



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

임 경 춘 교수 지도
석사학위 청구논문

경도치매노인의 기능상태및
주부양자의 치매지식과 사회적
지지가 부양부담에 미치는 영향

2016

성신여자대학교 대학원

간호학과

경도치매노인의 기능상태및
주부양자의 치매지식과 사회적
지지가 부양부담에 미치는 영향

임경춘 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2016년 5월

성신여자대학교 대학원

간호학과

변복희

인 준 서

변복희의 석사학위 논문으로 인준함

2016년 5월

심사위원장 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 경도치매노인을 돌보는 주부양자의 부양부담에 영향을 미치는 치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식과 사회적 지지와의 상관관계 및 관련 요인들을 분석한 서술적 조사연구이다. 서울시 S구에 소재하는 치매지원센터에 등록되어 있는 65세 이상의 경도치매노인을 돌보며 동거하고 있는 주부양자 중 168명의 자료를 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 치매노인은 경도치매상태로 CDR 0.5가 83명(49.4%), CDR 1이 85명(50.6%)이었으며, 여성이 81명(48.2%), 남성이 87명(51.7%)으로 평균연령은 78.7(6.87)세이었다. 치매노인의 주부양자는 대부분 여성118명(70.2%)이었고, 남성은 50명(29.8%)이었으며, 주부양자의 평균연령은 66.9(12.37)세이었다. 치매노인과의 관계는 대부분이 배우자로 113명(67.2%)이었으며, 딸 21명(12.5%), 며느리 18명(10.7%), 아들 16명(9.5%)으로 나타났다. 주부양자의 돌봄 기간은 1-3년 미만이 79명(47%)으로 가장 많았고 3-9년 50명(30%)이었으며, 1년 미만이 39명(23.2%)이었다. 주부양자의 1일 평균 부양시간은 5.79(6.83)시간이며, 118명(70.2%)이 부양 지원자 없이 부양을 담당하는 것으로 나타났다. 장기요양등급 판정을 받은 치매노인은 43명(25.6%)이었으며, 나머지 125명(74.4%)은 판정을 받지 않았다. 치매특별등급은 6명(3.6%)만이 받은 것으로 나타났다.

2. 경도치매노인의 기능상태는 인지기능 5.58(2.33)점, 행동문제 2.55(2.84)점, 일상생활동작 3.28(5.26)점, 도구적 일상생활동작 13.35(6.85)점으로 나타났다. 주부양자의 치매지식은 인구학적, 병인학적치매지식 2.95(1.03)점, 치

매증상관련지식 8.55(1.28)점, 치매치료관련지식 10.60(1.37)점으로 나타났으며, 사회적 지지중 가족지지는 25.68(12.77)점, 가족외지지는 19.39(11.09)점으로 나타났으며, 전체적인 부양부담은 38.86(21.96)점으로 나타났다.

3. 주부양자의성별($t=-1.58, p=.115$), 종교($F=1.18, p=.320$), 치매노인과의 관계($F=0.61, p=.612$), 경제활동($t=1.06, p=.289$) 등은 부양부담과 유의한 차이를 보이지 않았다. 주부양자의 연령($F=2.77, p=.043$), 교육수준($F=2.56, p=.040$), 결혼상태($t=2.83, p=.006$), 최근건강상태($F=15.18, p<.001$), 부양기간($F=5.89, p=.003$), 1일 부양시간($F=9.32, p<.001$), 부양 지원자 유무($t=3.24, p=.001$)에 따라 부양부담에 유의한 차이를 보였다.

4. 경도치매노인의 인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등이 부양부담과 양의 상관관계를 보였고, 주부양자와 관련된 요인 중 부양기간, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이 양의 상관관계를 보였으며, 교육수준, 최근건강상태, 가족지지와 가족외지지가 음의 상관관계로 나타났으며, 결혼상태와 부양 지원자 유무도 상관관계가 있었다.

5. 주부양자의 부양부담에 미치는 영향을 살펴보면 치매노인의 행동문제이며, 주부양자 요인을 보면 주부양자의 최근건강상태, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이었다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 경도치매노인의 여러가지 행동문제, 인지장애, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 모두 부양부담과 상관관계가 있었다. 경도치매 시기에 잔존기능을 최대한 유지하고 치매진행을 지연시킬 수 있는 인지재활프로그램의 개발이 필요하다. 또한 경도치매 노인의 기능상태중 행동문제가 부양부담에 가장 많은 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 앞으로 치매노인을 부양하는 주부양자들에게 행동문제 대한 적절한 대처방안교육이 중요하고 생각된다.

주부양자의 건강상태가 나쁠수록, 1일 부양시간이 증가할수록 부양부담이 상승하는 것으로 나타났다. 치매노인을 돌보는 주부양자가 배우자가 많았고, 주부양자의 평균연령이 67세로 대부분 65세를 넘긴 노인이며, 여전히 홀로 부양부담을 하고 있는 것으로 나타났다. 1일 부양시간의 증가는 치매노인의 상태가 시간이 지나면서 더 의존적으로 변하기 때문에 자연스럽게 더 많은 부양시간이 필요하며 이로 인하여 더 많은 부양부담이 생기게 된다. 이를 통하여 앞으로 주부양자의 건강문제가 더 취약해질 수 있음을 예측할 수 있다. 주부양자의 연령과 건강상태를 고려한 프로그램의 개발이 필요하며, 이러한 프로그램들은 부양부담을 감소시킬 것으로 기대된다.

사회적 지지가 부양부담을 감소시키는 요인으로 나타났으며 부양기간이 길어질수록 부양부담이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 치매가 만성질환으로 시간이 지나면서 점차 악화되는 특징을 가지고 있어 부양부담이 상승한 것으로 보인다. 장기간의 부양은 주부양자외 다른 가족이나 가족외지지가 중요하다고 생각된다. 치매노인을 부양하는 가족들에 대한 지속적인 관심과 사회적 지지가 부양부담을 감소시킬 것으로 기대된다.

치매증상관련지식이 증가할수록 부양부담이 상승하는 것으로 나타났는데 이는 치매의 예방이나 치료관리보다 치매의 증상이 부각되어 치매의 부정적인 인식과 치매와 관련된 경험의 부족으로 인하여 부양부담이 상승한 것으로 보인다. 치매와 관련된 전문가 집단의 교육과 상담, 스트레스관리, 치매증상과 관련된 대응전략 등 부양부담을 감소시킬 수 있는 프로그램 또한 필요하다.

목 차

논문개요

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어 정의	4
II. 문헌고찰	7
1. 경도치매노인 주부양자의 부양부담	7
2. 경도치매노인 기능상태와 부양부담	8
3. 치매노인 주부양자의 치매지식과 부양부담	11
4. 치매노인 주부양자의 사회적 지지와 부양부담	12
III. 연구설계 및 연구방법	14
1. 연구설계	14
2. 연구대상	14
3. 연구도구	15
4. 자료수집기간 및 분석방법	17
IV. 연구결과	18
1. 주부양자의 일반적 특성	18
2. 경도치매노인의 일반적 특성	21
3. 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담 ..	23
4. 주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담	24
5. 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담 과의 상관관계	27
6. 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 부양부담 에 미치는 영향	29
V. 논의	31

VI. 결론 및 제언.....36

참고문헌

ABSTRACT

부록

표목차

<표 1> 주부양자의 일반적 특성 20
<표 2> 경도치매노인의 일반적 특성 22
<표 3> 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담 .. 23
<표 4> 주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담 26
<표 5> 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담
과의 상관관계 28
<표 6> 경도치매노인의 기능상태와 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가
부양부담에 미치는 영향 30

I. 서 론

1. 연구의 필요성

2015년 통계청 인구추이 발표에 따르면 65세 이상 고령인구가 2015년 (13.1%), 2030년 (24.3%), 2060년 (40.1%)로 고령인구가 늘어나고 있다. 가구 세대의 형태도 65세 이상 가구가 전체 가구의 20.1%를 차지하였으며, 가구의 연령이 65세 이상이면서 독거가구는 2015년 전체 가구의 7.4%를 차지하였다. 65세 이상 독거가구는 2035년에는 15.4%로 2배 이상 증가할 것으로 예측하고 있다(통계청, 2015). 치매는 후천적으로 기억, 언어, 판단력 등 여러 영역의 인지기능이 떨어지면서 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 임상 증후군으로 정의된다. 또한 시간이 지나면서 경도치매에서 중등도를 지나 말기로 진행되면서 정상적인 일상생활이 어렵게 된다(2014, 중앙치매센터). 우리나라 65세 이상 노인의 치매 유병률을 보면 2012년 (9.18%) 치매환자는 54만여명이며, 2030년 약 127만명, 2050년에는 271만명이 되리라 예측되며 매 20년마다 2배씩 증가할 것으로 추정된다(보건복지부, 2012). 치매는 기억력 감소와 함께 망상, 배회 등의 정신병적 증상과 문제행동, 보행장애나 실금 등과 같은 신경학적 증상까지 동반하는 복합적인 신경정신 질환이다. 보통 경미한 건망증으로 시작되지만 시간이 지나면서 결국 인간을 황폐화시키는 진행성 질환이며 일단 발병하며 9-12년 정도를 앓게 되는 만성 질환이다(치매조호평가집, 2009).

보건복지부(2012)년 보고에 따르면 최경도 치매(28.9%), 경도치매(39.2%), 중등도 치매(18.5%), 중증치매(13.5%)로 나타났으며 이중 경도치매가 전체 치매의 68%이다. 경도치매노인의 증상은 평소 즐기던 취미생활이나 지적활동에 서서히 흥미를 잃어버리고 기억력감소로 인한 일상생활에 변화가 시작되는 시기이다. 경도치매노인들은 겉보기에는 일상생활을 잘 영위해 나가며 때론 혼자 살기에 어려움이 없는데 가족들이 괜한 걱정을 하는 것처럼 보이기

도 한다. 이것은 치매노인의 삶에 개입하는 시기와 수준을 결정하는 것을 어렵게 한다. 이런 변화들은 치매노인 본인에게는 독립적인 생활을 포기하며, 가족들에게는 돌봐야 하는 부양부담이 생기는 것을 의미하므로 경도치매 단계는 치매노인과 보호자에게 큰문제이며 중요한 시기이다(안명옥, 2012).

경도치매로 진단받은 시기부터 가정에 머물면서 적절한 재자서비스를 통하여 인지기능과 일상생활능력을 향상시킬 수 있다(이수민, 2007). 이처럼 인지기능과 일상생활능력의 향상은 독립적으로 생활할 수 있는 기간을 증가시켜 중증치매로 진행되는 것을 지연시키는 효과가 있다(안명옥 등, 2005).

치매노인을 가정에서 돌보게 될 때 노인의 인지장애, 문제행동, 일상생활의존으로 인하여 가족 주부양자들이 신체적, 정신적, 사회적, 경제적으로 많은 부양부담을 경험하게 된다. 특히 주부양자로 책임감을 느끼고 있는 가족 구성원은 끊임없는 신체적 피로와 정신적 긴장상태에 있으며, 인간으로서의 기본적인 욕구까지 희생하게 된다(김수영, 김진선, & 윤현숙, 2004; 조윤희, 2006). 치매노인 주부양자는 우울, 불안과 같은 심리적, 신체적 질환의 유병률이 다른 일반인에 비해 높으며, 대인관계나 사회활동의 제한이나 변화를 경험하게 된다(Clipp & George, 1993). 보건복지부(2012)는 부양시간을 경도치매 4시간, 중등도 치매 8시간, 중증치매 7시간이며, 1일 평균 부양시간은 약 5시간 이라고 보고하였다. 치매정도가 진행되면서 도구적 일상생활, 행동 문제로 인한 부양부담이 증가하였다. 치매노인 부양자 4명중 3명은 심각한 정신적, 경제적, 신체적 부담을 경험하고 있으며 50% 이상이 치매 부양부담과 관련된 건강 문제를 가지고 있었다. 이에 따라 치매노인의 관리는 노인 자신뿐 아니라, 노인의 돌봄에 직결되는 주부양자의 부양부담 등을 고려한 통합적인 접근이 점차 강조되고 있다(김수민, 2004).

치매로 진단받은 시기에 있는 가족들에게 새롭게 수행해야 할 부양의 역할이 사회적으로 계획되거나 예측되지 못한 과정으로 준비되지 않은 상태에

서 부양역할을 수행하기 때문에 더 많은 스트레스를 유발할 가능성이 크다 (전혜정 & 조규영, 2011). 따라서 치매로 진단받은 시기부터 부양에 대한 서비스가 이루어질 필요가 있다. 지식이 부족할 경우 도움이 필요한 시기에 도움을 요청하지 못하는 방해요인으로 작용하기 때문에 치매에 대한 정확한 지식은 도움이 필요한 시기에 적절하게 도움을 요청하고 올바른 치매예방 행위를 할 수 있도록 하는 중요한 요인이다(이영희 등, 2009; Institute of Medicine, 2004). 치매에 대한 지식수준이 높을수록 전문적 도움을 찾는 관심의 정도도 높아 질병에 대한 실질적인 행동으로 이어지는 것으로 나타났다(Werner, 2003).

치매노인 주부양자는 치매노인 수발로 인해 사회적 관계에 필요한 개인적인 시간을 내지 못하고, 우리나라 치매노인 주부양자 중에서 50% 이상이 친구를 만날 수 있는 시간이 없는 것으로 나타났으며, 가족이 정신질환자라는 낙인 때문에 이웃과 왕래가 감소한다고 하였다(권중돈, 2012).

사회적 지지는 노인을 돌보는 가족의 스트레스를 감소시키고 노인의 건강 문제나 갈등이 지속될 때 느끼는 가족들의 신체적, 정신적, 사회적 어려움을 중재하는 것이라고 하였다(윤현숙, 하용봉, & 조세희, 2000). 또한 사회적 지지는 개인이 겪는 여러 변화와 위기를 받아들이도록 돕고, 사람들에게 활기를 주며, 어려운 상황을 해결하고 건강을 회복할 수 있게 도와주며 사회적 지지에 대한 만족도가 높을수록 부양자의 삶의 만족도가 높아지는 것으로 나타났다(김수영 등, 2004).

2015년 12월 발표한 제3차 국가치매관리종합계획에 따르면 치매의 조기 검진 및 치료관리를 위하여 정밀검진 비용을 건강보험 적용하여 8만원으로 조정하였으며, 약제비지원 또한 지속적으로 진행하고 있어 앞으로 치매조기 검진률이 높아질 것으로 예상된다. 치매조기검진이 증가하면서 경도치매로

진단받은 환자가 늘어날 것이며 이에 따라 가족들의 부양부담이 증가할 것으로 사료된다. 따라서 본 연구는 경도치매노인의 기능상태와 주부양자의 치매지식 및 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향을 파악하여 주부양자의 부양부담을 감소하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 경도치매노인 주부양자의 부양부담을 줄이는데 도움이 되고자 시도되었으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 경도치매노인의 기능상태를 파악한다.
- 2) 경도치매노인 주부양자의 치매지식을 파악한다.
- 3) 경도치매노인 주부양자의 사회적 지지를 파악한다.
- 4) 경도치매노인 주부양자의 부양부담을 파악한다.
- 5) 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 주부양자의 부양부담에 미치는 영향을 파악한다.

3. 용어정의

가) 경도치매노인

경도치매노인은 미국정신의학회 DSM-IV(Diagnostic and Statistical of Mental Disorder -IV)의 치매진단 기준에 의거하여 치매로 진단받은 자로 CDR 점수가 0.5에서 1인 대상자를 말한다(중앙치매센터, 2014). 본 연구에서는 S구 치매지원센터에 등록된 대상자 중 DSM-IV의 치매기준에 따라 Clinical Dementia Rating(CDR) 점수가 0.5-1인 65세 이상의 대상자이다(서울시치매사업관련메뉴얼, 2015).

나) 경도치매노인 기능상태

경도치매노인의 기능상태는 치매 진단과정에서 병력 및 신경심리검사, 영상검사 외에 인지기능, 행동증상, 일상생활동작과 도구적 일상생활동작 등을 포함하여 평가한다(중앙치매센터, 2014). 본 연구에서는 서울치매상태평가도구(Seoul Dementia Assessment Packit: SDAP)로 인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등을 4점 척도 도구를 이용해 자가평가로 측정된 값을 의미한다(김남초, 이동영, 이송자, 김진하, 김효정, & 김보영, 2013).

다) 치매지식

치매지식은 치매에 대해서 각 사람이 알고 있는 지식의 정도를 의미한다. 질병에 대한 지식뿐 아니라, 이 질병을 관리하기 위해 어떤 행동을 할 것인지에 대한 정보까지 포함한다(보건복지부, 2012). 본 연구에서는 용미현 등(2010)이 개발한 치매지식 도구를 이용하여 인구학적, 병인학적치매지식(6문항), 치매증상관련지식(11문항), 치매치료관련지식(13문항)로 총 30문항으로 구성된 도구를 이용해 자가평가로 측정된 값을 의미한다.

라) 사회적 지지

사회적 지지는 주부양자가 인식하는 주관적 사회적 지지를 말하며 가깝게는 배우자, 가족 그 외 친구와 이웃 등을 포함하여 관계적 상화작용을 통하여 받게 되는 물질적, 심리적, 정신적 도움을 말한다(Norbeck, Lindsey, Carrieri, 1981). 본 연구에서는 Sherbourne과 Stewart(1991)가 개발한 척도 MOS(Medical Outcomes Study)를 마범순(1998)과 이경미(2009)가 한국실정에 맞춰 치매환자 가족, 가족이외 지지로 구분한 20문항 5점 척도로 구성된 도구를 이용해 자가평가로 측정된 값을 의미한다.

마) 부양부담

부양부담은 돌보는 환자의 행동이나 상태변화와 같은 상황이나 사건과 관련되어 경험하게 되는 정서, 신체, 사회 및 재정적 어려움과 불편감 정도를 말한다(Zarit, 1980) 본 연구에서는 가족의 부양부담 측정을 위한 서울치매 평가도구이며, 총 22개 문항의 5점 척도로 구성된 도구를 이용해 자가평가로 측정된 값을 의미한다(김남초 등, 2013).

II. 문헌고찰

1. 경도치매노인 주부양자의 부양부담

치매는 기억, 언어, 판단력 등의 인지기능이 떨어져 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 임상증후군으로 정의되며, 대개는 비가역 혹은 진행성으로 신경세포 손상을 초래할 수 있는 원인질환들로 인하여 발생하며 인지기능이 예전에 비해 떨어지기 때문에 정신지체와 구별된다(김도관, 2005).

경도치매의 경우 자신의 업무를 지속하려고 노력하며, 지속적인 업무수행이 가능하기도 하다. 자신이 일을 하면서 발생하는 어려움들을 단순히 스트레스나 수면부족, 내지는 나이가 들어서 나타나는 현상으로 생각한다. 일을 주도적으로 처리하는 능력이 떨어지며 주변상황이나 환경에 대한 관심이 줄어든다. 또한 자신의 외모를 덜 가꾸고, 기본적인 예의범절에 관심이 적어지며, 익숙한 장소나 익숙한 일을 선호하게 되고, 새로운 상황이나 일을 하지 않으려고 한다. 또한 본인의 기억력 저하를 인지하게 되면서 분노, 좌절, 무력감 등의 감정이 나타나며 자주 우울한 증상을 보인다(정현주, 2010).

이러한 치매의 정도를 판단하기 위한 도구로 대표적인 것은 치매 정도를 Morris (1993)에 의해 개발된 임상치매평가(Clinical Dementia Rating: CDR)이다. 임상치매평가척도에 따라 경도치매는 CDR 점수가 0.5에서 1인 정도를 의미한다. 임상치매평가척도는 기억력, 지남력, 판단 및 문제해결능력, 사회활동, 가정생활 및 취미, 개인 일상생활동작 등 6개의 영역으로 나누며 각 영역에 대해 개별 점수를 부여한다. 기억력 감퇴의 정도는 치매가 발병하기 이전 상태를 고려하여 평가하고, 신체적 장애, 우울증, 혹은 성격 변화 등 치매이외의 다른 요인에 의한 손상은 제외시켜야 한다. 기억력 상실은 치매의 정도를 평가하는 가장 중요하고 기본적인 부분으로 판단하며 기억력 점

수가 주 영역 점수가 된다. CDR 0.5는 첫째 기억력 점수가 0, 다른 영역에서 두 가지 이상 0.5인 경우, 둘째 기억력 점수가 0.5, 다른 영역이 모두 0인 경우, 셋째 기억력 점수가 1, 나머지 영역이 모두 0인 경우에 해당된다. 기억력 점수가 1이상인 경우, 기억력을 제외한 5영역 중 3개 이상 다수를 차지하는 공통된 점수로 CDR을 평가한다. CDR 0은 치매아님, CDR 0.5 진단보류, CDR 1 경도치매, CDR 2 중등도 치매, CDR 3 중증치매, CDR 4 심각한 치매, CDR 5 말기치매를 의미한다(서울시치매관리사업매뉴얼, 2015; 조명제 & 김진영, 2006; 장은실, 2013).

부양부담에 관한 연구는 정신질환자를 돌보는 가족구성원이 느끼는 부담과 부양을 연구하면서 시작되었으며 치매노인 부양부담에 대한 연구는 Zarit등 (1980)이 가족의 부양부담을 측정할 수 있는 도구를 개발하면서 시작되었다. 치매노인 가족 부양부담 관련 요인에 대한 선행연구에서 부양부담 측정도구는 Zarit등 (1980)이 개발한 Burden Interview(BI)를 사용한 논문이 가장 많았다(한정숙 외, 2014).

구체적으로 경도치매의 특징을 살펴보면, 최근의 일이나 대화내용을 기억하지 못하지만 오래된 일을 비교적 잘 기억한다. 예전과 다르게 집중력이 떨어지고, 계산을 잘 못하거나 실수하는 일이 발생하고, 잘 알고 지내던 사람의 이름이 생각나지 않거나 낱말을 표현하지 못하며, 언어표현 능력이 약간 감소한다. 우울과 짜증, 남을 의심하거나 의기소침 등이 반응이 있으며 기분변화나 성격변화가 나타난다. 이런 여러가지 이유로 인하여 주변의 도움을 조금씩 받게 된다(중앙치매센터, 2014).

2. 경도치매노인 기능상태와 부양부담

치매노인의 기능상태를 인지기능, 행동문제, 일상생활동작의 부분으로 구분하여 고찰하였다. 인지기능은 기억력, 지남력, 문제해결능력, 의사소통 등

을 말한다. 지남력은 시간에 대한 지남력 장애로 시작되며 시간이 지나면서 날짜, 계절에 대한 감각이 떨어진다. 대화도중 단어가 떠오르지 않거나 머뭇거리며 엉뚱한 단어를 사용하여 의사소통에 문제가 발생할 수 있다. 시간이 지나면서 시공간능력이 떨어지게 되는데 처음에는 생소한 장소를 찾기 힘들지만 치매가 진행될수록 익숙한 길을 찾지 못하고, 나중에는 집안에서 화장실이나 방을 찾지 못하는 경우가 발생할 수 있다. 실행능력 장애는 감각 및 운동기관이 이상이 없는 상태에서 행동하지 못하는 것을 의미한다. 또한 치매로 인하여 판단력 장애가 발생하여 돈 관리에 어려움을 느끼고 필요 없는 물건을 사는 행동이 나타나기도 한다(중앙치매센터, 2014; 김기분외, 2006). 인지기능의 감소로 반복적인 질문이 증가하게 되고 혼자하던 일을 하지 못하거나 실수를 하는 일이 많아지면서 주변에서 도움을 받아야 하기 때문에 부양부담이 발생하게 된다(보건복지부, 2012).

행동문제는 행동증상을 관찰함으로써 확인할 수 있으며 치매의 정신행동증상은 정서, 지각, 행동 등의 증상 등을 말한다. 행동증상으로 배회, 초조, 공격행동, 반복행동, 탈억제 등이 나타날 수 있으며 이런 행동으로 인하여 주부양자는 큰 부담을 느낀다(박명화 등, 2014). 치매의 진행정도에 따라 정신행동증상은 다르게 나타날 수 있는데 경도치매단계에서는 기억력 감소가 있고 행동이 부자연스럽고 성격변화가 나타나며 시간과 날짜에 대한 지남력 감소 등을 보인다. 중기단계에서는 인지와 추상적 사고의 어려움이 있고 불안과 초조, 배회, 야간행동이 증가하며 일상생활 수행에 어려움이 있고 판단장애, 부적절한 사회적 행동, 반복행동, 식욕의 증가 등을 나타낸다. 말기단계에서는 증상이 심해져서 쇠약해지고 음식섭취에 무관심하며 의사소통이 불가능한 상태가 되며, 대·소변의 실금과 경련 등이 나타난다(오진주, 2000). 정신행동증상의 빈도는 경도치매에서 수면·야간행동, 우울·낙담, 무감동·무관심 순으로 나타났으며, 중등도 치매에서는 무감동·무관심, 망상, 초조·공

격, 과민·불안정 순서로 나타났으며, 중증치매에서는 초초·공격이 높은 빈도로 나타났다. 또한 치매정도가 심해질수록 정신행동증상이 증가하는 것으로 나타났다(오병훈, 차경렬, 홍창형 & 김지혜, 2004). 치매의 정신행동증상은 사고의 위험성을 높이고, 가족의 경제적, 심리적 부담을 가중시켜 결과적으로 치매노인을 병원이나 요양시설에 보내는 주요 원인이 된다(Rowe & Glover, 2001).

일상생활동작은 기본적인 동작과 도구적인 동작으로 크게 구분하고 있으며 기본적인 동작은 대·소변가리기, 화장실가기, 세수하기, 목욕하기, 식사, 옷 입기, 이동, 보행 등 기본적이고 육체적인 기능을 하는 것이며, 도구적인 동작은 전화하기, 물건사기, 음식장만, 돈 관리, 재정적인일 수행, 가정돌보기, 교통수단이용, 길 찾기, 취미생활, 약 복용, 세탁, TV보기 등의 여가 및 탐구적 활동 등으로 기본적인 동작보다 복잡한 기능들을 포함한다(중앙치매센터, 2014). 치매노인의 일상생활동작능력이 나뉠수록 부양시간이 많이 필요하기 때문에 주부양자들은 자신을 돌볼 시간이 부족하고, 사회적 고립과 역할의 제약이 있을 수 있다. 또한 치매의 특성상 지속적인 돌봄이 필요하여 부양부담이 증가한다(김용금, 2001).

치매는 정신적, 신체적 행동문제를 가지고 있어 주부양자들에게 다양한 측면에서 부담이 되고 있다(김수영 등, 2004; 조윤희, 2006). 우리나라 치매노인의 부양부담 형태를 볼 때 90%가 가족이며, 주된 동기는 의무감이라고 하였다. 부양시간은 1일 평균 5시간으로 치매의 중증도가 더해짐에 따라 부양시간이 증가하였으며, 행동문제로 인한 부양시간이 가장 길었다. 또한 치매노인 1명을 돌보기 위해 연간 543만원을 소비하는 것으로 조사되어 경제적 부담이 있었다(보건복지부, 2012). 치매노인을 돌봄에 있어 일방적인 부양형태로 상호작용에 어려움이 있으며 정신행동 증상이 발생하여 치매노인과 가족들이 정신질환자에 대한 편견으로 더욱 소외되고 고립되었다(김수영

등, 2004; 조윤희, 2006; Reese, Gross, Smalley, & Messer, 1994).

이상의 문헌고찰을 통해 경도치매 시기부터 인지기능감소, 기분이나 감정의 변화가 생기며, 일상생활 도움이 시작되므로 경도치매노인의 인지기능, 행동문제, 일상생활동작을 살펴보고 기능상태에 따른 부양부담을 파악하고자 한다. 우리나라의 경우 대부분 가족들이 치매노인을 돌보고 있기 때문에 가족 구성원 형태에 따른 부양부담의 정도와 미치는 영향들을 파악하여 부양부담을 줄이고자 하는 방안이 필요하다. 나아가 경도치매노인의 현재기능상태를 유지할 뿐만 아니라 주부양자의 부양부담을 감소시킬 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

3. 치매노인 주부양자의 치매지식과 부양부담

보건복지부(2012) 조사에 의하면 치매노인의 70% 이상이 진단받지 못하고 방치 또는 단순한 보호 상태에 있으며, 치매노인을 돌보는 부양자의 50%는 치매라고 생각하지 않았다. 조사자의 82%는 치매에 대한 교육을 받은 적이 없고, 치매 교육받은 사람과 받지 않은 사람의 치매인식도에 유의한 차이가 없었다고 한다(보건복지부, 2012). 치매노인을 돌보는 부양자 220명의 치매인식도를 조사한 Werner등(2001)의 연구에서는 치매 유병율, 원인증상 등에 대한 지식이 부족하였으며, 부양자의 학력이 낮거나 부양자가 배우자인 경우에 특히 치매 인식도가 낮았다(보건복지부, 2012). 치매에 대한 올바른 지식을 갖고 있을 때 치매에 대해 더욱 관심을 갖게 되며 적극적인 태도를 보인다고 하였다. 전문가로부터 치매지식을 습득한 경우 치매지식이 높았다(송영희, 2002). 또한 치매에 대한 증상과 치료에 대한 지식습득은 치매노인을 돌보는 능력을 향상시키고, 부양부담을 감소시키며 치매노인을 돌보는 부양자의 숙련도가 높을수록 안녕감과 만족감을 느낀다고 하였다(조남옥, 1996).

위에서 언급한 바와 같이 치매지식이 높을수록 치매에 대한 높은 관심과 적극성을 가질 수 있어 주부양자에게 치매지식은 치매질환에 대한 이해를 돕고 치매노인을 돌보는 숙련감을 높여 부양부담을 감소시킬 수 있을 것으로 보인다. 현재 치매노인을 가정에서 부양하고 있어 가족들에게 치매질환에 대한 이해를 돕고 부양부담을 줄이고자 치매노인과 주부양자를 대상으로 치매에 대한 올바른 정보를 제공하고 지식을 넓힐 수 있는 간호중재가 필요하다.

4. 치매노인 주부양자의 사회적 지지와 부양부담

사회적 지지란 넓은 의미에서 타인들에 의해 제공되는 자원으로써 다른 사람에 대한 긍정적인 표현과 다른 타인의 행동이나 지각의 인정, 그리고 타인에 대한 상징적, 또는 물질적 도움을 제공받거나 대인관계를 통해 한 개인이 얻을 수 있는 모든 긍정적인 요인을 의미한다(임주영, 2010). 사회적 지지 이론에 의하면 개인이 통제할 수 없는 스트레스가 유발되는 상황에서 개인은 부정적인 심리를 갖게 되는데 사회적 지지가 이들 관계에서 긍정적인 방향으로 작용하여 개인이 대인관계에서 얻을 수 있는 긍정적인 자원으로 생활에서 발생하는 스트레스의 부정적인 결과를 완화시켜주는 보호요인이다(김재엽, 정윤경 & 이진석, 2009).

선행연구들은 사회적 지지가 높을수록 부양부담이 감소한다고 보고하였다(서문경애 2005; 이경미, 2009; 최미선, 2012). 사회적 지지는 가족외 친구, 이웃, 기타 사람에 의해서도 제공될 수 있다(Cobb, 1976). 특히 치매노인 주부양자의 부양부담을 줄이기 위해서는 다른 가족 구성원으로부터의 지지가 절대적으로 필요하였다(조소연, 2001; 한숙정 등, 2014). 사회적 지원이 가족의 부양부담 감소에 유의한 관계를 갖고 있으며, 정서적 지원은 부양부담에 많은 영향을 주는 것으로 나타났다(윤현숙외 2000).

현재 우리나라는 도시화, 산업화에 따른 핵가족화와 여성 인력의 사회 진출, 출산율 저하, 이혼율 증가로 인해 노인에 대한 가족지지 기반도 약화되어 있으며, 부양자녀 없이 혼자 살거나 노부부만 함께 사는 노인수가 빠르게 증가하고 있다(2012, 보건복지부). 치매가족의 자살 및 살인사건 보도현황을 분석한 결과(김원경, 2014)를 보면 사건은 2011년 이후 점차 늘어나고 있는 추세이며, 치매 배우자를 수발하다가 자살하는 경우가 전체의 66.7%이며, 배우자 동반자살의 경우가 42.9%로 배우자가 치매를 수발하는 경우가 가장 많았다. 자살이나 살인의 원인은 치매로 인한 다양한 증상 때문에 스트레스가 생기고, 인지장애에 대한 충격 및 난폭한 행동, 폭언 등에 대한 스트레스가 가장 크게 작용한 것으로 나타났다. 또한 노년기 치매가족이 살인 또는 자살이 57.8%로 가장 많았으며 모든 수발을 24시간 혼자서 담당하며 서비스를 이용하지 않은 가족에게서 많이 발생하였다(김원경, 2014).

위의 내용으로 볼 때 사회적 지지는 부양부담을 감소시키는 중요한 지지체계이며, 우리나라의 가족구성형태 변화를 생각할 때 가족지지 기반의 약화는 이러한 지원체계의 감소라고 할 수 있다. 다양한 방법으로 사회적 지지를 제공하여 주부양자의 부양부담을 감소시키는 방안이 필요할 것이다.

Ⅲ. 연구설계 및 연구방법

1. 연구설계

경도치매 노인의 기능상태(인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작)와 주부양자의 일반적 특성, 주부양자의 치매지식과 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향을 파악하고자하는 서술적 횡단 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구대상자의 선정기준과 제외기준은 다음과 같다.

○선정기준

- 1) S구 센터에 내원하여 CDR (Clinical Dementia Rating) 점수가 0.5-1인 경도치매로 진단받은 65세 이상의 노인을 돌보며 동거하고 있는 배우자나 20세 이상의 가족
- 2) 외부에서 CDR 점수가 0.5-1인 경도치매로 진단받은 65세 이상으로 등록된 대상자를 돌보며 동거하고 있는 배우자나 20세 이상의 가족
- 3) 동의서에 동의한 대상자

○제외기준

- 1) 독거노인
- 2) CDR 점수가 2점 이상으로 중증도 이상의 치매노인을 돌보는 대상자

3. 연구도구

가. 경도치매노인의 기능상태

:서울치매상태평가도구(Seoul Dementia Assessment Packit: SDAP)를 이용하여 측정하였다. SDAP는 치매환자의 상태를 다차원적으로 평가할 수 있도록 개발된 도구로 평가항목은 인기기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 4영역으로 구분되어 있다(서울시치매관리사업안내, 2012). 각 항목에 대한 배점은 0-3점으로 교육받은 간호사가 치매가족 중 주부양자를 대상으로 면담하여 정보를 획득하는 방식으로 평가에 소요되는 시간은 약 30분 정도이다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .80이었다. 김남초 등 (2013)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .89 이었고, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었다.

4가지 영역의 평가항목들은 다음과 같다.

- 인지기능: 기억력, 지남력, 문제해결능력, 의사소통능력 등 총 4문항으로 점수의 범위는 0-12점이며 점수가 높을수록 인지기능 장애가 심함을 의미한다.
- 행동문제: 난폭행동, 배회행동, 거부적인 태도, 기타 사회적으로 부적절한 행동, 수면장애, 섭망 및 환각의 징후 등 총 6문항으로 점수의 범위는 0-18점이며 점수가 높을수록 문제행동이 심함을 의미한다.
- 일상생활동작: 식사하기, 목욕하기, 개인위생, 옷입기, 대변가리기, 소변가리기, 화장실가기, 자리 옮기기, 수평이동 등 총 9문항으로 점수의 범위는 0-27점이며, 점수가 높을수록 일상생활동작에 장애가 심함을 의미한다.
- 도구적 일상생활동작: 식사준비, 일상적인 집안일, 또는 기구사용, 돈관리, 투약관리, 전화사용, 물건사기, 교통수단 이용 등 총 7문항으로 점수

의 범위는 0-21점이며 점수가 높을수록 도구적 일상생활동작에 장애가 심함을 의미한다.

나. 부양부담평가 척도

가족의 부양부담 측정을 위해 서울치매평가도구를 이용한다. 총 22개 문항으로 5점 척도이며 점수의 범위는 0-88점으로 점수가 높을수록 부양부담이 높음을 의미한다. 개발 당시 Cronbach's α 는 .80이었으며, 성미라 등 (2011)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .92 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .76이었다.

다. 치매지식

인구학적, 병인학적치매지식(6문항), 치매증상관련지식(11문항), 치매치료관련지식(13문항)으로 구분하여 총 30문항의 설문지로 맞으면 1점, 틀리면 0점으로 처리되며 높을수록 지식수준이 높은 것을 의미한다(용미현 외, 2010).

라. 사회적 지지

Sherbourne과 Stewart (1991)가 개발한 MOS(Medical Outcomes Study)는 척도를 마법순(1998)과 이경미(2009)가 한국실정에 맞춰 치매환자 가족, 가족이외 지지로 구분하여 20문항으로 재구성한 5점 척도이며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 개발당시 Cronbach's α 는 .97이었으며, 이경미(2009)연구에서 신뢰도 Cronbach's α 는 .96 이었고, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .86이었다.

4. 자료수집기간 및 분석방법

본 연구 대상은 서울시 S구 치매센터에서 경도치매진단을 받은 대상자 가족으로 연구에 동의한 자이며 2015년 06월 24부터 2015년 12월 17일까지 약 6개월간 동안 설문지를 이용하여 직접조사 내지는 개별면접을 통해 171명을 대상으로 자료 수집하였으며 센터상담실에서 진행하였다.

자료수집방법은 구조화된 설문지를 이용하여 연구자가 직접 연구목적, 설문내용, 설문작성 등을 설명하였으며, 윤리적 측면을 고려하여 비밀보장과 연구참여 도중 포기 및 중단할 수 있음을 안내하였고 보호자가 설문지를 작성하는 동안 치매노인이 화장실을 이용하거나 대화를 원할 때 직원이 응대하도록 하였다. 설문조사 기간 중 총 171명이 조사에 응하였으나 가족관계 기타로 체크된 2인과 나이가 65세 미만 1인을 제외하고 최종 168명의 자료를 분석에 사용하였다.

수집된 자료는 SPSS 21를 이용하여 전산통계 처리하였으며 자료분석을 위한 구체적인 통계분석방법은 다음과 같다.

- 1) 경도치매노인과 주부양자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 구하여 분석하였다.
- 2) 경도치매노인 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담을 평균과 표준편차를 구하여 분석하였다.
- 3) 주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담을 ANOVA로 분석하고 Scheffe test로 사후검정 하였다.
- 4) 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 일반적 특성, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 구하여 분석하였다.
- 5) 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 일반적 특성, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향은 회귀분석을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구결과

연구결과는 주부양자의 일반적 특성과 부양받는 치매노인의 일반적인 특성으로 나누어진다.

1. 주부양자의 일반적 특성

주부양자의 일반적 특성은 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 종교, 최근건강상태, 경제활동유무, 대상자와의 관계, 대상자 부양기간, 1일 부양시간, 부양지원자 유무 등으로 조사하였으며 그 내용은 <표 1>과 같다.

성별은 여자가 118명(70.2%)이었고, 남자가 50명(29.8%)이었다. 연령별로 보면 75-84세 58명(34.5%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 65-74세 48명(25.8%), 54세 미만이 35명(20.8%), 55-64세 27명(16.1%), 85세 이상 4명(2.4%)의 순서였다.

교육수준은 초졸이 43명(25.5%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 고졸이 41명(24.4%), 대학 이상이 39명(23.2%), 중졸이 29명(17.2%), 초졸이하 16명(9.5%)가장 적었다. 결혼 상태는 기혼이 146명(86.6%), 미혼이 13명(7.7%), 이혼이 5명(2.9%), 사별이 3명(1.8%), 별거 1명(0.6%)이었다.

종교는 불교 50명(29.8%), 무교 48명(28.5%), 기독교 45명(26.7%), 천주교 25명(14.9%)이었다. 최근건강상태는 보통 79명(47.0%), 나쁘다 50명(29.8%), 좋은 편이다 30명(17.9%), 매우 좋다 5명(3.0%), 매우 나쁘다 4명(2.4%)순이었다. 경제활동은 하지 않는다 115명(68.4%), 하고 있다 53명(31.5%)이었다. 주부양자는 배우자 113명(67.2%), 딸 21명(12.5%), 며느리 18명(10.7%), 아들 16명(9.5%)으로 배우자가 가장 많았다.

부양기간을 보면 1-3년 미만이 79명(47%)으로 가장 많았고 3-9년 50명(30%)이었으며, 1년 미만이 39명(23.2%)이었다. 1일 부양시간을 보면 1-2시간이 60명(35.7%), 7-12시간이 29명(17.3%), 3-4시간이 25명(14.9%), 12시간

이상 19명(11.3%), 5-6시간 18명(10.7%) 마지막으로 1시간 미만 17명(10.1%) 이었다.

주부양자의 1일 평균 부양시간은 5.79시간으로 나타났다. 부양 지원자가 없다 118명(70.2%), 있다 50명(29.8%)으로 나타나 70%이상이 다른 사람이 도움 없이 홀로 치매노인을 돌보는 것으로 나타났다.

<표 1> 주부양자의 일반적 특성

(N=168)

변수	구분	n	%	M(SD)
성별	여	118	70.2	
	남	50	29.8	
연령	54세 미만	35	20.8	66.92(12.37)
	55-64세	27	16.1	
	65-74세	48	28.5	
	75-84세	54	32.1	
	85세 이상	4	2.4	
교육수준	초졸이하	16	9.5	
	초졸	43	25.5	
	중졸	29	17.2	
	고졸	41	24.4	
	대졸이상	39	23.2	
결혼상태	사별	3	1.8	
	결혼	146	86.9	
	별거	1	0.6	
	이혼	5	2.9	
	미혼	13	7.7	
종교	기독교	45	26.7	
	불교	50	29.8	
	천주교	25	14.9	
	무교	48	28.5	
최근건강상태	매우 나쁘다	4	2.4	
	나쁜 편이다	50	29.8	
	보통이다	79	47.0	
	좋은 편이다	30	17.9	
	매우 좋다	5	3.0	
경제활동	하지 않는다	115	68.4	
	하고 있다	53	31.5	
치매노인과의 관계	배우자	113	67.2	
	딸	21	12.5	
	아들	16	9.5	
	며느리	18	10.7	
부양기간	1년 미만	39	23.2	1.97(1.55)
	1-3년 미만	79	47	
	3-9년	50	30	
1일 부양시간	1시간 미만	17	10.1	5.79(6.83)
	1-2시간	60	35.7	
	3-4시간	25	14.9	
	5-6시간	18	10.7	
	7-12시간	29	17.3	
	12시간 이상	19	11.3	
부양 지원자 유무	없다	118	70.2	
	있다	50	29.8	

2. 경도치매노인의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 주부양자가 돌보는 치매노인의 일반적 특성으로 연령, 성별, 교육수준, 시력, 청력, CDR, 장기요양등급 등을 조사한 결과는 <표 2>와 같다.

남성이 87명(51.7%), 여성이 81명(48.2%)이었으며, 평균연령은 78.7(6.87)이었다. 교육은 중졸이 77명(45.8%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로 고졸이 50명(29.7%), 초졸이하 28명(16.6%)이었고, 초졸이 13명(7.7%)이었다.

시력은 약간저하 91명(54.1%), 문제없음 15명(33.3%), 상당히 저하 17명(10.1%), 거의 안보임 4명(2.3%)이었다. 청력은 문제없음 72명(42.8%), 약간저하됨 52명(31%), 상당히 저하됨 40명(23.8%), 거의 안들림 4명(2.3%)의 순이었다. 치매진행정도 점수는 CDR 0.5가 83명(49.4%), CDR 1이 85명(50.6%)이었다. 장기요양등급을 안받음 125명(74.4%), 받음 43명(25.6%)으로 나타났으며, 가장 많은 등급은 3등급 21명(12.5%), 4등급 13명(7.7%), 5등급 6명(3.6%), 2등급 3명(1.8%)으로 나타났다.

<표 2> 경도치매노인의 일반적 특성 (N=168)

변수	구분	n	%	M(SD)
성별	여	81	48.2	
	남	87	51.7	
연령	65-74세	43	25.5	78.71(6.87)
	75-84세	91	54.2	
	85세 이상	34	20.2	
교육수준	초졸 이하	28	16.6	7.50(5.01)
	초졸	13	7.7	
	중졸	77	45.8	
	고졸	50	29.7	
시력	문제없음	56	33.3	
	약간 저하됨	91	54.1	
	상당히 저하됨	17	10.1	
	거의 안보임	4	2.3	
청력	문제없음	72	42.8	
	약간 저하됨	52	31	
	상당히 저하됨	40	23.8	
	거의 안들림	4	2.3	
CDR	0.5	83	49.4	
	1.0	85	50.6	
장기요양등급	안받음	125	74.4	
	받음	43	25.6	
	2등급	3	1.8	
	3등급	21	12.5	
	4등급	13	7.7	
	5등급	6	3.6	

3. 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담

주부양자가 돌보는 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담은 <표 3>과 같다.

경도치매노인의 기능상태의 각 항목별 평균점수는 인지기능 5.58(2.33)점, (범위 1-12점), 행동문제 2.55(2.84)점(범위 0-13점), 일상생활동작 3.28(5.26)점 (범위 0-27점), 도구적 일상생활동작 13.35(6.85)점 (범위 0-12점)으로 나타났다. 인구학적, 병인학적치매지식 2.95(1.03)점(범위 1-5점), 치매증상관련지식은 8.55(1.28)점(범위 6-11점), 치매치료관련지식은 10.60(1.37)점(범위 7-13점), 사회적 지지에서 가족지지가 25.68(12.77)점(범위 10-50점), 가족외지지가 19.39(11.09)점(범위 10-50점)으로 나타났으며 부양부담은 38.86(21.96)점(범위 0-88점)으로 나타났다.

<표 3> 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담 (N=168)

항목	항목	평균 표준편차	범위	최소-최대
경도치매 노인의 기능상태	인지기능(4문항)	5.58(2.33)	1-12	0-12
	행동문제(6문항)	2.55(2.84)	0-13	0-18
	일상생활동작(9문항)	3.28(5.26)	0-27	0-27
	도구적 일상생활동작(7문항)	13.35(6.85)	0-21	0-21
치매지식	인구학적, 병인학적치매지식(6문항)	2.95(1.03)	1-5	0-6
	치매증상관련지식(11문항)	8.55(1.28)	6-11	0-11
	치매치료관련지식(13문항)	10.60(1.37)	7-13	0-13
사회적 지지	가족지지(10문항)	25.68(12.77)	10-50	0-50
	가족외지지(10문항)	19.39(11.09)	10-50	0-50
부양부담	22문항	38.86(21.96)	0-88	0-88

4. 주부양자 일반적 특성에 따른 부양부담

주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담은 <표 4>와 같다. 일반적 특성에 따른 주부양자 부양부담에 유의한 차이는 연령, 교육수준, 결혼상태, 최근건강상태, 부양기간, 1일 부양시간, 부양 지원자 유무에 따라 나타났다.

차별 주부양자의 성별에 따른 부양부담을 살펴보면 여성이 40.06(22.30)점으로 남성이 34.25(21.89)보다 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-1.58, p=.115$). 주부양자의 연령별로 부양부담을 보면 55세-64세가 43.48(24.38)점, 65-74세가 43.02(21.95)점, 75세-85세 이상이 36.00(20.95)점, 54세 미만이 31.11(21.26)점의 순으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($F=2.77, p=.043$).

주부양자의 교육수준에 따른 부양부담을 보면 초졸 이하 50.94(15.61)점, 초졸이 40.56(18.79)점, 중졸이 38.84(26.48)점, 고졸이 37.51(22.61)점, 대졸이 31.10(22.10)점의 순으로 나타나 학력이 높아질수록 부양부담이 감소하는 양상을 보였으며 통계적으로도 유의하였다($F=2.56, p=.040$). 그러나 사후 검정에서 그룹별 통계는 유의하지 않았다.

차별노인과의 관계에 따른 부양부담은 배우자 39.93(21.80)점, 며느리 37.67(23.60)점, 아들 35.06(22.64)점, 딸 33.76(23.82)점 나타났고 그룹별 부양부담은 통계적으로 유의한 차이는 없었다($F=0.61, p=.612$).

결혼상태에 따른 부양부담은 결혼이 40.14(22.34)점, 기타가 26.30(17.49)점으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.83, p=.006$).

종교에 따른 부양부담은 기독교 39.54(22.41)점, 천주교 42.24(22.94)점, 불교 36.59(22.66)점, 무교 34.02(21.06)점으로 나타났으며 통계적으로 유의하지 않았다($F=1.18, p=.320$).

최근건강상태에 따른 부양부담을 보면 나쁘다 46.96(22.11)점, 보통이다 39.81(20.93)점, 좋다 22.05(15.80)점으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다

($F=15.18, p<.001$). 사후검정 결과 건강상태가 나쁘다와 보통이다 그룹이 건강상태가 좋다 그룹보다 부양부담이 높았다. 경제활동에 따른 부양부담을 보면 경제활동은 하지 않는다가 39.39(22.22)점, 한다가 35.48(22.44)점이었으며 통계적으로 유의하지 않았다($t=1.06, p=.289$).

부양기간에 따른 부양부담은 1년 미만 28.76(22.04)점, 1-3년 39.37(21.05)점, 3-9년 44.18(22.10)점으로 부양기간이 증가할수록 부양부담이 늘어났으며 통계적으로 유의하였다($F=5.89, p=.003$). 사후검정 결과 1년 미만이 1-3년과 3-9년 보다 부양부담이 적었다.

1일 부양시간에 따른 부양부담을 보면 1시간 미만 24.41(16.20)점, 1-2시간 28.57(19.70)점, 3-4시간 41.64(20.35)점, 5-6시간 48.17(25.07)점, 7-12시간 49.17(17.87)점, 12시간 이상 52.42(20.60)점으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($F=9.32, p<.001$). 사후검정결과 1시간 미만그룹, 1-2시간 그룹 5-6시간 그룹, 7-12시간 그룹, 12시간 이상 그룹보다 부양부담이 적었다.

부양 지원자 유무에 따른 부양부담을 보면 부양 지원자가 없다가 41.72(21.89)점, 있다가 29.94(20.96)점으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다($t=3.24, p=.001$).

<표 4> 주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담

(N=168)

변수	구분	n	부양부담 M(SD)	t or F	p	Scheffe's test
성별	여	118	40.06(22.30)	-1.58	.115	
	남	50	34.25(21.89)			
연령	54세 미만 ^a	35	31.11(21.26)	2.77	.043	
	55-64세 ^b	27	43.48(24.38)			
	65-74세 ^c	48	43.02(21.95)			
	75-85이상 ^d	58	36.00(20.95)			
교육수준	초졸 이하 ^a	16	50.94(15.61)	2.56	.040	
	초졸 ^b	43	40.56(18.79)			
	중졸 ^c	29	38.84(26.48)			
	고졸 ^d	41	37.51(22.61)			
	대학 이상 ^e	39	31.10(22.10)			
치매노인과의 관계	배우자 ^a	113	39.93(21.80)	0.61	.612	
	딸 ^b	21	33.76(23.82)			
	아들 ^c	16	35.06(22.64)			
	며느리 ^d	18	37.67(23.60)			
결혼상태	결혼	146	40.14(22.34)	2.83	.006	
	기타(미혼, 이혼, 사별, 별거)	22	26.30(17.49)			
종교	기독교	45	39.54(22.41)	1.18	.320	
	불교	50	42.24(22.94)			
	천주교	25	36.59(22.66)			
	무교	45	34.02(21.06)			
최근건강상태	나쁘다 ^a	54	46.96(22.11)	15.18	<.001	a, b>c
	보통이다 ^b	79	39.81(20.93)			
	좋다 ^c	35	22.05(15.80)			
경제활동	하지 않는다	115	39.39(22.22)	1.06	.289	
	하고 있다	53	35.48(22.44)			
부양기간	1년 미만 ^a	39	28.76(22.04)	5.89	.003	a<b, c
	1-3년 ^b	79	39.37(21.05)			
	3-9년 ^c	50	44.18(22.10)			
1일 부양시간	1시간 미만 ^a	17	24.41(16.20)	9.32	<.001	d, e, f>a, b
	1-2시간 ^b	60	28.57(19.70)			
	3-4시간 ^c	25	41.64(20.35)			
	5-6시간 ^d	18	48.17(25.07)			
	7-12시간 ^e	29	49.17(17.87)			
	12시간 이상 ^f	19	52.42(20.60)			
부양 지원자	없다	118	41.72(21.89)	3.24	.001	
	있다	50	29.94(20.96)			

5. 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담과의 상관관계

경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 관련요인들 간에 상관관계를 분석한 결과는 <표 5>과 같다.

치매노인을 돌보는 주부양자의 부양부담은 주부양자의 교육수준($r=-.223, p<.01$), 결혼상태($r=-.213, p<.01$), 최근건강상태($r=-.378, p<.01$), 부양기간($r=.260, p<.01$), 1일 부양시간($r=.450, p<.01$), 부양 지원자 유무($r=-.242, p<.01$), 인지기능($r=.402, p<.01$), 행동문제($r=.526, p<.01$), 일상생활동작($r=.437, p<.01$), 도구적 일상생활동작($r=.472, p<.01$), 치매증상관련지식($r=.204, p<.01$), 가족지지($r=-.330, p<.01$), 가족외지지($r=-.214, p<.01$)가 통계적으로 유의미한 상관관계가 있었다.

경도치매노인과 관련요인을 보면 인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등이 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 주부양자와 관련된 요인 중 부양기간, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이 양의 상관관계를 보였으며, 교육수준, 최근건강상태, 가족지지와 가족외지지가 음의 상관관계로 나타났으며, 결혼상태와 부양 지원자 유무도 상관관계가 있었다.

<표 5> 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담과의 상관관계

(N=168)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. 연령	1																
2. 교육수준	-.433**	1															
3. 결혼상태	-.438**	.271**	1														
4. 최근건강상태	-.230**	.342**	.261**	1													
5. 부양기간	.061	-.034	.014	-.072	1												
6. 1일 부양시간	.126	-.022	-.074	-.229**	.346**	1											
7. 부양 지원자 유무	-.236**	.240**	.086	.214**	-.075	-.159*	1										
8. 인지기능	-.096	.038	-.127	-.071	.363**	.401**	-.054	1									
9. 행동문제	-.229**	.089	-.028	-.164*	.298**	.361**	-.091	.429**	1								
10. 일상생활등작	-.035	-.053	-.099	-.172*	.428**	.410**	-.118	.640**	.373**	1							
11. 도구적 일상생활등작	.118	-.192**	-.139*	-.271**	.394**	.483**	-.126	.433**	.311**	.521**	1						
12. 인구학적, 병인학적치매지식	-.045	-.014	.089	.036	.017	.086	-.067	.051	.083	-.038	.114	1					
13. 치매증상관련지식	.180**	-.141*	-.014	-.095	.046	.084	-.045	-.068	.057	.008	.131*	.144*	1				
14. 치매치료관련지식	-.165*	.245**	.100	.270**	.049	-.104	.173*	.128*	-.035	.006	-.104	.015	-.107	1			
15. 가족지지	-.273**	.315**	.081	.276**	-.213*	-.266**	.461**	-.072	-.155*	-.215**	-.239**	-.059	-.229**	.285**	1		
16. 가족의지지	-.447**	.361**	.130*	.270**	-.158*	-.233**	.315**	-.026	.012	-.068	-.267**	-.108	-.133*	.234**	.621**	1	
17. 부양부담	.054	-.223**	-.213**	-.378**	.260**	.450**	-.242**	.402**	.526**	.437**	.472**	.072	.204**	-.065	-.330**	-.214**	1

***. 상관계수는 0.01 수준(양쪽)에서 유의합니다. *. 상관계수는 0.05 수준(양쪽)에서 유의합니다.

6. 경도치매노인의 기능상태와 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향

경도치매노인의 기능상태와 주부양자의 치매지식과 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향을 파악하기 위하여 유의한 상관관계를 보인 주부양자의 교육수준, 결혼상태, 최근건강상태, 부양기간, 1일 부양시간, 부양 지원자 유무, 치매증상관련지식, 가족지지, 가족외지지, 경도치매노인의 인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등을 다중 회귀분석 하였다. 다중회귀 분석한 결과는 <표 6>와 같다.

부양부담에 영향을 미치는 요인은 경도치매노인의 행동문제이며, 주부양자 요인을 보면 주부양자의 최근건강상태, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이었다. 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증한 결과 독립성검증에서 Durbin-Watson 통계량이 2.287로 독립성을 유지할 수 있었으며, 수정된 결정계수 0.505로 설명력은 50.5%이었다.

<표 6> 경도치매노인의 기능상태와 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향 (N=168)

	계수			F	p
	비표준화 계수		표준화 계수		
	B	표준오차	베타		
(상수)	15.528	9.909		1.567	.119
교육수준	-2.062	1.081	-.123	-1.908	.058
결혼상태	-3.422	3.805	-.053	-.899	.370
최근건강상태	-4.481	1.938	-.145	-2.312	.022
부양기간	-.307	1.675	-.012	-.183	.855
1일 부양시간	2.469	.955	.177	2.587	.011
부양 지원자 유무	-3.140	2.996	-.065	-1.048	.296
인지기능	.583	.729	.062	.800	.425
행동문제	2.715	.508	.347	5.346	.000
일상생활동작	.332	.332	.079	.999	.319
도구적 일상생활동작	.414	.230	.131	1.797	.074
치매증상관련지식	3.220	1.198	.153	2.687	.008
가족지지	-.084	.137	-.048	-.614	.540
가족외지지	.109	.149	.055	.735	.464

a. 종속변수: 부양부담

R=.737 ^a	R ² =0.544	Adjusted R ² =0.505	추정값의 표준오차=15.533	Durbin-Watson=2.287
---------------------	-----------------------	--------------------------------	------------------	---------------------

V. 논 의

본 연구는 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 주부양자의 부양부담에 미치는 영향을 파악하기 위해 시도된 연구로서, 경도치매노인의 행동문제, 주부양자의 최근건강상태, 1일 부양시간, 치매증상 관련지식이 부양부담에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서 중요하게 나타난 결과를 토대로 하여 논의하고자 한다.

경도치매노인을 돌보는 주부양자는 여성이 70%를 차지했는데, 이는 다른 연구들(강소영, 2013; 김영임, 2015; 성기혜, 2006)의 결과와 유사하다. 치매노인과 주부양자의 관계를 보면 배우자가 가장 많았고, 그 다음은 딸, 며느리, 아들 순서로 나타났는데 이 또한 다른 연구들(강태화, 윤은자, & 전미순, 2014; 유문숙, 김용순, & 김기숙, 2010; 이준상 & 박애신, 2008)과 유사한 결과로 주부양자가 며느리에서 배우자 또는 딸로 바뀌어 가고 있음을 보여준다. 또한 주부양자의 연령이 65세 이상 63%, 75-84세 35%로 나타나 우리나라의 사회적 구조가 변화하고 고령사회가 되었음을 단적으로 보여주며 앞으로 노인이 노인을 돌보는 “노노케어” 시대가 되었음을 드러내어 주는 결과라고 여겨진다.

성별에 따른 주부양자의 부양부담에 관련된 선행연구를 보면 대체로 여성이 남성보다 부양부담이 높다고 보고되었으나(김수민, 2004; 이해숙 & 김한곤, 2003), 본 연구에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 평균점수에서 여성이 좀더 높게 나왔다. 한편 본 연구에서도 주부양자의 학력이 낮을수록 부양부담이 증가하여 다른 연구들(이영미 & 유인영, 2005; 장윤옥, 2000)과 유사한 결과를 나타냈다.

주부양자의 연령에 따라 부양부담에 차이가 나타났는데(윤현숙, 차홍봉 & 조세희 2000; 장윤옥, 2000)의 연구결과와 같은 맥락으로 노인부양자가 건강상의 문제로 부양의 역할을 제대로 수행하지 못하여 연령이 높을수록 부양

부담이 크고, 젊은 부양자에 비해 신체적, 경제적 부담이 더 큰 것으로 나타났다. 또한 Kramer (1995)의 연구에서도 주부양자의 연령이 높아질수록 부담을 느끼는 비율이 높게 나타났다고 하였다.

부양 지원자 유무에 따라 부양부담에 차이를 보였는데 조명희(2002)는 부양 지원자가 있는 경우 혼자 부양하는 경우보다 부양부담이 적은 것으로 조사되었으며 백주희(2009)의 연구에서 단독으로 부양을 제공할 때 치매노인 부양으로 인한 스트레스를 더 많이 느낀다고 하여 본연구와 같은 결과이다.

1일 부양시간이 길어질수록, 부양기간이 길어질수록 부양부담이 높게 나타났다. 1일 부양시간이 길수록 부양부담이 상승한 연구들 (권중돈 1999; 김윤정 & 최혜경, 1993; 조명희 외, 2000; 장운옥, 2000)과 부양기간이 길수록 부양부담이 높게 나타난 (한은정 외, 2014; 이해자, 2006)연구와 유사한 결과를 나타냈다. 1일 부양시간과, 부양기간의 상승은 치매증상이 지속적으로 진행되면서 치매노인이 의존성이 증가하는 것으로 생각되며, 많은 시간을 치매노인에게 집중하게 되면서 개인적인 시간의 감소가 부양부담의 상승으로 연결된 것이라 생각된다.

결혼상태에 있는 주부양자가 그렇지 않은 부양자의 비해 부양부담이 높게 나타났는데 이해자(2006)의 연구에서 배우자가 생존해 있을수록 정서적 부담이 증가 하였으며 권중돈(1999)의 연구에서도 부부가족의 주부양자가 부양부담을 가장 많이 느낀다고 하였다. 결혼상태에 놓여 있는 가족들은 결혼하지 않은 가족들에 비해 부양자의 역할 외에 가족관계에서 부여되는 다른 역할들을 병행해야 하기 때문이라 생각되며, 본 연구에서 주부양자가 대부분이 배우자로 치매노인을 부양하는 시간이 자연적으로 많아져서 연구결과에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 이 결과는 1일 부양시간과 부양 지원자 유무와도 같은 맥락으로 해석할 수 있는데 본 연구에서 주부양자가 여성이면서 노인이고 배우자임을 생각할 때 충분히 나타날 수 있는 결과라 생각된다.

주부양자의 건강이 나쁠수록 부양부담이 높게 나타나 다른 연구들(강태화, 윤은자, & 전미순, 2014; 송다영, 2003; 오희, 2008; 유광수, 2001; 유성호 & 김철수, 2004; 유인영 & 김명희, 2006)과 같은 결과이었다. 주부양자의 건강상태는 자신뿐 아니라 돌봄을 받는 치매노인에게도 영향을 미칠 수 있으며 관련된 가족과도 무관하지 않다. 건강하지 못한 상태에서 부양하는 것은 주부양자의 기존질환을 악화시킬 뿐만 아니라 새로운 질환의 발생을 유발할 수 있어 주부양자의 건강을 돌볼 수 있도록 건강증진 프로그램을 마련하여 이용할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 나아가 치매노인과 주부양자의 건강관리를 비롯하여 그들이 처한 환경의 개선이나 다양한 자원을 활용하여 서비스를 받을 수 있도록 정보를 제공하는 등 포괄적으로 관리하고 교육할 수 인력이 필요하다고 생각된다.

행동문제가 부양부담에 영향을 미치는 요인으로 나타났는데 이 결과는 (김재민, 신일선 & 윤진상, 2001; 유광수, 2001; 이승준, 2004; 유광수, 2001) 행동문제 수준이 심할수록 부양부담 상승하는 것으로 나타난 연구가 일치하는 결과를 보였다. 행동문제에 대한 대처방안 교육이 필요하다고 생각된다.

사회적 지지는 부적인 상관관계가 있는 것으로 나타나 사회적 지지가 증가할수록 부양부담이 감소한다고 보고된 기존 연구(김영임, 2015; 서문경애, 2005; 이혜자, 2006)를 지지하고 있으나 회귀분석에서 부양부담에 미치는 영향은 유의하지 않았다. 본 연구의 사회적 지지는 가족지지와 가족외지지를 포함하고 있으며 치매노인을 돌보는 것은 장기적인 부양형태로 가족뿐 아니라 지역사회차원에도 지속적인 관리가 중요하다고 생각된다. 현재 치매노인을 위한 공식적인 사회적 지지로 2008년 장기요양등급실시와 2014년 치매특별등급이 시작되었으나 본 연구에서 장기요양등급을 신청하지 않은 대상자는 74%이었으며, 6명(3.6%)만 5등급을 받은 것으로 나타났다. 공식적인 사회적 지지체계로서 노인성 질환과 치매노인을 돌보기 위한 노인장기요양제

도가 마련되었고, 이용자가 꾸준히 늘고 있다고 하나 대부분의 주부양자가 배우자인 노인이기 때문에 노인장기요양보험제도에 대한 이해가 부족하고 등급신청 방법이 다소 어려울 수 있어 좀 더 자세한 안내가 필요하다. 또한 이런 제도를 주부양자들이 받아들이고 인지하는지에 대한 평가가 필요하며 주부양자의 연령이 많아질수록 새로운 제도를 수용하고 적극 이용할 수 있도록 효과적인 안내가 필요하다.

황은혜 등(2013)은 지역사회 거주노인의 치매지식 및 태도에 관한 연구에서 치매를 낙인, 독립성 상실, 고통으로 바라보는 태도가 높게 나타났다고 보고하였으며, 주위에 치매노인이 있거나 치매의 경험이 많을수록 치매에 대해 긍정적인 태도를 보인다(황은혜, 김보경, & 김혜린 2013)고 하였다. 그러나 선행연구 결과들과 달리 본 연구에서는 치매증상관련지식이 증가할수록 부양부담이 상승하는 것으로 나타났다. 이는 치매증상관련지식이 증가함에 따라 미래에 닥쳐 올 일들을 예측하게 되면서 겪게 되는 부담이라 여겨진다. 이승준(2004)년 연구에서 유병기간이 1-2년, 3-4년 일 때 부양부담이 가장 높은 것으로 나타났으며, 김재민 등(2001)의 연구에 따르면 유병기간이 짧을수록 부양부담이 높은 것으로 나타나는데 부양경험이 짧아 부양에 미숙하면 오히려 부담을 많이 느낀다(김재민, 신일선, & 윤진상, 2001)고 하였다.

본 연구의 대상자는 경도치매노인을 돌보는 주부양자로서 부양기간이 1년 미만 23.2%, 1-3년 미만이 47%로 경도치매노인을 돌보기 시작한 단계에 있으며 치매에 대한 부정적인 인식과 치매관련 경험이 부족하여 부양부담을 높이는 원인이 되었을 것으로 보인다. 따라서 치매관련교육을 치매증상보다는 치매의 정확한 발병기전을 알려주고 치료 및 예방, 정신행동증상에 따른 대처기전에 대해 정확한 정보제공을 해야 하겠다. 또한 치매가족의 자조모임 참여, 다양한 방법의 교육에 참여할 수 있도록 격려하는 것이 필요하다.

본 연구의 제한점은 일부 지역의 치매지원센터에 등록된 치매노인 중 경도치매노인을 부양하는 가족을 대상으로 진행한 연구로서 연구결과를 일반화하거나 확대 해석시 신중을 기해야 할 것이다. 또한 연구대상자가 치매노인과 동거하는 대상으로 대부분 배우자가 주부양자이기 때문에 부양부담 특성에 차이가 있을 수 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 경도치매노인을 돌보는 주부양자의 부양부담에 영향을 미치는 치매노인의 기능상태, 주부양자의 치매지식과 사회적 지지와의 상관관계 및 관련 요인들을 분석하여 치매관련 교육과 효율적인 사회적 지지를 통해 치매노인의 기능상태 유지는 물론 치매노인을 돌보는 주부양자의 부양부담을 감소시키는 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

본 연구의 대상자는 서울시 S구에 소재하는 치매지원센터에 등록되어 있는 65세 이상의 경도치매노인을 돌보며 동거하고 있는 주부양자 중 본 연구에 참여를 동의한 20세 이상의 성인 대상자이었으며 자료수집기간은 2015년 06월 24일부터 2015년 12월 17일까지 약 6개월이 소요되었다. 연구목적 및 방법을 설명하고 동의한 자에게 구조화된 설문지를 이용하여 총 171명으로부터 자료를 수집하였으나 65세 미만 1명과 가족관계 기타로 체크된 2명을 제외하였고 최종적으로 168명의 자료를 분석하였다.

본 연구의 주요변수인 경도치매노인의 기능상태, 치매지식, 사회적 지지, 부양부담에 대해 연구도구를 이용하여 측정하였다. 우선 치매노인의 기능상태를 다차원적으로 평가할 수 있도록 인기기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등 4영역으로 구분되어 개발된 서울치매상태평가도구 (Seoul Dementia Assessment Packit: SDAP)를 사용하여 측정하였다. 가족의 부양부담도 서울치매상태평가도구를 이용하여 측정하였다. 치매관련 지식은 용미현 등(2010)이 개발한 인구학적, 병인학적치매지식 6문항, 치매증상관련지식 11문항, 치매치료관련지식 13문항으로 구성된 총 30문항의 도구를 사용하여 측정하였다. 사회적 지지는 Sherbourne과 Stewart (1991)가 개발한 척도를 마범순(1998)과 이경미(2009)가 한국 실정에 맞춰 치매환자 가족, 가족외지지로 구분하여 20문항으로 재구성한 도구를 사용하여 측정하였다.

수집된 자료는 SPSS WIN 21.0 을 이용하여 분석하였고, 구체적인 분석 내용은 다음과 같다.

1) 경도치매노인과 주부양자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 구하여 분석하였다.

2) 경도치매노인 기능상태, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담을 평균과 표준편차를 분석하였다.

3) 주부양자의 일반적 특성에 따른 부양부담을 ANOVA로 분석하고 Scheffe test로 사후검정 하였다.

4) 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 일반적 특성, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지, 부양부담의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 구하여 분석하였다.

5) 경도치매노인의 기능상태, 주부양자의 일반적 특성, 주부양자의 치매지식, 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향은 회귀분석을 이용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 치매노인은 경도치매상태로 CDR 0.5가 83명(49.4%), CDR 1이 85명(50.6%)이었으며, 여성이 81명(48.2%), 남성이 87명(51.7%)으로 평균연령은 78.7(6.87)세이었다. 치매노인의 주부양자는 대부분 여성 118명(70.2%)이었고, 남성은 50명(29.8%)이었으며, 주부양자의 평균연령은 66.9(12.37)세이었다. 치매노인과의 관계는 대부분이 배우자로 113명(67.2%)이었으며, 딸 21명(12.5%), 며느리 18명(10.7%), 아들 16명(9.5%)으로 나타났다. 주부양자의 돌봄 기간은 1-3년 미만이 79명(47%)으로 가장 많았고 3-9년 50명(30%)이었으며, 1년 미만이 39명(23.2%)이었다. 주부양자의 1일 평균 부양시간은 5.79(6.83)시간이며, 118명(70.2%)이 부양 지원자 없이 홀로 부양을 담당하는

것으로 나타났다. 장기요양등급 판정을 받은 치매노인은 43명(25.6%)으로 나머지 125명(74.4%)이 받지 않았으며, 치매특별등급은 6명(3.6%)만이 받은 것으로 나타났다.

2. 경도치매노인의 기능상태는 인지기능 5.58(2.33)점, 행동문제 2.55(2.84)점, 일상생활동작 3.28(5.26)점, 도구적 일상생활동작 13.35(6.85)점으로 나타났으며, 주부양자의 치매지식은 인구학적, 병인학적치매지식 2.95(1.03)점, 치매증상관련지식 8.55(1.28)점, 치매치료관련지식 10.60(1.37)점으로 나타났으며, 사회적지지 중 가족지지는 25.68(12.77)점, 가족외지지는 19.39(11.09)점으로 나타났으며, 전체적인 부양부담은 38.86(21.96)점으로 나타났다.

3. 주부양자의성별($t=-1.58, p=.115$), 종교($F=1.18, p=.320$), 치매노인과의 관계($F=0.61, p=.612$), 경제활동($t=1.06, p=.289$) 등은 부양부담과 유의한 차이를 보이지 않았다. 주부양자의 연령($F=2.77, p=.043$), 교육수준($F=2.56, p=.040$), 결혼상태($t=2.83, p=.006$), 최근건강상태($F=15.18, p<.001$), 부양기간($F=5.89, p=.003$), 1일 부양시간($F=9.32, p<.001$), 부양 지원자 유무($t=3.24, p=.001$)에 따라 부양부담에 유의한 차이를 보였다.

4. 치매노인의 인지기능, 행동문제, 일상생활동작, 도구적 일상생활동작, 등이 부양부담과 양의 상관관계를 보였고, 주부양자와 관련된 요인 중 부양기간, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이 양의 상관관계를 보였으며, 교육수준, 최근건강상태, 가족지지와 가족외지지가 음의 상관관계로 나타났으며, 결혼상태와 부양 지원자 유무도 상관관계가 있었다.

5. 주부양자의 부양부담에 미치는 영향을 살펴보면 치매노인의 행동문제이며, 주부양자 요인을 보면 주부양자의 최근건강상태, 1일 부양시간, 치매증상관련지식이었다.

이상의 연구결과를 바탕으로 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 경도치매노인을 돌보기 시작한 가족들은 치매와 관련된 경험과 숙련감 부족으로 인하여 부양부담이 높을 수 있어 상담, 교육, 스트레스 관리, 대응전략 등 부양부담을 감소시킬 수 있는 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하는 연구를 진행하여야 한다. 궁극적으로 각 치매진행단계별 가족에게 차별화된 교육프로그램을 제공하고 그 효과를 검증하는 연구를 진행할 것을 제언한다.

둘째, 변화하는 사회적 구조에 따라 가족관계가 변화하고 있어 독거노인, 노인부부, 비동거 가족들에 대한 부양부담을 연구할 것을 제언한다.

참고문헌

- 강소영. (2013). 노인 주 부양자의 부양부담감 영향요인. 경희대학교 석사학위논문, 서울.
- 강태화, 윤은자, 전미순. (2014). 치매노인 주부양자의 부담감 유형, 건국대학교 대학원 간호학과 박사과정, 서울.
- 권중돈. (1994). 한국 치매노인가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문, 서울.
- 권중돈. (1999). 한국치매가족연구. 서울: 흥익재.
- 권중돈. (2012). 치매환자와 가족복지. 서울: 학지사.
- 김경애. (2003). 시설 치매노인의 문제 행동 사정 도구 개발. 서울대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 김기웅. (2014). 치매상담매뉴얼 I, II. 성남시: 중앙치매센터.
- 김기웅, 정원미, 우종인. (2012). 알츠하이머병 환자를 위한 긍정적상호작용프로그램. 서울: 한국치매협회.
- 김기웅, 정진엽, 광경필, 김봉조, 김신겸, 김성윤, et al. (2012). 2012년 치매유병률조사. 보건복지부.
- 김기웅, 우종인, 윤종철, 이동영, 이정희, 주진형. (2009). 치매조호평가집. 서울: 한국치매협회.
- 김귀분외 (2006). 노인질환관리II. 서울: 현문사.
- 김남초, 이동영, 이송자, 김진하, 김효정, 김보영. (2013). 지역사회 거주노인의 행동심리증상이 일상생활수행에 미치는 영향. 서울특별시광역치매센터, 12-14, 27-29.
- 김도관. (2005). 치매 환자 보호자의 부양 부담에 영향을 미치는 요인 탐색. 신경정신의학. 44(4), 505-510.
- 김성현. (2000). 치매노인 부양자의 부양부담 감소에 영향을 미치는 요인

- 에 관한 연구, 서울여자대학교대학원 석사학위논문, 서울.
- 김수민. (2004). 치매, 뇌졸중 노인 부양가족의 부담에 관한 실증적 연구. 단국대학교 석사학위 논문, 서울.
- 김수영, 김진선, 윤현숙. (2004). 치매노인을 돌보는 가족부양자의 우울과 삶의 만족 예측요인. *한국노년학*, 24(2), 111-128.
- 김영임. (2015). 치매노인 주 부양자의 부양부담감과 치매지식 및 사회적 지지. 아주대학교 석사학위논문, 수원.
- 김원경. (2014). 치매 가족의 자살 및 살인사건에 대한 신문기사 분석, *보건사회연구*, 34(2).
- 김용금. (2001). 치매노인의 기능상태가 부양자의 우울 및 부담감에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 김윤정, 최혜경. (1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향, *한국노년학*, 13, 63-83.
- 김장래, 길주현, 조아라, 이동우, 김민숙, 최영민. (2011). 경도인지장애 및 초기 치매노인에서 일상생활 수행능력의 관련요인, *노인정신의학*, 15(2), 61-69.
- 김재민, 신일선, 윤진상. (2001). 치매환자 부양자의 부양부담 결정인자, *신경정신의학*, 40(6), 1106-1113.
- 김재엽, 정윤경, 이진석. (2009). 가정내 자녀 학대 경험이 청소년의 자살 생각에 미치는 영향 및 사회적 지지 관계의 조절효과. *한국사회복지조사연구*, 21, 119-44.
- 김혜숙, 구재관, 손용민. (2014). 등급의 치매노인주간보호 프로그램을 이용하는 초기치매노인 가족의 부양부담의 변화에 대한 연구. *노인복지연구 통권 (66) 한국노인복지학회*, 167-188.
- 김혜진. (2014). 지역사회 거주노인의 인지장애, 알츠하이머치매에 대한 지

- 식 및 태도 연구. 이화여자대학교 석사학위논문, 서울.
- 마범순. (1998). 치매노인 부양자의 부양부담에 관한 연구- 주, 단기 보호소 이용 부양자를 중심으로. 이화여자 대학교 석사학위논문, 서울.
- 박명화, 성미라, 김선경, 이동영. (2014). 경도인지장애 노인과 정상노인의 인구학적 특성, 동반질환 및 건강습관 비교, *대한간호학회지*, 44(4), 351-360.
- 박인혜, 최인희, 강서영, 김윤경, 이정미. (2015). 경도인지장애노인의 개인별 인지기능 강화프로그램 적용의 효과, *지역사회간호학회지*, 26(1), 1-10.
- 박정숙, 이영희, 김화순. (2015). 경로당이용 노인의 인지기능장애 위험요인, *노인간호학회지*, 17(3), 121-130.
- 백주희. (2009). 미국치매노인 부양자의 우울증에 영향을 미치는 요소: 배우자 부양자와 딸 부양자 비교 연구. *한국노년학*, 29(4) 1591-1609.
- 보건복지부. (2012). 2012년 치매유병률 조사.
- 서문경애. (2005). 치매노인 가족의 누적스트레스 영향요인, *한국노년학*, 25(2), 195-209.
- 서울특별시치매센터. (2015). 2015서울시치매관리사업안내서. 서울특별시, 서울특별시치매센터.
- 성기혜. (2006). 치매환자의 인지기능과 일상생활 수행능력에 따른 부양자의 부담감과 우울감. 이화여자대학교 임상보건과학대학원 석사학위논문, 서울.
- 성미라, 김경아, 이동영. (2011). 치매노인 주부양자의 소진에 관한 연구. 서울특별시치매센터, 3-19.
- 손영주, 강기선, 김수진. (2000), 치매노인을 돌보는 가족원의 부양부담감과 가정간호요구도, *지역사회간호학회지*, 11(2), 423-440.

- 송영희. (2002). *중년의 치매에 대한 인식과 태도*. 동덕여자대학교 석사학위논문, 서울.
- 송다영. (2003). 여성의 취업실태별 노인부양부담과 역할갈등. *한국여성학*, 19(2), 145-176.
- 안명옥, 이은아외 5인 (2005). 효과적인 치매관리를 위한 정책 과제. 국정감사 정책자료집
- 안명옥. (2012). 36시간 길고도 아픈 치매가족의 하루: 조윤커뮤니케이션.
- 연병길. (2006). 치매의 진단과 치료. *메디컬업저버*, 351호, 31-34.
- 오병훈, 차경렬, 홍창형, 김지혜. (2004). 한국판 Neuropsychiatric Inventory로 본 치매 단계에 따른 행동·정신증상 특징. *대한신경학회지*. 43(5), 596-602.
- 오진주. (2000). 간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구. *대한간호학회지*, 30(2), 293-306.
- 오희. (2008). *치매노인 주부양가족의 건강상태, 부양부담감 및 삶의 질 연구*. 경희대학교대학원 석사논문, 서울.
- 용미현, 김은정, 양영애. (2010). 치매환자 가족을 대상으로 치매에 대한 지식조사연구. *한국고령친화건강정책학회지*, 2(2), 3-9.
- 우국희. (1997). *치매노인 수발인의 수발 및 사회적 지지에 관한 주관적 경험*. 서울대학교대학원 박사학위 논문, 서울.
- 유광수. (2001). 노인성 치매환자를 간호하는 가족의 부담감에 대한 연구, *한국보건간호학회지*, 150(1), 125-147.
- 유문숙, 김용순, 김기숙. (2010). 치매노인가족의 부양부담감, 대처능력과 건강관련 삶의 질과의 관계, *한국노년학*, 30(4), 1117-1127.
- 유성호, 김철수. (2004) 치매노인 주부양자의 가족관계에 따른 문제인식, 부양부담, 시설입소의향에 관한 탐색적 연구: 천안시 가정방문간호 대

- 상자 중심으로, 노인복지연구, 26(겨울호), 191-214.
- 유인영, 김명희. (2006). 치매노인 부양자의 부양부담감 영향요인, 노인간호학회지, 8(1), 47-57.
- 윤지영. (2012). *재가 치매노인의 정신행동증상 유형별 주 간호제공자의 부담감*. 고려대학교대학원 석사학위 논문, 서울.
- 윤현숙, 류삼희. (2007). 장기요양보호노인 가족수발자의 수발부담에 영향을 미치는 요인- 배우자와 자녀비교. 한국노년학, 27(1), 195-211.
- 윤현숙, 하응봉, 조세희. (2000). 사회적 지원이 가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향 신심기능손상 노인 가족을 중심으로, 한국노년학, 20(1), 1-19
- 이경남. (2000). *치매노인 수발경감을 위한 사회적 지지망 개입*. 부산대학교대학원박사 학위논문, 부산
- 이경미. (2009). *치매노인 부양자가 지각하는 사회적 지지와 부담감*. 한양대학교 석사학위논문, 서울.
- 이동영, 성미라, 박명화, 김진하. (2012). 서울시 치매관리사업 데이터 베이스를 활용한 연구보고서. 서울특별시 치매센터, 17-19, 37, 51-62.
- 이동영, 우종인외. (2013). *조호제공자를 위한 알츠하이머병 가이드북*. 한국치매협회.
- 이승준. (2004). 치매노인가족의 부양부담 요인에 관한연구. 전북행정학보 18(2), 127-142.
- 이수민. (2007). *치매노인과 부양자의 생활만족도에 관한 연구 치매노인주간보호센터 이용자 중심으로*, 명지대학교 사회복지대학원 사회복지학과 석사논문, 서울.
- 이애숙, 김한곤. (2003). 치매노인 부양자의 부양부담 실태 및 부양부담에 영향을 미치는 요인, 보건사회과학, 13집, 29-60.

- 이영미, 유인영. (2005). 치매노인부양자의 우울과 부양부담감, 사회복지서비스 이용도에 관한연구, *한국노년학*, 25(3), 111-121.
- 이영희, 우선미, 김옥란, 이수연, 임혜빈. (2009). 저소득층 중년여성의 치매 지식, 태도, 자기효능감과 예방행위와의 관계연구. *성인간호학회지*, 21(6), 617-627.
- 이준상, 박애신. (2008). 치매노인 가족보호제공자의 부양부담에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *노인복지연구*, 40, 225-248.
- 이현주, 이주원, 이준영. (2015). 치매노인 가족부양자의 부양부담감연구 사회적 지지의조절. *충남대학교 사회과학연구소*, 26(1), 2-8, 13-19.
- 이혜자. (2006). 재가 치매노인 주부양자의 부양부담 실태 및 영향요인. *대한케어복지학회*, 2(1), 36-39.
- 임주영. (2010). 노인의 스트레스와 불안관의 관계에 대한 위협적 상황 인지와 삶의 의미의 매개효과와 사회적 지지의 조절효과. 경북대학교 대학원박사학위논문, 대구.
- 장윤옥. (2000). 치매노인 부양주부의 가정자원이 부양 스트레스에 미치는 영향. *대한가정학회지*, 42(6), 73-88.
- 장은실. (2013). 재가치매노인과 가족조호자의 사회적 지지와 우울과의 상호작용. *중앙대학교 박사학위논문*, 서울.
- 전혜영, 조규영. (2011). 중고령자의 부양자 역할로의 전이경험, 사회적 유대, 우울. *한국지역사회복지학*, 37, 378-411.
- 정현주. (2010). 초기치매남편을 수발하는 배우자의 경험 -Colaizzi의 현상학적 연구방법을 활용하여- 한양대학교입상정보 대학원, 서울
- 조남옥. (1996). 치매환자 가족이 경험과 간호요구에 관한연구. 서울대학교 박사학위논문, 서울.
- 조명재, 김진영. (2006). 한국인 치매환자의 행동 및 심리증상의 횡문학적

- 특성. 서울: 서울대학교 출판부.
- 조명희, 최오창, 최정신, 김대년. (2000). 치매노인 부양가족의 부양부담과 개선방안. *노인복지연구* 가을호, 33-65.
- 조명희. (2002). 치매노인 주부양자의 부양부담과 관련변인 분석. *응용과학연구* 11(1), 259-270.
- 조소연. (2001). 치매노인 부양자의 부양부담 및 가족지지와 부양자의 정신건강관의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문, 서울.
- 조윤희. (2006). 지역사회 치매노인의 증상 정도에 따른 가족간호자의 전문적 도움 요구. 연세대학교대학원 간호학과석사학위논문, 서울.
- 조윤희, 김광숙. (2010). 재가 치매노인 증상에 따른 가족의 부담감 및 전문적 도움 요구, *한국노년학*, 30(2), 369-383.
- 최미선. (2012). 재가노인의 사회적 지지, 인지기능 및 우울간의 관계, *한양대학교입상정보대학원 석사학위논문*, 서울.
- 한은정, 이정면, 권진희, 신슬비, 이정석. (2014). 장기요양 재가 서비스 이용자를 돌보는 가족부양자의 부양부담감에 영향을 미치는 요인. *보건행정학회지* 24(1), 71-84.
- 한숙정, 이세윤, 김지연, 김홍수. (2014). 치매노인 가족부양자의 부양부담감 관련요인에 관한 선행연구 고찰. *노인간호학회지*, 16(3), 242-254.
- 황은혜, 김보경, 김혜린. (2013). 청소년의 치매에 대한 지식과 태도. *재활간호학회지*, 16(2), 133-140.
- 서울특별시치매센터. (2015). 2015서울시치매관리사업안내서. 서울특별시. 서울특별시치매센터. www.mw.go.kr.
- 통계청. (2015). <http://kostat.go.kr>.
- Cantor, M. H. (1983). Strainamong caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist* 23(6), 597-604.

- Clipp, E. C. & Geroge, L. K. (1993). Dementia and Cancer: A Comparison of Spouse Caregivers. *The Gerontologist*, 33(2), 534-541.
- Cobb. S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A perscription to end confusion. Washington, DC: National Academic Press
- Kramer, B. J. & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: toward an nuderstanding of gender differences in caregiver burden, *The Gerontologist*, 35(3), 340-348.
- Lawton, B. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people:Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating(CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Reese, D. R., Gross, A. M., Smalley, D. L. & Messer, S. C. (1994). Caregivers of Alzheimer's disease and stroke patients: Immunological and psychological considerations. *Gerontologist*, 34(4), 534-540
- Rowe & Glover. (2001). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in individuals with Alzheimer's disease *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 22-34
- Roger, B. & Gerry, H. (2003). Realistic Expectation : The management of

- Severe Alzheimer disease. Alzheimer Association Disorder, S81–S85.
- Werner P. (2001). Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 6(1), 32–38.
- Werner P. (2003). Knowledge about symptoms of Alzheimer's disease: Correlates and relationship to help seeking behavior. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 1029–1036.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. and Peterson, J. B. (1980). Relative of the impaired elderly; Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 20(6). 649–655.
- Zarit et al. (1986). Subjective burden of husband and wives as caregiver: A longitudinal study, *The Gerontologist*, 26, 260–266.

Abstract

Influence of Functional Status of Elderly with Mild Cognitive Impairment, Major Caregivers' Knowledge about Dementia and Social Support on Caregivers' Burden

Byeon, Bokhui

Department of Nursing

Graduate School of Sungshin Women's University

This study is a descriptive research that analyzes the related factors and correlations between functional status of elderly with mild cognitive impairment, major caregivers' knowledge about dementia and social support that have an influence on caregivers' burden. A survey with a questionnaire was carried out to 168 major caregivers, who have been taking care of and living with the elderly over the age of 65 with mild cognitive impairment and registered at a Center for Dementia located in S-gu, Seoul.

The following is the results of the analysis of the survey:

1. The subjects related are with mild cognitive impairment, composed of 83 persons with CDR 0.5 (49.4%) and 85 with CDR 1 (50.6%), and 81 females (48.2%) and 87 males (51.7%). Their average age is 78.7 (6.87). Most of the major caregivers of the elderly with mild cognitive impairment are female, 118 or 70.2% and male caregivers are 50 or 29.8%. The average age of the surveyed major caregivers is 66.9 (12.37). The caregivers' relationships with the patients consist of 113 spouses (67.2%),

21 daughters (2.5%), 18 daughters-in-law (10.7%), and 16 sons (9.5%).

The duration for caregiving by the major caregivers varied: 79 persons (47%) answered they have cared for the patients for less than 1-3 years, 50 persons (30%), 3-9 years, and 39 persons (23.2%), less than a year. The average time spent for daily care by the major caregivers was 5.79 (6.83) hours and 118 persons (70.2%) were found to have taken care of the patients without any support from others. 43(25.6%) of the aged with dementia had been diagnosed requiring a long-term care, and the other 125 persons (74.4%) were not. Only 6 persons (3.6%) were diagnosed belonging to the dementia special grade.

2. The demented elderly's functional status showed cognitive function 5.58(2.33), behavioral problems 2.55(2.84), activity of every daily living 3.28(5.26), and instrumental activity of daily living 13.35(6.85), respectively. In regard to knowledge about dementia, the major caregivers scored 2.95(1.03) in demographical and etiological knowledge and 25.68(12.77) in dementia-related knowledge. In terms of social support for the caregivers, 25.68(12.77) was scored for the support from family members and 19.19(11.09) from outside of family members. The overall caregiving burden they had marked 38.86(21.96).

3. Factors such as the gender of the major caregivers ($t=-1.58$, $p=.115$), religion ($F=1.18$, $p=.320$), the relation with the demented patients ($F=0.61$, $p=.612$), economic activity ($t=1.06$, $p=.289$) did not indicate meaningful differences from the caregiving burden. However, factors such as the age of major caregivers ($F=2.77$, $p=.043$), educational status ($F=2.56$, $p=.040$), marital status ($t=2.83$, $p=.006$), recent health condition ($F=15.18$, $p<.001$), the duration of caregiving ($F=5.89$, $p=.003$), daily caring hours ($F=9.32$, $p<.001$), and support from outside of family members or not ($t=3.24$, $p=.001$) indicated an significant influence over the caregiving burden.

4. The cognitive function of the aged with dementia, their behavioral

problems, activity of every daily living, and instrumental activity of daily living showed a positive correlation with the amount of caregiving burden, and so does the duration of caregiving, daily caregiving hours, and related knowledge of dementia symptoms. Meanwhile, educational status, recent health condition, support from family members and one from outside of family showed a negative correlation and marital status and whether there is support from inside and outside of family members were also found related.

5. The major factor influencing on the major caregivers' burden was the patients' behavioral problems and factors caused from the major caregivers were their recent health condition, daily caring hours, and related knowledge about dementia.

Based on the findings above, this study indicates that the demented patients' various behavioral problems, cognitive impairment, activity of daily living, and instrumental activity of daily living are all interacted with caregiving burden. For patients with mild dementia, it is required to develop rehabilitation programs to help patients keep the remaining functionality and delay the progress of dementia and carry out research to evaluate its results. It was also found that among the functional status of the aged with mild dementia, their behavioral problems increase the caregiving burden of the major caregivers. Therefore, it is important to set up and educate proper responding measures to the major caregivers of the demented elderly.

The caregiving burden also increased when the major caregivers were suffering from bad health conditions and the daily caregiving hour was longer. The most caregivers of the elderly with dementia were the patient's spouses, and the average age of the caregivers were 67, and most of them were more than 65 years old, but still they were sole caregivers.

As the dementia progressed, the patients often get more dependent on their caregivers, which results in a longer caregiving hour and increased burden. In this process the caregivers' health condition is likely to be

vulnerable. Therefore, it is required to develop programs considering major caregivers' age and health condition, and these programs are expected to decrease the burden of caregiving.

The longer duration of caregiving was accompanied with the increased burden of caregiving. It seems that this increase happened since dementia, as a chronic disease, becomes worse as time passes. In this case, family members other than the major caregivers and others outside of the family members seem to be an important factor to decrease the burden of caregiving. It is expected that continuing interest in and social support for the families taking care of elderly with dementia will also decrease the burden of their caregiving.

It was also found that when the caregivers had more knowledge related to dementia, their burden of caregiving increased. This kind of knowledge often emphasizes the symptoms of dementia, rather than the prevention or treatment of the disease, resulting in a negative perceptions towards dementia. This and caregivers' lack of experience related to dementia possibly increases the burden of caregiving. This issue also highlights the necessity of developing programs of counseling, education, stress management, and response strategy operated by expert groups to relieve their burden.

경도치매노인 기능상태및 주부양자의 치매지식과 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향

치매환자를 가정에서 돌보게 될 때 환자의 인지장애, 문제행동, 일상생활 의존으로 인해 돌봄 주부양자의 부양부담은 진단초기부터 시작되며, 준비 없는 상태는 더 많은 스트레스가 유발되고 있습니다. 이에 경도치매환자의 기능상태에 따른 부양부담을 살펴보고, 치매지식과 사회적 지지가 부양부담에 미치는 영향을 알아보려고 합니다.

앞으로 이 연구를 통하여 부양부담을 감소시키기 위한 간호중재 및 치매지식 전달방식을 모색하여 치매환자를 돌보는 부양부담을 줄이는데 도움이 되고자 하오니 성실하게 답하여 주시기 바랍니다.

No.	성명	평가일	2015년	월	일
-----	----	-----	-------	---	---

A. 인지 기능 장애

		0	1	2	3
1.	기억력	문제없음	약간 저하됨 (노화성 변화 또는 건망증이라고 생각되는 정도이고 일상생활에 지장을 줄 정도는 아니다. 즉, 실수가 드물고, 귀중품의 분실, 중요한 약속의 망각 등 심각한 실수는 하지 않는다)	상당히 저하됨 (일상생활에서 지장을 줄 정도로 기억력이 감퇴되어 있다. 실수가 빈번하고, 때로는 심각한 실수도 한다)	거의 기억 못함 (자녀, 부모, 배우자의 이름, 자신의 나이, 고향 등 매우 기본적인 사실도 잘 기억하지 못한다)
2.	지남력 (시간이나 장소를 파악하거나, 사람을 알아보는 정도)	문제없음	약간 저하됨 (년, 월, 일, 계절 등을 잘 모를 때가 있다. 그러나 자신이 있는 곳이 어디인지는 대개 정확히 파악한다.)	상당히 저하됨 (자신이 있는 곳이 어디인지 헷갈려 하거나 길을 잃을 때가 있다. 그러나 가까운 친척이나 가족은 대개 잘 알아본다.)	매우 심한 저하 (가까운 친척이나 가족을 잘 알아보지 못할 때가 있다)
3.	문제해결능력 (주변에서 일어난 일이나 상황을 파악하여 적절히 대처하는 능력)	문제없음	약간 저하됨 (복잡한 상황을 이해하고 해결하는데 간혹 어려움이 있으나, 늘 해오던 간단한 일은 문제없이 처리한다)	상당히 저하됨 (간단한 상황을 이해하고 대처하는데도 어려움을 보인다. 다른 사람에 대한 사회적인 반응은 대체로 적절하다)	매우 심한 저하 (대부분의 경우 주변 상황을 제대로 이해하지 못하여 사회적인 반응도 부적절한 경우가 많다)
4.	의사소통능력 (말이나 글을 통해 자신의 의사를 상대방에게 정확히 전달하고, 반대로 상대방의 의사를 정확히 이해하는 능력: 평가 시 실어증, 구음장애, 난청 등 저하의 원인은 고려하지 않는다.)	문제없음	약간 저하됨 (언어적 의사소통에 문제가 생기는 경우가 가끔 있다.)	상당히 저하됨 (언어적 의사소통에 문제가 생기는 경우가 자주 있다.)	매우 심한 저하 (정상적인 언어적 의사소통이 거의 불가능하다.)

B. 행동문제

		0	1	2	3
1.	난폭 행동 (꼬집기, 때리기, 발로 차기, 물건을 집어던지기거나 부수기 등)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)
2.	배회 행동 (실내에서 목적 없이 돌아다니거나 밖으로 나가려는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)
3.	거부적 태도 (투약 등의 치료나 수발에 대해 비협조적이거나 거부하는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)
4.	기타 사회적으로 부적절한 행동 (반복질문, 옷 벗기, 종이 찢기, 물건 뒤지거나 숨기기, 자기학대행동, 똥을 바르거나 던지는 행동, 이상한 소리내기, 고함지르기, 성적인 동작 등 부적절하거나 무의미해 보이는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)
5.	수면 장애 (잠드는데 어려움이 있거나 수면 상태를 유지하는데 어려움이 있음)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)
6.	섬망/환각의 징후 (그렇지 않았던 사람이 비교적 갑자기 자신이 어디에 있는지, 옆에 있는 사람이 누구인지도 모르게 되어 엉뚱한 반응을 보이거나, 또는 헛것을 보거나 다른 사람에게는 들리지 않는 소리를 듣고 있는 듯한 행동 등을 보임.)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)

C. 일상생활동작

		0	1	2	3
1.	식사하기	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
2.	목욕하기	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
3.	개인위생 (세면, 머리 빗기, 양치질, 면도 등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
4.	옷 입기 (단추 채우기, 지퍼 올리기 등 포함)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
5.	대변 가리기	정상적으로 가능	가끔씩 실금	자주 실금	매번 실금
6.	소변 가리기	정상적으로 가능	가끔씩 실금	자주 실금	매번 실금 (또는 카테터 삽입 상태)
7.	화장실 사용 (옷 내리고 올리기, 뒤처리 등 포함)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
8.	자리 옮기기 (바닥이나 침대에 서 의자로, 혹은 그 반대로 자리를 옮겨가기)	혼자서 가능	약간의 도움 필요 (부축이나 언어적 지시 필요)	많은 도움 필요 (다른 사람이 들어서 옮겨야함. 균형을 잡고 앉아 있을 수는 있음)	전적으로 의존 (균형을 잡고 앉아 있을 수도 없음)
9.	수평 이동 (보행, 이동)	혼자서 보행 가능	약간의 도움을 주면 보행 가능 (부축이나 언어적 지시 필요)	보행은 불가능하나 혼자 기거나 혹은 휠체어 이동 가능	전적으로 의존

D. 도구적 일상생활동작

		0	1	2	3
1.	식사 준비 (식사 계획, 요리, 상차리기 등의 과정)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
2.	일상적인 집안일 또는 기구 사용 (청소, 세탁, 설거지, 이불 개기, 화초에 물 주기, 다림질, 못박기, 전구 갈아 끼우기, TV 등 가전제품의 조작 등등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
3.	돈 관리 (생활비나 용돈관리, 공공금 납부, 은행예금관리 등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
4.	투약 관리 (시간과 용량을 지켜서 약을 먹는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
5.	전화 사용 (번호를 기억하거나 찾아서 전화를 걸고, 전화가 왔을 때 적절하게 받는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
6.	물건 사기 (상점에 가서 계획한 물건을 빠뜨리지 않으면서 적당한 돈을 치르고 사오는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존
7.	교통수단 이용 (걸어가기에는 먼 거리를 갈 때, 대중교통을 이용하거나 직접 운전을 해서 길을 잃지 않고 목적지까지 가기)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존

E. 신체 및 질병 상태					
		0	1	2	3
1.	시력	문제없음	약간 저하됨 (미세한 물건이나 작은 글씨를 보는데 지장이 있으나, 큰 물건이나 글씨는 잘 본다.)	상당히 저하됨 (큰 글씨를 보는데 지장이 있다. 큰 물체는 어느 정도 구분이 가능하다.)	거의 보지 못함 (빛, 색깔, 희미한 윤곽 등만을 겨우 볼 수 있거나 시력이 전혀 없다.)
2.	청력	문제없음	약간 저하됨 (보통의 대화를 듣는데 약간의 지장이 있다)	상당히 저하됨 (큰 소리로 말하면 의사소통이 가능하다.)	거의 듣지 못함 (큰 소리로 말해도 거의 듣지 못한다.)
3.	음식섭취 상태 및 섭취 경로	모든 음식을 정상적으로 먹을 수 있음	죽, 미음 등의 반유동식만을 먹을 수 있음	위관을 통해 영양 공급	정맥 주사를 통해 영양 공급
4.	욕창 (압력성 궤양)	욕창이 없음	부분적으로 피부가 손상됨 (표피 또는 진피의 일부가 벗겨짐)	피부가 상실되고 피하조직이 노출됨	근육이나 뼈가 드러남
5.	현재 유병 중인 질병	a. 순환기계	1. 고혈압	2. 심부전	3. 관상동맥질환
			4. 기타 심장병	5. 말초혈관질환	
		b. 호흡기계	1. 폐렴	2. 천식	3. 만성폐색성폐질환
			4. 만성기관지염	5. 폐결핵	
		c. 소화기계	1. 위염	2. 위/십이지장궤양	3. 장염
			4. 간염	5. 간 경화증	
		d. 내분비계	1. 당뇨병	2. 갑상선 기능항진	3. 갑상선 기능저하
		e. 근골격계	1. 관절염	2. 대퇴골 골절	3. 기타 골절
			4. 골다공증		
		f. 비뇨기계	1. 요로 감염	2. 전립선비대	3. 신부전
4. 성병					
g. 신경계	1. 뇌졸중	2. 파킨슨병	3. 두부손상		
h. 신경정신계	1. 치매	2. 우울증	3. 알코올남용/의존		
	4. 정신분열병	5. 조울증			
i. 기타					

6. 현재 치료 상황 (해당되는 것이 있으면 빈칸에 내용을 기록한다.)	a. 약물 치료	1. 치매 약물치료 :	
		약 이름	처방병원
	b. 기타 치료	2. 신체질환 약물치료	
		약 이름	처방병원
		(지난 4주간에 받았던 치료 내용을 아는 대로 기술한다. 예: 재활치료, 수술, 투석, 산소요법, 인공호흡기, 방사선치료, 항암 치료, 수혈, 정맥주사 등등)	
		치료 내용	치료 병원
7. 신체 특이 표시	<input type="checkbox"/> 점 설명: _____ <input type="checkbox"/> 문신 설명: _____ <input type="checkbox"/> 흉터 설명: _____ <input type="checkbox"/> 기형 설명: _____ <input type="checkbox"/> 기타 설명: _____		
8. 신체 및 질병상태 관련 추가정보 (병력, 신체적 특이사항 등 환자상태 파악에 도움이 된다고 판단되는 정보를 메모해둔다.)			

A. 주조호자의 일반적인 특성					
(상담신청인과 주조호자가 동일하다면 1-6까지는 다시 질문하지 않고 기초 상담 기록의 내용을 참고하여 기록한다.)					
1. 이름		2. 성 별	주보호자	1. 남	2. 여
			치매대상자	1. 남	2. 여
3. 연령	주보호자 만__세 치매대상자 만__세	4. 교 육 년 수	주보호자	_____년	
			치매대상자	_____년	
5. 주소					
6. 전화번호	Tel:	HP:			
	e-mail:				
7. 관계	1. 배우자 2. 딸 3. 아들 4. 며느리 5. 사위 6. 기타 친척 7. 친구 8. 이웃 9. 간병인 10. 가정 봉사원 11. 가정부/파출부 12. 기타 _____				
8. 동거여부	1. 동거 2. 비동거				
9. 결혼 상태	1. 사별 2. 결혼 3. 별거 4. 이혼 5. 미혼 6. 기타				
10. 종교	1. 기독교 2. 불교 3. 천주교 4. 유교 5. 기타_____ 6. 무교				
11. 최근건강상태	1. 매우 나쁘다 2. 나쁜 편이다 3. 보통이다 4. 좋은 편이다 5. 매우 좋다				
12. 지난 1개월 동안 앓은 질병	병명:				
13. 경제활동(돈벌이) 유무	1. 하지 않는다 2. 하고 있다(내용: _____)				
14. 환자조호기간 (치매이환이후)	약_____년 _____개월				
15. 하루 시간 배분	1. 환자조호시간 _____ 시간/일 2. 가사노동시간 _____ 시간/일 3. 경제활동시간 _____ 시간/일 4. 휴식/자유시간 _____ 시간/일 5. 운동/ 신체활동시간 _____ 시간/ 회, _____ 회/주 (종류: _____) 6. 취침시간: _____ 시간				
16. 교대로 조호해 줄 사람 유무	1. 없다 2. 있다 (관계: 환자의 _____)				
17. 장기요양등급판정 여부	1. 안받음 2. 받음(등급: _____, 이용서비스: _____)				
B. 조호와 관련된 구체적 어려움 및 희망사항					
(어려움 및 그와 관련된 희망사항을 빈 칸에 구체적으로 기록한다.)					
조호관련 어려움			희망사항		

부양부담 평가척도

다음에 열거되어 있는 문항들은 환자를 간병하면서 경험하는 느낌에 대한 질문들입니다. 각 문항을 읽어보시고, **0(전혀 아니다), 1(드물게 그렇다), 2(가끔 그렇다), 3(자주 그렇다), 4(거의 항상 그렇다)** 중에 가장 적당하다고 생각되시는 번호에다 O 표시를 해 주십시오. 자신이 느끼시는 대로 표시하시면 되며, 맞는 답이나 틀린 답이 있는 것이 아닙니다.

1.	환자가 필요 이상으로 많은 것을 요구하는 것 같이 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
2.	환자 간호 때문에 나 자신의 시간을 충분히 갖지 못한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
3.	다른 가족이나 일에 대한 의무와 환자 간호 사이에서 스트레스를 느끼십니까?	0	1	2	3	4
4.	환자의 행동 때문에 당황하게 되십니까?	0	1	2	3	4
5.	환자 가까이 있으면 화가 나십니까?	0	1	2	3	4
6.	환자 때문에 다른 가족이나 친구와의 관계가 나빠진다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
7.	환자가 앞으로 어떻게 될지 두려우십니까?	0	1	2	3	4
8.	환자가 자신에게 의존하고 있다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
9.	환자 가까이 있으면 긴장되십니까?	0	1	2	3	4
10.	환자를 돌보느라 자신의 건강이 나빠졌다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
11.	환자로 인해 자신이 원하는 만큼의 사생활을 누릴 수가 없다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
12.	환자를 돌보느라 자신의 사회생활에 지장이 있다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
13.	환자가 있어서 친구가 집에 오는 것이 불편하게 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
14.	환자가 당신을 자신을 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다는 느낌이 드십니까?	0	1	2	3	4
15.	환자를 돌보는데 드는 비용이 내 능력에 비해 과하다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
16.	향후 장기간 환자를 돌보는 것이 힘들 것 같다고 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
17.	환자의 병 때문에 자신의 생활에 대한 통제력을 잃어버렸다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
18.	환자 간병을 다른 사람에게 맡길 수 있었으면 하고 바라십니까?	0	1	2	3	4
19.	환자에 대해 뭘 해야 할지 몰라 혼란스럽게 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
20.	환자를 위해 뭔가를 더 해야만 한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
21.	환자를 지금보다 좀 더 잘 돌볼 수도 있을 텐데 하고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
22.	전반적으로 볼 때 환자를 돌보는 것이 얼마나 부담스럽게 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
0. 전혀 아니다 1. 조금 그렇다 2. 다소 그렇다 3. 상당히 그렇다 4. 매우 그렇다						

치매지식측정도구 / CDR()

구 분	문 항 각 문항을 읽고 ' 맞다 ' 라고 생각되면 ○, ' 아니다 ' 라고 생각되면 ×로 표시해 주십시오.	○	×
인 구 학 적 병 인 학 적 치 매 지 식	1. 여성보다 남성이 치매 걸릴 확률이 더 높다.		
	2. 치매는 노인의 정신건강문제 중 가장 많은 문제이다.		
	3. 나이가 많아질수록 치매 걸릴 위험이 많다.		
	4. 치매는 유전적인 요인과 관련이 있다.		
	5. 치매는 일종의 뇌의 생기는 암이다.		
	6. 동맥경화가 치매의 주요 원인이다.		
치 매 증 상 관 련 지 식	7. 치매환자는 지나간 일보다 최근 일을 잘 기억한다.		
	8. 치매환자는 사회활동이 점진적으로 위축된다.		
	9. 치매환자는 일반인보다 피로를 더 쉽게 느낀다.		
	10. 치매환자는 새로운 기술을 습득하기가 매우 어렵다.		
	11. 치매환자는 상냥하고 협조적이어서 함께 생활하기가 편하다.		
	12. 치매환자는 전체 생활경험에서 기억의 손상이 나타난다.		
	13. 나이가 적을 때 치매증상이 나타난 사람은 증상이 더 심각해진다.		
	14. 치매를 확인할 수 있는 방법은 사후 부검밖에 없다.		
	15. 치매는 정신과적 증상이 동반되기도 한다.		
	16. 환자에 따라 다르지만 치매 발병이후 평균 생존기간은 6-12년 정도이다.		
	17. 치매환자들은 자신들의 증상에 대해 알지 못한다.		
총 점			

구 분	문 항 각 문항을 읽고 ' 맞다 ' 라고 생각되면 ○, ' 아니다 ' 라고 생각되면 × 로 표시해 주십시오.	○	×
치 매 치 료 관 련 지 식	18. 치매는 치료가 불가능 하다.		
	19. 가족은 치매가 진단되면 즉시 요양원에 보내는 것이 좋다.		
	20. 치매환자는 지속적인 행동관찰이 필요하다.		
	21. 정신과 의사만 치매를 진단할 수 있다.		
	22. 치매환자를 간호할 때는 주변 환경이 소란스럽지 않게 하는 것이 좋다.		
	23. 치매의 원인은 현재까지 정확히 알려지지 않았다.		
	24. 치매에 걸렸다고 의심되는 사람은 가능한 빨리 진단을 받고 비정상적인 행동을 치료받을 필요가 있다.		
	25. 치매환자들이 집을 나가 배회하는 것을 막는 방법은 문을 잠궈 놓는 것 밖에 없다.		
	26. 치매환자들이 우울증상을 보이면 정신과 치료를 하거나 항우울제를 복용해야 한다.		
	27. 치매환자들이 균형 있는 영양섭취를 잘 하지 못하면 증상이 악화 된다.		
28. 치매환자들에게 반복적으로 날짜나 장소를 기억하도록 정보를 주면 병의 진행 과정을 늦출 수 있다.			
29. 치매환자들이 손상된 기억의 보완을 위해 문자나 그림을 이용하는 것이 도움이 된다.			
30. 치매환자들이 남아있는 일상생활능력을 보존하기 위해 가능한 스스로 여러 가지 활동들을 할 수 있도록 해 주어야 한다.			
총 점			

가족의 지지 정도

귀하의 가족이 어느 정도 도와주는지에 대한 질문입니다.

해당하는 곳에 √표를 해 주십시오

각 문항을 읽어보시고, 1(전혀없다), 2(가끔있다), 3(보통이다), 4(자주있다), 5(항상있다) 중에 가장 적당하다고 생각되시는 번호에 √ 표시를 해 주십시오.

내 용	전 혀 없 다	가 끔 있 다	보 통 이 다	자 주 있 다	항 상 있 다
	1	2	3	4	5
1. 필요할 때 병원에 동행해 줄 가족이 있다.					
2. 이야기 하고 싶을 때 귀하에 말에 귀 기울여 줄 것이라고 믿을 수 있는 가족이 있다					
3. 상황을 이해할 수 있도록 돕기 위한 필요한 정보를 제공해 줄 수 있는 가족이 있다.					
4. 귀하의 문제나 노인의 문제에 관해서 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 가족이 있다.					
5. 귀하가 할 수 없을 때 노인 간호를 대신해 줄 수 있는 가족이 있다.					
6. 귀하가 정말로 조언을 얻고 싶은 가족이 있다.					
7. 귀하가 아플때 일상 가사 업무를 도와줄 가족이 있다.					
8. 귀하의 문제를 이해해 주는 가족이 있다.					
9. 문제를 어떻게 해결해야 할지 모를 때 조언 해 줄 수 있는 가족이 있다.					
10. 귀하의 걱정과 두려움을 함께 나눌 수 있는 가족이 있다.					

가족외 친구, 지역사회지지

가족외친구, 지역사회 등이 귀하를 어느 정도로 도와주는지에 대한 질문입니다

해당하는 곳에 √표를 해 주십시오

각 문항을 읽어보시고, 1(전혀없다), 2(가끔있다), 3(보통이다), 4(자주있다), 5(항상있다) 중에 가장 적당하다고 생각되시는 번호에 √ 표시를 해 주십시오.

내 용	전 혀 없 다	가 끔 있 다	보 통 이 다	자 주 있 다	항 상 있 다
	1	2	3	4	5
1. 필요할 때 병원에 동행해 줄 가족이 있다.					
2. 이야기 하고 싶을 때 귀하에 말에 귀 기울여 줄 것이라고 믿을 수 있는 가족이 있다					
3. 상황을 이해할 수 있도록 돕기 위한 필요한 정보를 제공해 줄 수 있는 가족이 있다.					
4. 귀하의 문제나 노인의 문제에 관해서 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 가족이 있다.					
5. 귀하가 할 수 없을 때 노인 간호를 대신해 줄 수 있는 가족이 있다.					
6. 귀하가 정말로 조언을 얻고 싶은 가족이 있다.					
7. 귀하가 아플때 일상 가사 업무를 도와줄 가족이 있다.					
8. 귀하의 문제를 이해해 주는 가족이 있다.					
9. 문제를 어떻게 해결해야 할지 모를 때 조언 해 줄 수 있는 가족이 있다.					
10. 귀하의 걱정과 두려움을 함께 나눌 수 있는 가족이 있다.					