

## 가족 복원력이 높은 집단과 낮은 집단간 치매노인의 일상활동능력 및 치매증상 비교

서문경<sup>1)</sup> · 장성옥<sup>2)</sup> · 이수정<sup>3)</sup>

### 서 론

#### 연구의 필요성

우리나라도 고령화 사회가 되면서 점차 인지장애가 있는 노인의 건강문제가 심각한 사회 문제로 대두되고 치매노인에 대한 관심이 절실히 필요하다. 그러나 아직 우리나라의 경우 치매가족에 대한 인식부족과 더불어 그 책임과 부담감이 가족에게 전적으로 맡겨져 있고, 치매노인에 대한 전국적인 역학조사도 되어있지 않은 상태에서 인지장애를 보이는 환자와 가족에 대한 연구는 많지 않은 실정이다. 또한 우리나라는 노인을 가족에서 부양하는 것이 하나의 전통적인 규범이었고, 치매노인과 가족을 위한 사회복지시설이 부족하여 대부분의 가족이 치매노인을 돌보는데 따르는 경제적, 신체적, 사회적, 심리적 부양부담을 스스로 해결해 왔다. 그러나 가족이 노인을 돌보는 것이 하나의 규범이고 사회적 기대라고 할지라도 치매노인을 돌보는 것이 가족에게는 커다란 부담요인으로 작용해왔다.

치매는 주로 노년기에 발생하는 기질적인 정신장애의 하나로서 일반적으로 연령증가에 따라 유병률이 높아져 평균수명이 긴 구미 선진국에서는 이미 심각한 사회적 문제로 대두되고 있다. Kenneth와 Stadnyk(1994)에 의한 전세계 여러나라의 역학조사를 종합한 결과에 따르면, 65세 이상에서의 치매 유병률이 2.2-8.4%, 75세 이상에서는 10.5-16.3%, 85세 이상에서는 15.2-38.9%로 연령이 높아질수록 치매에 걸릴 가능성이 기

하급수적으로 높게 나타나고 있다(Seomun, 2000). 우리나라의 경우 아직까지 전국적인 현황파악이 이루어져 있지 않아 정확한 치매노인 수치는 알 수 없지만, 몇몇 조사를 검토해 본 결과 75세 이전에는 1-3% 이지만, 75세 이후부터는 급격하게 증가하여 80세 이상이 되면 10-20%를 넘는 것으로 추정할 수 있다(Kim, 1999).

치매노인을 돌보는 가족은 노인의 정신적, 신체적 쇠약에서 오는 인지 및 행동 장애와 같은 치매노인 특성으로 인해 우울이나 부담 등 많은 스트레스를 경험하고 있다고(Waite, Bebbington, Skelton-Robinson & Orrell, 2004; Seomun, 2000; Preston-De Vries, 1998; Kwon, 1995) 보고하고 있다. Park(2002)의 연구에서는 가족의 스트레스가 노인의 기본적 일상생활 능력 저하와 비 정상적인 행동 모두에 유의한 차이가 있다고 하였으며, Seomun(2003-a)은 치매노인의 행동이상과 같은 특성이 가족을 가장 힘들게 한다고 하였고, 그 다음으로 인지능력 감퇴로 인한 이상증상 특성, 기본적 일상생활 능력 저하 특성 등이 치매가족을 어렵게 하고 있다고 하였다. 이와 같은 가족 스트레스 특성은 가족원의 심리적, 정서적 안녕을 위협하거나, 가족체계를 분열시키는 작용을 하는 것으로 알려졌는데(Colling, 2004; Higashino et al., 2003), 이러한 스트레스의 부정적인 영향을 완충시켜주는 것으로 가족 연구자들은 가족이 가진 복원력(Resiliency)을 들었다(McCubbin & Patterson, 1983; McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996). 가족의 복원력(Family Resiliency)은 가족에게 일어나는 장애를 극복하고 가족의 행동방향을 바꿀 수 있는 능력을 말하며,

주요어 : 치매, 복원력, 일상활동능력

1) 고려대학교 간호대학 조교수(교신저자 E-mail: seomun@korea.ac.kr)

2) 고려대학교 간호대학 부교수, 3) 고려대학교 간호대학 연구교수

투고일: 2005년 3월 29일 심사완료일: 2005년 4월 22일

McCubbin, Thompson과 McCubbin(1996)은 가족의 스트레스나 위기 상황시 가족의 적응을 위한 방법으로 새로운 균형과 적합성을 성취할 수 있도록 돕기 위한 요소로서 가족의 복원력(Resiliency)을 설명하였다. 우리나라에서 가족의 복원력을 가지고 연구한 선행연구들을 살펴보면, Seomun(2000)의 치매노인 가족을 대상으로 한 연구와 Chun(1996)의 암환자 가족을 대상으로 한 가족의 복원력 연구가 있었는데, 여기에서도 복원력이란 가족의 위기상황 시 이를 극복하기 위한 대응 방안으로 사용되어졌다. 이러한 가족의 내재된 힘인 복원력은 가족의 강인성, 가족의 관리자원 그리고 가족의 문제해결 및 대응전략 등의 하위변인들을 지니며 이들 간의 상호작용을 통하여 가족이 대응하도록 도와준다고 하였다. 가족의 복원력을 구성하는 하위변인들 중 치매노인을 돌보는 가족의 스트레스 상황에 대한 대응으로서 자원에 관한 선행 연구가 이루어지고 있는데(Lazarus, 1984; Seomun, 2000; Seomun, 2003-b; Kwon, 1995) 자원은 필요로 되는 욕구를 해결하기 위한 가족의 능력을 말하며 개별 가족원, 가족체계, 외적지지 등을 포함한다. 이러한 자원들은 스트레스와 대응사이클을 매개하는데, 이것은 가족에게 미치는 요구의 영향을 줄이거나 요구로 인한 변화에 대해 가족들이 대응할 수 있도록 돕는다고 하였다. 즉, 이와 같은 자원은 가족 위기 후의 대응단계로서 가족의 분열을 막고 가족체계의 내적기능이나 외적현실을 변화시켜 가족을 재조직함으로써 스트레스 상황 속에서 가족의 기능을 건강하게 유지할 수 있도록 하는 가족 복원력의 한 요소이다.

즉, 가족은 노인을 위한 주요 지지체이면서 동시에 숨겨진 희생자이고, 가족의 바람직한 대응이 치매노인의 삶의 질에 지대한 영향을 준다는 사실을 감안할 때, 치매노인 가족의 대응을 촉진시켜주기 위한 가족의 복원력을 연구하는 것은 매우 의미 있는 일이라 하겠다.

그러나 이처럼 가족 복원력이란 개념이 가족 위기 후에 가족 분열을 막고 가족의 기능을 건강하게 유지할 수 있는 바람직한 변수임에도 불구하고 우리나라에서 이것에 대한 연구는 Seomun(2000)과 Chun(1996)의 치매노인 가족과 암환자 가족을 대상으로 한 몇 편의 연구에 불과하며, 더욱이 이들의 연구에서는 단지 가족의 복원력이 높을수록 위기상황에서 대응을 좀 더 잘 할 수 있었다는 정도만을 알 수 있는 연구들이었다. 또한 기존의 연구들에서는 가족 복원력이 높은 집단은 어떠한 그룹인지, 그리고 이러한 그룹은 가족 복원력이 낮은 집단과 어떠한 차이가 있는지를 비교하는 연구는 미비하였다. 이에 본 연구에서는 치매노인과 같은 만성적인 질환을 가진 가족을 대상으로 하여 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단에서는 어떠한 부분에서 차이가 있는지를 비교하여, 치매노인을 돌보는 가족의 대응을 촉진시켜 주기위한 기초 자료를 제시하고자 한다.

## 연구목적

본 연구의 목적은 우리나라 가족체계 내에서 가족의 복원력 정도에 따른 치매노인의 일상활동능력과 치매증상을 알아봄으로써 치매노인을 돌보는 가족의 건강수준을 증진시킬 수 있도록 돕고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 치매노인과 치매노인 가족의 일반적 특성을 파악한다.
- 치매노인을 돌보는 가족의 복원력 정도를 파악한다.
- 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간 치매노인의 일상활동능력 정도와 치매증상 정도를 분석한다.
- 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간 치매노인과 치매노인 가족의 일반적 특성을 분석한다.

## 용어정의

### ● 일상활동능력

치매노인의 일상활동능력 정도는 돌보는 가족이 인지한 치매노인의 일상활동 능력의 독립적인 정도를 말하는 것으로 이 연구에서는 Kwon(1995)의 치매노인의 일상활동능력 정도에 대한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

### ● 치매노인의 증상

치매노인의 증상정도에 관한 도구는 돌보는 가족이 인지한 치매노인의 치매증상 정도를 말하는 것으로 Kwon(1995)의 치매노인 증상에 대한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

## 가족의 복원력(Family Resiliency)

가족의 복원력이란 가족이 치매노인의 발생이란 위기 후에 잘 대응하기 위한 단계로서 가족의 분열을 막고 가족체계의 내적기능이나 외적 현실을 변화시켜 가족을 재조직함으로써 가족의 위기 상황 속에서 건강하게 기능을 유지 할 수 있도록 하는 가족의 내재된 힘을 말하는 것으로 여기서는 가족의 강인성, 가족의 관리자원, 지지체계, 가족의 문제해결 및 대응전략(McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996)을 의미한다.

### ● 가족의 강인성

가족의 강인성은 생활사건이나 생의 고난에 대한 내적 통제감, 삶에 대한 의미부여, 새로운 경험을 학습하고 탐구하고자 하는 도전성으로 특정 지워지는 가족의 내적 힘과 내구성이다. 본 연구에서는 McCubbin, Patterson과 Thompson(1991)에 의해 개발된 도구로 측정된 점수를 의미한다.

### ● 가족의 관리자원

가족의 관리자원이란 가족체계의 주된 내적자원과 외적자원을 의미하는 것으로써 본 연구에서는 McCubbin, Comeau과 Harkins(1981)에 의해 개발된 가족의 관리자원 척도인 FIRM (Family Inventory of Resources for Management)을 수정하여 사용한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 지지체계

지지 척도는 사회적 지지척도와 친척 및 친구지지 척도를 말하는 것으로, 이 도구는 McCubbin, Larson과 Olson(1982)에 의해 개발된 도구를 Seomun(2000)이 치매노인 가족을 대상으로 한 연구에서 번안하고 수정한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 가족의 문제해결 및 대응전략

가족의 문제해결 및 대응전략 척도는 스트레스나 위기 상황 시 가족체계 내의 특별한 문제해결 시도 또는 노력으로서, 본 연구에서는 McCubbin, Larsen과 Olson(1981)에 의해 개발된 가족의 문제해결 및 대응전략 척도 F-COCES(Family Crisis Oriented Coping Evaluation Scales)를 수정하여 사용한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

**연구 방법**

**연구설계**

본 연구는 우리나라 가족체계 내에서 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간 치매노인의 일상활동능력과 치매증상 정도를 비교하기 위한 조사연구이다.

**연구대상 및 자료수집 방법**

본 연구는 편의표집에 의하여 추출된 서울지역의 종합병원 신경과에서 노인성 치매라고 진단을 받은 후 통원치료중이거나 노인 종합복지관의 단기보호 센터를 이용하여 치매노인을 돌보는 성인가족 중 주 간호제공자로서 6주 이상 환자를 계속 돌보아 왔던 자로 하였다. 자료 수집은 2003년 8월 28일부터 10월 16일까지였으며, 연구자가 신경과를 방문하여 연구의 취지와 질문지 내용을 설명하고 협조를 구하였으며 연구보조원 4명을 교육하여 질문지 작성에 보조하도록 하였다. 자료수집 방법은 자가 보고식 설문방식으로 대상자에게 연구목적을 설명하고 승낙을 얻은 뒤 본인이 직접 작성토록 하였고, 도움을 원하는 대상자는 연구 보조원이 읽어주고 기재하는 방식을 취하였다. 질문지를 작성하는 데는 20-30분 정도 소요되었다. 본 연구에 응답한 자는 총 110명이었고 응답이 불완

전하거나 부적절한 자료를 제외한 102개의 질문지가 최종분석에 사용되었다.

**연구 도구**

연구에 사용된 도구 중 가족의 복원력 도구는 저자로부터 사용동의를 얻었고, 이미 우리나라의 문화적 특성을 고려하여 이 도구를 수정하여 쓴 논문(Seomun, 2000)과 문헌고찰을 참조하여 수정, 보완하였다. 연구도구의 적절성을 확인하기 위하여 치매노인을 돌보는 8가족에게 예비 조사하였고 각 문항의 이해도와 내용타당도를 구축하기 위하여 간호학 교수 4인과 사회복지학과 교수 2인에게 자문을 받았다.

● 치매노인의 일상활동능력 척도

치매노인의 일상활동능력 척도는 Kwon(1995)의 치매노인 특성에 대한 도구로서 18문항으로 구성되어 있다. 이것은 5점 척도로서 일상활동능력 정도에서는 “항상 도움을 필요로 한다” 5점에서 “항상 혼자서 할 수 있다” 1점으로 하여 점수가 높을수록 치매노인의 일상생활능력 정도가 나쁨을 의미한다. Kwon(1995)의 연구에서는 Cronbach's alpha=.93 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=.96 이었다.

● 치매노인의 증상 척도

치매노인의 증상정도에 관한 도구는 Kwon(1995)의 치매노인 특성에 대한 도구의 하나로써 20문항으로 구성되어 있으며, 이것은 5점 척도로서 치매증상 정도가 “매우 심하다” 5점에서 “증상을 보이지 않는다” 1점으로, 점수가 높을수록 치매증상 정도가 나쁨을 의미한다. Kwon(1995)의 연구에서는 Cronbach's alpha=.75 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=.95 이었다.

**가족의 복원력(Family Resiliency)**

● 가족의 강인성 척도

가족의 강인성 도구는 McCubbin, Patterson과 Thompson(1991)에 의해 개발된 가족 강인성 척도 FHI(Family Hardiness Index)를 Seomun(2000)이 치매노인 가족을 대상으로 한 연구에서 번안하고 수정한 척도를 사용하였다. 이 도구는 총 18문항 중 11개의 긍정문항과 7개의 부정문항으로 이루어졌으며 부정문항은 그 점수를 역으로 입력하여 통계처리 하였다. FHI는 4점 Likert 척도로 “거의 그렇지 않다” 1점에서 “항상 그렇다” 4점으로 점수가 높을수록 강인성이 높은 가족임을 의미한다. Seomun(2000)의 연구에서 Cronbach' alpha= .82였고, 본 연구에서의 내적 신뢰도는 Cronbach's alpha=.75 이었다.

● 가족의 관리자원 척도

가족의 관리자원 도구는 McCubbin, Comeau과 Harkins (1981)에 의해 개발된 가족의 관리자원 척도 FIRM(Family Inventory of Resources for Management)를 수정하여 사용하였다. 이 도구는 총 29개의 문항 중 20개의 긍정문항과 9개의 부정문항으로 되어있으며 부정문항은 그 점수를 역으로 입력하여 통계처리 하였다. 본 연구는 5점 척도로 측정하였으며 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “항상 그렇다” 5점으로 점수가 높을수록 가족의 관리자원이 많음을 의미한다. 원 도구인 FIRM은 Cronbach's alpha=.89, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=.85 이었다

● 지지 척도

지지 척도는 McCubbin, Larson과 Olson(1982)에 의해 개발된 도구를 Seomun(2000)이 치매노인 가족을 대상으로 한 연구에서 번안하고 수정한 척도를 사용하였다. 총 14개 문항 중 12개의 긍정문항과 2개의 부정문항으로 이루어졌으며, 부정문항은 그 점수를 역으로 입력하여 통계처리 하였다. 본 연구는 5점 척도로 측정하였으며 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “항상

그렇다” 5점으로 점수가 높을수록 인지된 사회적 지지체계가 많음을 의미한다. Seomun(2000)의 연구에서 Cronbach's alpha=.82 였고, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=.71 이었다.

● 가족의 문제해결 및 대응전략 척도

가족의 문제해결 및 대응전략 척도는 McCubbin, Larsen과 Olson(1981)에 의해 개발된 가족의 문제해결 및 대응전략 척도 F-COCES(Family Crisis Oriented Coping Evaluation Scales)를 수정하여 사용하였다. 이 도구는 자원과 도움을 동원하는 능력, 스트레스 수용능력, 영적지지 추구, 사회적 지지획득 능력 등 총 20문항으로, 18개의 긍정문항과 2개의 부정문항으로 이루어져 있으며 부정문항은 그 점수를 역으로 입력하여 통계처리 하였다. 본 연구는 5점 척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “항상 그렇다” 5점으로 점수가 높을수록 문제해결 및 대응전략이 많음을 의미한다. 원 도구인 F-COPES의 Cronbach's alpha=.77이었고, 본 연구에서의 Cronbach's alpha=.74 이었다.

자료분석방법

<Table 1> Characteristics of caregivers of the dementia patients (N=102)

Variables	Category	n(%)	Mean(SD)	Range
Caregiver gender	Female	79(77.5)		
	Male	23(22.5)		
Caregiver age	20's	7( 6.9)	48.4(± 13.4)	25- 83
	30's	21(20.6)		
	40's	32(31.4)		
	50's	19(18.6)		
	60's	14(13.7)		
	70's	7( 6.9)		
	80's	2( 2.0)		
Length of caregiving(month)	less than 12	95(93.1)	7.5(± 7.1)	3- 60
	13-24	6( 5.9)		
	over 24	1( 1.0)		
Length of caregiving(hour per day)	less than 5	17(16.7)	13.6(± 8 )	2- 24
	6 -10	37(36.3)		
	11-15	10( 9.8)		
	16-20	4( 3.9)		
	21-24	34(33.3)		
Economic state of family (10,000won/month)	less than 50	1( 1.0)	256.4(±124.8)	50-600
	51-100	10( 9.8)		
	101-200	40(39.2)		
	201-300	29(28.4)		
	301-400	13(12.7)		
	401-500	6( 5.9)		
over 501	3( 2.9)			
Expended cost of dementia care (10,000won/month)	less than 50	64(62.7)	57.8(± 43.6)	10-200
	51- 100	26(25.5)		
	over 101	12(11.8)		
Health state of caregiver			4.5(± 1.9)	1- 7

수집된 자료는 SPSS 11.5 version 프로그램으로 전산통계처리 하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 치매노인 특성과 치매노인을 돌보는 가족의 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 치매노인을 돌보는 가족의 복원력을 구성하는 제 변수들과 치매노인의 일상활동능력, 치매증상은 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 일상활동능력과 치매증상 및 치매노인과 가족의 일반적 특성을 파악하기 위하여 t-test를 실시하였다.

## 연구 결과

### 치매가족 및 치매노인의 일반적 특성

치매노인을 돌보는 가족 중 주 간호 제공자를 대상으로 한 일반적 특성은 다음과 같다<Table 1>. 대상자의 성별 분포는 여자가 77.5%, 남자가 22.5%로 치매가족을 돌보는 가족으로는 여자가 많았으며, 연령은 40대가 31.4%로 가장 많았고, 30대가 20.6%, 50대가 18.6%, 60대가 13.7% 순이었다. 치매노인을 돌본 기간은 1년 미만이 93.1%였으며, 치매노인을 돌보는 시간은 하루에 6-10시간이 36.3%, 21-24시간 33.3%, 5시간 미만이 16.7% 순이었고, 한달 총수입은 110-200만원이 39.2%로 가장 많았으며, 치매노인의 치료에 소요된 비용은 50만원 이하가 62.7%, 51-100만원이 25.5% 였다.

치매노인을 돌보는 주간호제공자가 인식한 본인의 건강상태에 관한 평균은 4.5점(범위 1-7)로 비교적 건강상태가 좋지 않음을 나타내었다. 치매노인을 돌보는 시간에 대한 평균점수는 하루 24시간 중 13.6시간(범위 2-24)으로 많은 시간을 차지하고 있었고, 치매노인을 돌본 기간에 관한 평균 점수는 7.5개월(범위 3-60)으로 적어도 6개월 이상의 경험을 나타내었다. 치매가족의 한달 총 수입에 대한 평균점수는 256.4만원(범위 50-600)으로 중간정도의 경제수준을 나타내었고, 치매노인의 치료 및 간호에 들어가는 한달 비용에 관한 평균점수는 57.8만원(범위 10-200)로 거의 한 달에 60만원에 달하는 비용이 치매노인 간호에 들어가는 것으로 나타났다.

치매노인의 특성을 살펴보면 성별에서는 여자가 65.7%, 남자가 34.3%로 여자 치매노인이 훨씬 더 많았고 치매노인의 연령은 70대가 48.0%, 80대가 29.4%, 60대가 15.7%의 순으로 나타났다<Table 2>.

### 치매노인의 일상활동능력 및 치매증상과 가족의 복원력

치매노인의 일상활동능력 정도, 치매 증상 정도와 치매노인

<Table 2> Characteristics of the dementia patients

(N=102)				
Variables	Category	n(%)	Mean(SD)	Range
Patient gender	Female	67(65.7)		
	Male	35(34.3)		
Patient age	50's	1( 1.0)	76.5(±7.7)	59-97
	60's	16(15.7)		
	70's	49(48.0)		
	80's	30(29.4)		
	90's	6( 5.9)		

을 돌보는 가족의 복원력을 구성하는 제 변수들의 정도는 다음과 같다<Table 3>. 치매노인 특성을 살펴보면 독립적인 일상 활동 능력 정도는 평균이 34.5점(범위 13-70)이고 가족이 인지하는 치매노인 증상 정도는 평균이 65.6점(범위 20-100)으로 나타났다.

가족의 복원력을 구성하는 제 변수들을 살펴보면, 가족의 강인성 정도는 평균이 54.0점(범위 37-70)점으로 나타났고, 가족의 관리자원 정도는 평균이 75.1점(범위 48-100), 가족의 지지체계 정도는 평균이 27.5점(범위 14-70), 그리고 가족의 문제해결 및 대응전략에 관한 평균은 62.9점(범위 32-85)으로 나타났다.

<Table 3> Mean, SD, and Range of major variables(ADL of dementia patient, Symptom degree of dementia patient, and Family resiliency)

(N=102)		
Variables	Mean(SD)	Range
ADL of dementia patient	34.5(±16.9)	13- 70
Symptom degree of dementia patient	65.6(±21.9)	20-100
Family resiliency		
Family hardness	54.0(± 7.2)	37- 70
Family resource	75.1(±12.0)	48-100
Support system	27.5(± 4.5)	14- 70
Problem solving abilities of family	62.9(± 9.7)	32- 85

### 가족 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 치매노인 및 가족의 일반적 특성과 치매노인의 일상활동능력, 치매증상

치매노인 가족의 복원력 정도에 따른 치매노인과 가족의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다<Table 4>. 가족의 복원력은 강인성, 가족의 관리자원, 가족의 지지체계, 가족의 문제해결 및 대응전략의 각 척도의 합을 총합하여 사분위로 나누었다. 가족의 복원력은 각 척도의 총합이 점수가 높은 순서로 상위 25%(점수분포 60-70점, n=25)를 복원력이 높은 집단, 하위 25%(점수분포 37-48점, n=24)를 복원력이 낮은 집단으로 분류하였으며 이들 두 집단의 분포는 통계적으로 동질 하였다.

<Table 4> Caregiver & dementia patient characteristics by good/poor family resiliency

Variables	Good(n= 25)	Poor(n= 24)	t	p
	Mean(SD)	Mean(SD)		
Caregiver age	51.7(± 12.3)	51.8(±15.2)	.028	.977
Patient age	76.5(± 10.1)	77.9(± 7.1)	.575	.568
Length of caregiving(month)	6.2(± 3.2)	7.5(± 5.6)	1.039	.304
Length of caregiving(hour per day)	13.0(± 8.1)	14.3(± 7.7)	.568	.573
Health state of caregiver	4.9(± 2.0)	3.5(± 1.5)	-2.777	.008
Economic state of family(per month)	283.6(±127.2)	180.0(±85.2)	-3.335	.002
Expended cost of dementia care(per month)	60.6(± 42.5)	45.4(±42.9)	-1.244	.220
ADL of dementia patient	38.6(± 16.9)	26.9(±15.0)	-2.560	.014
Symptom degree of dementia patient	68.7(± 21.7)	59.5(±21.1)	-1.486	.144

가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 치매노인 특성과 가족의 일반적 특성에서는 치매노인을 돌보는 주 간호제공자 본인이 인지한 건강상태( $t=-2.78, p=.008$ )와 가족의 총 수입( $t=-3.34, p=.002$ )이 통계적으로 유의한 차이를 보여주었고, 그 외 치매노인 연령, 주 간호제공자의 연령, 치매노인을 돌본 기간, 시간, 치매노인을 돌보는데 드는 비용에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 치매노인의 일상활동능력과 치매증상에서는 일상활동능력( $t=-2.56, p=.014$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보여주었고, 치매증상은 통계적으로 유의하지 않았다.

## 논 의

치매노인을 돌보는 가족은 노인을 위한 주요 지지체이면서 동시에 숨겨진 희생자이고, 가족의 바람직한 대응이 치매노인의 삶의 질에 지대한 영향을 준다는 사실을 감안할 때, 치매노인 가족의 대응을 촉진시켜주기 위한 가족의 복원력(Resiliency)을 연구하는 것은 매우 의미 있는 일이라 하겠다.

치매노인을 돌보는 가족의 복원력 정도를 살펴보면, 복원력을 이루는 하부요인 중 하나인, 가족의 강인성 정도는 54.0점으로 비교적 높은 점수를 나타냈는데, 이는 내적 통제감, 도전성, 삶에 대한 의미부여로 구성된 내용이었다. Waite 등(2004)에 의한 연구결과에서도 가족 스트레스란 가족의 안정된 상태에서 혼란을 일으키는 압력이며 개인과 가족의 시간의 흐름에 따라 발달과 변화를 해나가는 과정에서 불가피하게 경험하게 되는 가족체계내의 긴장과 압력으로 그 자체가 긍정적 혹은 부정적 의미를 가지지 않으므로 스트레스를 회피하기 보다는 이것에 직면하여 가족이 어떻게 인지하고 대응하느냐가 더 중요하다고 한 것으로 보아 가족의 강인성이 가족의 복원력의 중요한 변수임이 확인되었다.

가족자원 정도는 75.1점으로 비교적 높게 나타났으며, 이러한 치매노인을 돌보는 가족의 자원에 관한 많은 연구에서(Lazarus, 1984; Seomun, 2000, Seomun, 2003-a; Kwon, 1995) 자원은 필요로 하는 욕구를 해결하기 위한 가족의 능력을 말

하며 개별 가족원, 가족체계, 외적지지 등을 포함한다고 하였다. 또한 이러한 자원들은 스트레스와 대응사이클을 매개하는데, 이것은 가족에게 미치는 요구의 영향을 줄이거나 요구로 인한 변화에 대해 가족들이 대응할 수 있도록 돕는다고 하였다.

지지체계 정도는 27.5점으로 낮은 점수를 나타내었는데 이는 외국의 도구를 수정 보완하여 사용하였기 때문에 우리의 문화와 맞지 않았기 때문이 아닐까 하는 생각이며, 앞으로는 치매노인을 돌보는 가족을 위한 지지체계의 도구개발이 필요함을 시사하는 바이다. 이 내용 안에는 사회적 지지와 친척 및 친구지지가 있는데, 우리나라에서도 사회적 지지가 가족에게 미치는 영향에 대한 많은 연구가 있었다. 만성질환자를 돌보는 가족을 대상으로 한 Han 등(2004)의 연구를 살펴보면 사회적 지지가 스트레스 감소에 완충작용을 하며, Hong(1999)의 연구에서는 치매노인을 돌보는 가족에게 사회적 지지 모임을 제공한 연구에서 가족의 위기가 감소되고 가족 대응이 증진되었다고 보고되고 있다. 또한 친척지지와 친구지지를 살펴보면, 이는 친척지지만 가족체계가 가족 구성원들 간의 상호작용을 통하여 사회적 규범으로 인정된 사랑과 지지를 교환하는 것으로서 가족의 스트레스를 줄일 수 있는 중재인자이며 가족이 질적인 삶을 살아가는데 도움을 준다고 한 것으로 보아 가족의 복원력을 높이는데 중요한 구성요소라 생각된다.

가족의 문제해결 및 대응전략 정도는 62.9점으로 비교적 높게 나타났는데, 여기에 내포되어 있는 내용으로는 자원과 도움을 동원하는 능력, 스트레스 수용능력, 영적지지 추구, 사회적지지 획득능력을 포함하고 있다. 가족의 문제해결 및 대응전략이 가족의 복원력을 이루는 하나의 구성요소이므로 치매가족이 위기 시에 가족이 건강하게 대응할 수 있도록 가족 주변의 자원과 도움을 동원할 수 있는 친척이나 친구를 확보하는 것도 중요한 전략이다. 또한 문제에 직면했을 시 이를 직시하여 문제를 해결하거나 아니면 문제를 받아들이거나 하는 등의 방법을 통한 전략을 구사할 수 있도록 노력해야 한다. 더불어 치매노인을 돌보는 가족의 종교적인 힘이 가족의

복원력을 증진시키는 데에 유의한 영향을 미친다는 Allen (1997)과 Preston-De Vries(1998)의 연구결과도 있듯이 영적지지 추구를 통하여 가족의 복원력을 높이는 것도 한 방안이라 할 수 있겠다.

가족 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 치매가족과 치매노인의 일반적 특성을 살펴보면, 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단의 특성에서 치매노인을 돌보는 주간호제공자 본인이 인지한 건강상태( $p=.008$ )와 가족의 총수입( $p=.002$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보여주었고, 치매노인의 일상활동 능력과 치매증상 중에서는 일상활동능력( $p=.014$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다. 이 연구에서는 치매노인을 돌보는 가족의 복원력을 각 적도의 총합으로 하여 상위 25%를 복원력이 높은 집단으로 분류하였고, 하위 25%를 복원력이 낮은 집단으로 분류하였다.

먼저, 치매노인을 돌보는 주 간호제공자 본인이 인지한 건강상태를 살펴보면, 이 연구에서 치매노인을 주로 간호하는 대상자들 대부분이 가족이고, 그들은 적어도 3개월에서 많게는 60개월까지 치매 노인을 장기간 돌보아 왔으며, 또한 하루 중 치매노인을 돌보는 시간에서도 평균 13.6시간의 장시간을 돌보다 보니 정작 본인 자신의 건강에 대한 인지가 현저하게 떨어져 있음을 알 수 있었다. 이러한 결과는 치매노인을 돌보는 주 간호제공자를 도울 보조 인력이나 지역사회 복지서비스인 단기요양센터, 주간보호센터, 목욕서비스, 반찬배달 등등의 치매가족의 문제해결 능력이나 대처 자원이 있는 복원력이 높은 집단에서 복원력이 낮은 집단보다 주 간호제공자의 건강에 대한 인지가 높음을 알 수 있었다. 이것은 Seomun(2000)의 치매노인 가족을 대상으로 한 연구에서도 가족의 복원력이 낮을수록 주 간호제공자가 인지한 본인 자신의 건강이 좋지 않다고 보고한 것과 일치하고 있었다. 우리나라의 여건상 치매노인을 돌보는 주 간호제공자가 대부분 가족이고, 이들은 본인 자신 외에는 지지를 받을 세력이 없기 때문에 악순환을 초래한다고 보았다. 이와 같은 문제는 한 개인, 가족 차원에서 문제를 해결하기보다는 사회적 차원에서의 단기간 요양시설이나, 지지를 위한 보조 인력의 공급이나, 치매노인을 간호하는데 필요한 사회 서비스 시설의 확충이 절실하고 본다.

그리고 치매노인을 돌보는 가족의 복원력 정도를 예측할 수 있는 변수 중 치매가족의 총수입에서 통계적으로 유의하게 나타났는데, 이는 가족의 복원력이 높을수록 경제적으로도 안정적이라는 Chun(1996)의 연구결과와도 어느 정도 유사함을 보였다. 이러한 결과는 가족의 복원력을 증진시키기 위해서는 그 어떤 변수보다도 가족의 안정을 위한 기본 요소인 경제부분이 가장 큰 영향력을 미치고 있음을 알 수 있었고, 치매노인을 돌보는 비용을 감소할 수 있는 정책적이고 구조

적인 장치가 필요함을 시사하고 있다고 본다.

또한 치매노인의 일상활동능력에서 통계적으로 유의하게 나타났는데, 이는 Park(2002)의 연구에서 가족의 스트레스가 치매노인의 기본적 일상활동 능력 저하에서 유의한 차이가 있었다고 한 연구결과와 유사함을 보여주었다. Byeon(1997)의 연구결과에서도 치매노인을 돌보는 가족은 장기간의 돌봄과 환자의 일상생활 능력 저하와 통제하기 어려운 이상행동 등으로 인해 높은 스트레스를 경험하고 이러한 스트레스는 가족의 신체적, 정신적 건강에 부정적인 영향을 미친다는 연구결과와도 일부분 일치하였다. 이는 Park(2002)과 Kwon(1995)의 연구에서도 나타난 바와 같이 치매노인의 일상활동능력 저하는 치매노인을 돌보는 간호제공자에게 누적된 스트레스를 초래하고 이로 인하여 치매노인을 시설화로 이양시키는 결과를 낳고 있다고 하였다. 따라서 치매노인을 돌보는 주 간호제공자에게 가장 밀접하고 피부에 와 닿는 부분이 바로 치매노인의 일상활동능력 정도라고 볼 수 있는데, 이 부분을 도와주기 위한 사회 차원의 시설확충이 무엇보다도 절실하다고 본다.

그러나 가족의 복원력이 높은집단과 낮은집단간 치매노인 증상과는 통계적으로 유의하지 않았는데, 이는 Park(2002)과 Byeon(1997), 그리고 Kwon(1995)의 연구결과에서 치매노인의 이상행동 등으로 인해 가족이 높은 스트레스를 받았다는 연구결과와 일치하지 않았다. 본 연구에서 이러한 결과가 나온 이유는 연구의 대상자인 가족이 모시는 치매노인의 경우 대부분이 외래를 통원하거나 노인 종합복지관을 다닐 수 있는 정도로 치매증상의 정도가 심하지 않았던 것과 이미 치매증상은 치매노인을 돌보는 가족이 일상생활을 하는 부분 안에 들어가는 영역이므로 일상생활능력에 따라 가족의 복원력에 영향을 미치는 것에 비해서 치매증상은 적은 영향을 미쳤으리라 사료된다.

그 외 가족 복원력이 높은집단과 낮은집단 간의 일반적 특성의 차이를 살펴보면, 주 간호제공자와 치매노인의 연령에서는 통계적으로도 유의하지 않았지만, 가족 복원력이 낮은 집단에서 치매노인의 연령이 높았다. 이는 치매노인의 연령이 많을수록 돌보는 가족이 스트레스를 더 많이 받는다는 Han등(2004)의 연구결과와도 일치하였다. 치매노인을 돌보는 기간에서도 통계적으로 유의하지는 않았지만, 복원력이 낮은 집단일수록 치매노인을 돌본 기간과 하루 중 치매노인을 돌보는 시간이 더 길었는데 Kwon(1995)의 치매노인을 돌보는 가족을 대상으로 한 부담감 연구에서도 치매노인을 돌본 기간이 길수록 가족의 부담감이 더 높았다는 연구와 유사하였다. 긴 병에 효자가 없다는 우리 속담이 있듯이 치매노인과 같은 장기간의 돌봄을 필요로 하는 상황에서는 이를 돌보는 가족에 대한 간호도 매우 중요하다. 왜냐하면 치매노인을 돌보는 가족은 노인을 위한 주요 지지체이고, 가족의 바람직한 대응이 치

매노인의 삶의 질에 지대한 영향을 주기 때문이다. 즉, 이러한 연구결과에서 가족의 복원력을 높여주기 위한 방안으로는, 치매노인과 같은 문제는 한 개인, 가족 차원에서 문제를 해결하기보다는 사회적 차원에서의 주간보호센터나 단기보호센터와 같은 단기간 요양시설이나, 이동 목욕시설, 반찬배달시설, 청소도우미 등 지지를 위한 보조 인력의 공급이나, 치매노인을 간호하는데 필요한 사회 서비스 시설의 확충이 절실하고 본다.

본 연구의 제한점으로는 치매노인을 돌보는 모든 가족구성원에 대해 조사를 한다는 것이 현실적으로 많은 제한이 따르기 때문에 조사대상을 주 간호제공자로 국한했기 때문에 치매노인을 돌보는데 참여하는 다른 가족구성원들의 기여도를 평가하는 데는 한계가 있을 것이라고 사료된다.

## 결론 및 제언

본 연구의 목적은 우리나라 가족체계 내에서 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 치매노인의 일상활동능력과 치매증상을 검증해 봄으로써 치매노인을 돌보는 가족의 건강수준을 증진시킬 수 있도록 돕고자 함이며 구체적인 목적은 치매노인과 치매노인 가족의 일반적 특성을 파악하며, 치매노인을 돌보는 가족의 복원력 정도를 파악하고, 그리고 가족의 복원력이 높은 그룹과 낮은 그룹 간에 치매노인의 일상활동능력 정도와 치매증상 정도를 검증하는 것을 목적으로 하였다.

연구에 사용된 도구는 Kwon(1995)의 치매노인의 일상활동능력 정도 도구와 치매증상 정도에 대한 도구, McCubbin, Thompson과 McCubbin(1996)의 가족의 복원력 도구인 가족의 강인성, 가족의 관리자원, 가족의 지지체계, 그리고 가족의 문제해결 및 대응전략 도구를 사용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

연구변수의 서술적 통계를 살펴보면, 치매노인 특성에서는 독립적인 일상활동능력 정도는 평균이 34.5점(범위 13-70)이고 가족이 인지하는 치매노인 증상 정도는 평균이 65.6점(범위 20-100)으로 나타났다. 가족의 복원력을 구성하는 세 변수들을 살펴보면, 가족의 강인성 정도는 평균이 54.0점(범위 37-70)점으로 비교적 높게 나타났고, 가족의 관리자원 정도는 평균이 75.1점(범위 48-100), 가족의 지지체계 정도는 평균이 27.5점(범위 14-70), 그리고 가족의 문제해결 및 대응전략에 관한 평균은 62.9점(범위 32-85)으로 나타났다.

치매노인을 돌보는 주 간호제공자가 인식한 본인의 건강상태에 관한 평균은 4.5점(범위 1-7)으로 나타내었다. 치매노인을 돌보는 시간에 대한 평균점수는 하루 24시간 중 13.6시간

(범위 2-24)으로 많은 시간을 차지하고 있었고, 치매노인을 돌본 기간에 관한 평균 점수는 7.5개월(범위 3-60)로 적어도 6개월 이상의 경험을 나타내었다. 치매가족의 한달 총수입에 대한 평균점수는 256.4만원(범위 50-600)으로 중간정도의 경제수준을 나타내었고, 치매노인의 치료 및 간호에 들어가는 한달 비용에 관한 평균점수는 57.8만원(범위 10-200)으로 거의 한달에 60만원에 달하는 비용이 치매노인 간호에 들어가는 것으로 나타났다.

치매노인 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단 간의 치매노인과 가족의 일반적 특성과 치매노인의 일상활동능력 및 치매증상을 살펴보았다. 가족의 복원력은 가족의 강인성, 가족의 관리자원, 가족의 지지체계, 가족의 문제해결 및 대응전략의 각 척도의 합을 총합하여 사분위로 나누었다. 가족의 복원력은 각 척도의 총합이 점수가 높은 순서로 상위 25%(점수 분포 60-70점, n=25)를 복원력이 높은 집단, 하위 25%(점수 분포 37-48점, n=24)를 복원력이 낮은 집단으로 분류하였으며 이들 두 집단의 분포는 통계적으로 동질 하였다. 가족의 복원력이 높은 집단과 낮은 집단의 일반적 특성에서 치매노인을 돌보는 주 간호제공자 본인이 인지한 건강상태( $t=-2.78$ ,  $p=.008$ )와 가족의 경제적 상태( $t=-3.34$ ,  $p=.002$ ), 일상활동능력( $t=-2.56$ ,  $p=.014$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보여주었다.

이러한 연구결과로 가족의 복원력을 높여주기 위한 방안으로는, 치매노인을 돌보는 가족에 대한 문제는 한 개인, 가족 차원에서 문제를 해결하기보다는 사회적 차원에서의 주간보호센터나 단기보호센터와 같은 단기간 요양시설이나, 이동 목욕시설, 반찬배달시설, 청소도우미 등 치매가족을 지지해 주기 위한 보조 인력의 공급이나, 치매노인을 간호하는데 필요한 사회 서비스 시설의 확충이 절실하고 본다.

위의 결과로부터 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 치매노인을 돌보는 가족의 복원력 정도에 직접적인 영향을 미치는 요인 중 하나로 가족의 경제력이 강조되었는데, 이는 치매노인을 돌봄에 있어 가족의 힘만으로는 한계가 있으므로 사회적 차원에서 도움을 줄 수 있는 제도적인 간호중재 전략이 개발되어야 함을 제언한다.

둘째, 본 연구의 대상자가 주 간호제공자 개인이었지만 가족의 복원력에 미치는 영향을 총체적으로 이해하기 위해서는 이후의 연구는 가족 전체의 역동을 파악하기 위하여 다른 가족원도 포함한 가족연구를 제언한다.

셋째, 치매노인을 돌보는 가족들에 있어서 가족의 복원력을 증진 시키는데 사용되는 문제해결 및 대응전략에 관한 연구로서 우리문화내의 가족관을 파악하는 심층적인 질적 연구를 제언한다.



## References

- Allen, G. D. (1997). *Religiousness and adjustment in dementia caregivers*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, Virginia.
- Byeon, Y. C. (1997). *A study on development of dementia management mapping*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Chun, M. Y. (1996). *A study of the resiliency in the bereaved families of the cancer deceased*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Colling, K. B. (2004). Caregiver interventions for passive behaviors in dementia: links to the NDB model. *Aging & Ment Health*, 8(2), 117-125.
- Han, K. S., Lee, P. S., Park, E. S., Park, Y. J., Rhyu, H. S., & Kang, H. C. (2004). Influencing factors on file-up stress of family caregivers with a family member having a chronic mental illness. *J Korean Acad Nurs*, 34(3), 586-594.
- Higashino, S., Tsutui, T., Kirino, M., Yajima, Y., Kim, Y.T., & Nakajima, K. (2003). Development of the family caregiver burden inventory(FCBI). *Int J Welfare Aged*, 9, 3-14.
- Hong, S. H. (1999). A comparative study of social support network among the elderly groups with and without dementia and depression. *J Korean Geronto Society*, 19(2), 113-128.
- Kenneth, R., & Stadnyk, K. (1994). The prevalence of dementia in the elderly: a review, *Can J Psychiatry*, 39(6), 253-257.
- Kim, J. S. (1999). A critical review and vision of family caregiving research on the demented elderly's in republic of korea. *J Korean Acad Nurs*, 29(6), 1419-1429.
- Kwon J. D. (1995). *The study of dementia family*. Seoul : Hongikje.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- McCubbin, H. I., Comeau, J. K., & Harkins, J. A. (1981). Social support index. In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. Mccubbin(1996), *Family Assesment: Resiliency, Coping, and Adaptation* (pp 307-323). Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Larson, A. S., & Olson, D. H. (1982). Social support index. In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. Mccubbin(1996), *Family Assesment: Resiliency, Coping, and Adaptation* (pp 357-387). Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Larson, A. S., & Olson, D. H. (1981). F-COES. In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. Mccubbin(1996), *Family Assesment: Resiliency, Coping, and Adaptation* (pp 832-863). Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation, In H. I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. Mccubbin(1996), *Family Assesment: Resiliency, Coping and Adaptation* (pp 832-863). Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Patterson, J., & Thompson, E. A. (1991). Family hardiness index. In H.I. McCubbin, A. I. Thompson & M. A. Mccubbin(1996), *Family Assesment: Resiliency, Coping, and Adaptation* (pp 832-863). Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family Assessment: Resiliency, Coping, and Adaptation*. Maidson, WI: Univerity of Wisconsin.
- Park, M. (2002). Korean family caregivers perceptions of care in dementia care units. *J Korean Acad Nurs*, 32(7), 967-976.
- Preston-De Vries, M. J. (1998). *Spirituality of Caregiver Wives of Dementia Patients*. Unpublished master's thesis, Grand Valley State University, Michigan.
- Seomun, G. A. (2000). *Development of family with elderly dementia patient adaptaton model*. Unpublished doctoral dissertation, Korea University, Seoul.
- Seomun, G. A. (2003-a). The Resiliency Model for the Family Caring Dementia Elders in Korea. *Integration of Complementary and Alternative Therapies into Nursing*, KOFST.
- Seomun, G. A. (2003-b). Management Strategies for Families with Demented Victims. *Integration of Complementary and Alternative Therapies into Nursing*, KOFST.
- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M., & Orrell, M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(6), 582-587.

## Comparison of ADL and Symptoms in Elders with Dementia according to Family Resiliency

Seomun, Gyeong-Ae<sup>1)</sup> · Chang, Sung Ok<sup>2)</sup> · Lee, Su Jeong<sup>3)</sup>

1) Assistant Professor, College of Nursing, Korea University

2) Associate Professor, College of Nursing, Korea University

3) Research Assistant Professor, College of Nursing, Korea University

**Purpose:** The purpose of this study was to identify family resiliency, ADL in elders with dementia, and symptom for families with an elder with dementia. **Method:** The participants were 102 people who were caregivers to elders with dementia and who visited the out-patient department at S. hospital for follow up care. Data were collected from August to October 2003 using a questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive statistics and t-test aided by the SPSS/PC. **Result:** Family resiliency for the whole sample was within normal limits but when the sample was quarter-divided by good and poor family resiliency, based on established cut-off scores, there were differences for some characteristics according to good/poor family resiliency. These differences were for perceived health state of caregivers ( $t=-2.78$ ,  $p=.008$ ), economic state of family ( $t=-3.34$ ,  $p=.002$ ), and ADL ( $t=-2.56$ ,  $p=.014$ ). **Conclusion:** Future research should focus on the way in which family resiliency can be enhanced and on the effects of interventions for those caregivers who report poor family resiliency.

**Key words :** Dementia, Resiliency, Activities of daily living, Dementia symptom

• Address reprint requests to : Seomun, Gyeong-Ae

College of Nursing, Korea University

126-1, 5-ka, Anam-dong, Sungbuk-ku, Seoul 136-705, Korea

Tel: +82-2-3290-4920 Fax: +82-2-927-4676 E-mail: seomun@korea.ac.kr