히 갖고 있다고 생각하십니까?”라는 문항에 대해 ‘충분하다’고 답한 응답자가 19명인 반면에 40명이 ‘부족하다’로, 그리고 16명은 ‘아주 부족하다’고 하여 환자간호를 위한 지식과 기술에 대한 교육의 필요성이 높음을 보여주었다.

환자간호와 관련하여 외부의 도움에 대해서는 25명이 필하다고 한 반면 51명이 필요하다고 응답하였으며, 치매환자를 돌보는 가족원들이 희망하는 서비스의 형태로는 가장 많은 수인 23명이 전문치료기관을 원하였으며, 17명은 수용이나 보호시설, 그리고 15명이 역할분담을 원하였으며, 상담이나 교육(정보제공), 혈압측정등의 의료서비스, 경제적 도움, 정신적 지지의 순으로 나타났다.

V. 논 의

우리나라도 고령화사회가 되면서, 점차 인지장애가 있는 노인의 건강문제가 심각한 사회문제로 대두되고 있어 치매노인에 대한 관리가 절실히 필요하다. 그러나 아직 우리나라의 경우 치매가족의 인식부족과 더불어 그 책임과 부담감이 가족에게 전적으로 맡겨져 치매노인연구의 대상자 확보 조차 어려운 상황으로 아직 전국

적인 역학조사도 되어 있지 않은 상태이며, 인지 장애를 보이는 환자와 가족에 대한 간호 및 보건 연구는 더욱 희귀한 상태이다. 치매노인의 발생은 환자 본인의 삶에 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 가족원의 삶에도 황폐화를 초래한다.

본 연구에서는 일개 군지역의 치매노인 100명과 정상노인 120명을 대상으로 치매발병요인과 가족원의 스트레스 요인 및 요구도를 파악하여 효과적인 간호중재 및 보건사업의 기초 자료를 제시하고자 하였다. 대상자의 일반적 특성 중 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 연령, 현재의 결혼상태, 그리고 종교였다. 이중 연령은 기존 문헌에서 노인성치매의 발생위험요인으로 밝혀진 것 중 가장 주된 요인인 것과 일치하는 결과이다. 현재의 결혼상태가 두 군간에 차이를 보이는 것은 결혼상태가 직접 영향요인이 될 수도 있고 또는 나이로 인한 것일 수도 있으므로, 이 관계를 보다 명확히 할 필요가 있다. 최근의 두 연구는 낮은 교육수준이 노인층에서 알츠하이머형의 치매 발생가능성을 증가시킨다고 보고하였는데, 본 연구에서는 학력과 치매의 관련성이 확인되지 못하였다.

건강습관과 관련해서는 현재의 흡연유무, 음주유무, 음주정도, 과음정도가 두 군간에 유의한 차이를 보였다. 이중 흡연은 치매군에서 높게 나오므로써 흡연과 노인성치매간에 정상관관계가 있음을 보고한 Shalat 등의 (1987) 연구와 일치하였다. 알코올섭취량과 알츠하이머씨 병의 관계에 대한 5편의 연구에 대한 메타 분석에서 알콜섭취와 병의 진행이 관련성이 낮은 것으로 보고하였는데(Hebert et al., 1992), 본 연구에서도 알콜섭취는 두 군간에 유의한 차이는 보였으나 그 정도가 모두 정상군에서 높게 나오므로써 음주유무나 음주정도가 치매발생과 직접 관련이 있는 것으로 보기는 어려울 것으로 생각되며, 도리어 적당한 알콜의 섭취가 스트레스 해소에 도움이 될 수도 있을 것으로 생각된다.

과거력과 관련해서는 고혈압, 심장병, 파킨슨씨병, 정박아 자녀, 암, 두부의상, 그리고 졸도의 유무를 두 군간에 비교하였는데, 기타 암에서만 두 군간에 유의한 차이를 보였으며, 기존연구에서 노인성치매의 위험요인으로 제기되었던 두부의상이나 심장병의 관련성은 확인되지 못하였다. 알츠하이머씨병에 대한 가능성 있는 위험요인들을 가장 포괄적으로 검증한 Henderson(1988)은 알츠하이머씨병과 다운증후군의 가족력도 위험요인이라 보고하였는데, 본 연구의 결과에서는 치매와 다운증후군이 모두 치매군에서 정상군에 비해 많은 빈도를 보

였으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 못하였다.

본 연구에서는 사전 연구들에서 보고한 치매발생요인 외에 환자의 일상생활사(스트레스 생활사 포함)가 치매발생과 상당한 관련성이 있을 것이라는 가정하에 생활사와 치매발생과의 관련성을 조사하였다. 연구결과 과거와 현재 모두에서 가족원이 생각하는 노인과의 관계가 두 군간에 차이를 보였는데, 치매노인의 경우 과거와 현재 모두에서 관계가 나쁜 것으로 나타났다. 생활사에서 지적활동정도과 가족관계의 중심점 역할의 수행 여부, 그리고 문제 발생시 접근법 중 주위에 도움을 요청하는 정도에서 두 군간에 유의한 차이를 보여 생활사와의 관련성을 확인할 수 있었으며, 특히 평소의 활발한 지적활동이 치매예방에 효과적이라는 가설이 지지되었다. 그러나 일생을 통해 한이 되는 생활사의 여부는 차이를 보이지 않았다.

이평숙(1984)의 스트레스 생활사 16항목을 수정하여 사용한 스트레스 생활사와 치매발생과의 관계는 자녀문제, 가족간의 갈등 또는 불화, 건강문제 및 위법행위의 4 가지 항목에서 유의한 차이를 보였으나 정상노인에서 그 정도가 심한 것으로 나타남으로써 치매발생 요인으로 확인되지는 못하였다. ‘한’이나 ‘스트레스 생활사’와 관련해서 나타난 이와 같은 결과는 노인에게서 직접 들을 수 없었던 데다가 주된 정보제공자가 며느리로 노인의 과거 삶을 잘 알 수 없는 점과 더불어 치매노인의 경우, 자료수집과정에서 가족원이 굳이 들이켜 생각하고 싶어하지 않거나 수치심 등으로 감추는 경향을 보이는 점 등을 미루어 어떤 결론도 도전의 여지가 남는다고 생각된다.

본 연구에서 들보는 가족원의 스트레스 요인을 응답자가 자유롭게 제시하도록 한 결과 치매노인에게서 흔히 부딪치는 증상은 괴상한 행동, 불결, 기분변덕, 가리지않고 먹음, 그리고 수족떨림과 혼자 증얼거림 등의 순이었으며, 가장 문제를 일으키는 증상으로는 불결, 괴상한 행동이나 반복행위, 수면장애, 기분변덕, 의심, 혼자서 집밖으로 나감 등의 순으로 나타났다. Rabins등(1982)의 회복불가능한 치매로 고통받는 환자 55명의 가족을 대상으로한 연구에서 ‘기억장애’자체가 문제시된 반면 본 연구에서는 ‘불결’이나 ‘가리지않고 먹음’ 등의 증상이 심각함을 드러낸 차이를 제외하고는 유사한 양상을 보였다. 또 가족이 스스로 경험하는 문제로 신체적 측면에서는 피로를, 정신적 측면에서는 불안/긴장이나 기분의 침체 또는 스트레스를, 그리고 사회적 측면에서는 생활장애, 수치심, 주의의 비난, 죄책감등을

나타났다. 이러한 결과는 이와 권(1993)이 치매노인의 주간호자 83명을 대상으로 조사한 개인적 애로사항에서 피로, 개인시간부족, 수면부족, 건강에 대한 불안, 심리적 불안정, 일상적 외출의 제한 등으로 나타난 것과 유사한 양상을 보였으며, Rabins의 연구결과와도 일치한다.

치매환자를 돌보는 가족원들이 가장 희망하는 서비스 형태는 전문치료기관, 수용이나 보호시설, 역할분담, 상담이나 교육(정보제공)의 순으로 나타났다. 이러한 결과는 Wilson(1989)의 연구에서 치매환자를 돌보는 가족원은 돌보는 역할을 수행하게 되면서 일상 생활 패턴이 깨지고 가족간의 갈등이 생기며 재정 압박이 심해지고 피로감, 생활의 불안정감, 신체적 정신적 소진을 경험하며, 마지막으로 돌보는 역할을 남에게 양도한다는 결과와 일치점을 찾을 수 있다. 또한 노인을 돌보는 가족 80명을 대상으로 가족원의 돌보는 경험과 그들이 겪는 주관적 객관적 부담감 사이의 관계를 조사한 연구에서 지역사회나 국가적인 대안마련이 필요함을 지적한 Montgomery 등(1985)의 연구결과로도 뒷받침되고 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구에서는 일개 군지역의 치매노인 100명과 정상노인 120명을 대상으로 노인성치매의 발병요인과 치매환자를 돌보는 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구를 후향적 비교조사연구설계를 이용하여 조사하였다.

연구도구는 진단을 위해서는 MMSE-K를 이용하였으며, 발병요인과 가족원의 스트레스 요인 및 간호요구는 연구자가 개발한 설문지를 이용하였으며, 자료수집은 훈련된 보건진료원이 가정을 방문하여 면담을 통해 이루어졌으며, 특히 치매환자에 대한 내용은 가족을 통해 조사하였다.

본 연구결과와 분석은 발병요인에 관한 것은 카이제곱 검정과 t-검정을 하였으며, 스트레스 요인과 간호요구는 서술적 통계를 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 일반적 특성에서는 연령, 현재의 결혼상태, 종교가 치매발생과 관련있는 것으로 나타났다.
- 2) 건강습관 중에서는 현재의 흡연유무, 음주유무, 음주정도, 과음정도가 치매군과 정상군간에 유의한 차이를 보였다.
- 3) 대상노인의 과거력에서는 기타암에서 유의한 차이

를 보였다.

- 4) 가족관계에서는 현재와 과거 모두에서 가족원이 생각하는 노인과의 관계가 유의한 차이를 보였다.
- 5) 생활사에서는 지적활동정도와 가족관계의 중심점 역할 수행여부, 문제발생시 접근법에서 차이를 보였다.
- 6) 스트레스 생활사에서는 자녀문제, 가족간의 갈등 또는 불화, 건강문제 및 위법행위가 차이를 보였다.
- 7) 치매환자 가족원의 스트레스 요인으로 가족원이 가장 흔히 부딪히는 증상은 괴상한 행동, 불결, 기분변덕, 가리지 않고 먹음, 그리고 수족떨림등의 순으로 나타났으며, 가장 문제를 일으키는 증상은 불결, 괴상한 행동, 수면장애, 기분변덕, 의심등의 순으로 나타났다.
- 8) 치매환자를 돌보는 가족원이 희망하는 서비스 형태는 전문치료기관을 가장 많이 원하였으며, 다음으로는 수용이나 보호시설, 역할 분담, 상담이나 교육(정보제공)의 순으로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 도시지역에서의 반복연구가 필요하다.
- 2) '한' 이나 '스트레스 생활사'가 치매발생에 어떤 영향을 미치는 가를 탐색하는 질적연구가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김용선(1992). 노화와 알츠하이머병, 녹십자보, 4(20), 215-223.
- 남궁기, 이흥식, 유계준(1993). 치매의 진단과 치료. 한국노년학회 한국노인병학회 한국노화학회 '93 연합 학술발표대회(초록집), 33-47.
- 권용철, 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-mental state examination의 표준화연구 제 1편 : MMSE-K의 개발. 신경정신의학, 28(3), 125-135.
- 박종한(1993). 지역사회 치매 유병률 조사에서 선별검사의 의의, 신경정신의학, 32(1), 70-75.
- 보건사회부(1981). 보건사회통계연보
- 이성희, 권중돈(1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지요구, 서울특별시 북부노인종합복지관 연구보고서.
- 이평숙(1984). 생활사건과 관련된 스트레스량 측정에 관한 방법론적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위

- 논문.
- 탁성희(1992). 서울지역 일부 양노시설 노인과 재가노인의 인지장애정도과 건강상태에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- Amaducci, L., Fratiglioni, L., Rocca, W.A.(1986). Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease : A case-control study of an Italian population. Neurology, 36, 922-931.
- Aronson, M.K., Ooi, W.L., Morgenstern, H.(1990). Women, myocardial infarction, and dementia in the very old. Neurology, 40, 1102-1106.
- Baillie, V., Norbeck, J.S., & Barnes, L.E.A.(1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. Nursing Research, 37(4), 217-222.
- Brown, G.W. and Birley J.L.(1968). Crisis and Life Change and the Onset of Schizophrenia. Journal of Health and Social Behavior, 8, 203-219.
- Brown, G.W.(1972). Life Events and Psychiatric Illness : Some Thought on Methodology and Causality. Journal of Psychosomatic Research, 16, 311-320.
- Folstein, M.F., Folstein, S.C., and McHugh, P.R.(1975). Minimental State : A Practical Method for Grading Cognitive State of Patients for the Clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.
- Fryer, D.G.(1983). Summer dementia in the elderly. Bulletin for the Mason Clinic, 37, 67.
- Goodwin, M.E. & Yoshikawa, T.T.(1989). Dementia Guidelines for Diagnosis and Treatment, An Information Bulletin from the Office of Geriatrics and Extended Care Department of Veterans Affairs Veterans Health Services and Research Administration.
- Graves, A.B., White, E., Koepsell, T.D., Reifler, V., Van Belle, G., Larson, E.B. & Raskind, M.(1990). The Association Between Head Trauma and Alzheimer's Disease. Am J Epidemiology, 131(3), 491-501.
- Gwyther, L.P., George, L.K.(1986). Symposium "Caregivers for Dementia Patients : Complex Determinants of Well-Being and Burden". The Gerontologist, 26(3), 245-247.
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., Berry, J. W., & Hughes, G.H.(1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. J Am Geriatr Soc, 35, 405-411.
- Henderson, A.S.(1986). The epidemiology of Alzheimer's disease. Br Med Bull, 42, 3-10.
- Henderson, A.S(1988). The risk factors for Alzheimer's : a review and a hypothesis. Acta Psychiatr Scand 78, 257-275.
- Hebert, L.E., Scherr, P.A., Beckett L.A. et al. (1992). Relation of Smoking and Alcohol Consumption to Incident Alzheimer's Disease. Am J. of Epidemiology, 135(4), 347-355.
- Katzman, R. & Jackson, J.E.(1991). Alzheimer Disease : Basic and Clinical Advances. JAGS, 39, 516-525.
- Liptzin, B., Grob, M.C., and Eisen, S.V.(1988). Family Burden of Demented and Depressed Elderly Psychiatric Inpatients. The Gerontologist, 28(3), 397-401.
- Martins, C., Gambert, S.R., Gupta, K.L. and Schultz, B.M.(1990). Effect of age and dementia on the prevalence of cardiovascular disease. Age, 13,9-11.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., and Hooyman, N.R.(1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. Family Relations, 34, 19-26.
- Pajik, M.(1984). Alzheimer's disease : Inpatient care. American Journal of Nursing, 232(2), 215-222.
- Paykel, E.S., Dienelt, M.N. and Lindenthal, J.J. (1969). Life Events and depression. Archives of General Psychiatry, 21, 753-760.
- Pruchno, R.A. & Potashnik, S.L.(1989). Caregiving spouses : Physical and mental health in perspective. J Am Geriatr Soc, 37, 697-705.
- Rabins, P.V., Mace, N.L., and Lucas, M.J.(1982). The Impact of Dementia on the Family. JAMA, 248(3), 333-335.

- Rahe, R.H. et al.(1964). Social Stress and Illness Onset. Journal of Psychosomatic Research, 8, 35-44.
- Rahe, R.H. and Lind E.(1971). Psychosocial factors and sudden cardiac death, A Pilot Study. Journal of Psychosomatic Research, 15, 19-24.
- Rocca, W.A., Bonaiuto, S., Lippi, A. et al.(199). Prevalence of clinically diagnosed Alzheimer's disease and other dementing disorders : A door-to-door survey in Appignano, Macerata Province, Italy. Neurology, 40, 626-631.
- Roberts, B.L. & Algase, D.L.(1988). Victims of Alzheimer's disease and the environment. Nursing Clinics of North America, 35(2), 113-118.
- Rumble, B.(1989). Amyloid A4 protein and its precursor in down's syndrome and Alzheimer's disease. New England Journal of Medicine 320, 1446-1452.
- Shalat, S.L., Seltzer, B., Pidcock, C. and Baker, E. (1973). Risk factors for Alzheimer's Disease : a caes-control study. Neurology, 37, 1630-1633.
- Uhlenhuth, E.H. & Paykel, E.S.(1973). Symptom intensity and life events. Archives of General Psychiatry, 28, 473-477.
- Van Dujin, C.M. & Hofman, A.(1991). Relation between nicotine intake and Alzheimer's disease. BMJ, 302, 1491-1494.
- Wilson, H.S.(1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's dementia : Coping with negative choices. Nursing Research, 38(2), 94-98.

- Abstract -

A Study on risk factors for senile dementia

Hong, Yeo Shin* · Lee, Sun Ja**
Park, Hyeoun Ae* · Cho, Nam Ok***
Oh, Jun Ju***

This study was conducted to investigate risk factors for senile dementia as well as care givers' stresses and thier needs for nursing care. It was done using a retrospective survey. A convenience sample of 100 senile dementia patients and 120 normal elders in a rural area was used. The tools used in the study were the MMSE-K(Mini-Mental State Examination-Korea) for dementia screening test and a questionnaire developed by the research team. Data were collected through home visits by Community Health Practitioners. Data were analyzed using descriptive statistics, T-test, and Chi-square test.

The findings are as follows :

1. There were significant differences in age, marital status, and religions between the two groups.
2. There was a significant difference in smoling behavior between the two groups.
3. There was a significant difference in past history of cancer between groups.

* Seoul National University, College of Nursing

** Seoul National University, Graduate School of Public Health

*** Seoul National University, Graduate School

4. There was a significant difference in past and present elderfamily relationship between the two groups.
5. There were significant differences in intellectual activities, assuming major role in family and seeking other's help in daily life troubles between the two groups.
6. There were significant differences in stress factors such as child problem, family conflict, health problem and illegal behavior between the two groups.
7. The major problems out by families in caring for dementia patient were catastrophic reactions, dirtiness, mood change, devouring and tremor. The most serious problems faced by families

was dirtiness, with catastrophic reactions, sleep disturbance, changeableness, and a suspiciousness following. The care givers expressed chronic fatigue, anxiety, tension, depression, disorder in daily life, shamefulness, blame from neighbours and guiltiness.

8. There is need for geriatric hospitals, nursing homes, burden sharing, and counselling or education for family care givers.

A replicate study in the urban area is recommended to validate the findings of this study. To explore the impact of stress in life and 'han' on senile dementia, a qualitative study is recommended.