

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2004, Vol. 13, 23-36

치매노인부양자의 부양부담감소를 위한 인지-행동개입

이 은 희 · 김 소 형

천주의 성 요한 병원

윤 가 현

전남대학교 심리학과

(요약) 본 연구는 인지-행동적 개입 프로그램이 치매노인 주부양자의 부양부담 감소를 위해 긍정적인 효과가 있는지를 검증할 목적으로 실시되었다. 연구 대상자는 DSM-IV 진단기준에 의하여 정신과 전문의가 치매로 진단한 후 약물치료를 받고 있는 노인들의 주부양자 31명이었는데, 이들은 인지-행동적 개입 프로그램에 참여한 처치집단($n = 14$)과 그렇지 않았던 통제집단($n = 17$)으로 구분되었다. 처치집단과 통제집단의 동질성을 확인하기 위하여 일상생활 활동능력 질문지(ADL)로 치매노인의 행동문제 수준을 알아보았으며, 주부양자의 부양부담은 우울증 척도(CES-D), 불안척도(SSAS), 그리고 일반정신건강 질문지(GHQ)로 측정하였다. 인지-행동 프로그램 구성은 치매와 스트레스에 관한 3회기 동안의 교육과 스트레스 관리 3회기, 그리고 대처기술 2회기 등 총 8회기 동안 실시하였으며 각 회기는 1주일 간격으로 진행되었다. 프로그램의 효과는 프로그램 개입

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 500-740 광주광역시 북구 유동 115-1번지 천주의 성 요한 병원 이은희 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 mariafk@hanmail.net입니다.

전과 후에 각각 부양부담을 측정하여 비교했다. 연구 결과 프로그램 개입 후에 치치집단의 주부양자들은 통제집단에 비하여 우울증이나 불안 수준이 유의미하게 감소하였으며, 일반적인 건강상태 역시 유의미하게 향상되는 것으로 나타났다. 마지막으로 본 연구 결과와 제한점 및 후속 연구 방향에 대해 논의하였다

[Key words: 부양부담, 인지행동 프로그램, 주부양자, 치매노인]

서론

치매는 노년기에 나타나는 가장 심각한 임상적 특징으로서 인지 기능의 장애와 더불어 일상생활 수행능력 및 사회적, 직업적 장애를 보이는 질병이다. 또한 치매는 병 자체의 특성상 완치될 수 없다고 알려져 있다. 따라서 고령화 사회로 접어드는 우리나라에서 경도 이상의 치매상태를 보인 노인들의 비율은 9.5~10.8%로 그 숫자가 대략 33만 명으로 추정된다 (이형영, 2002). 이러한 통계자료를 바탕으로 모든 치매노인을 병원이나 시설에서 수용하거나 보호하는 것은 경제적으로나 현실적으로 불가능하다. 특히 우리나라의 대다수 치매노인 가족들은 노인을 시설기관에 위탁하는 것을 꺼리고 가정에서 돌보고 있기 때문에 부양자의 부양부담이 더욱 가중되고 있다.

즉 치매노인 주부양자들은 우울증이나 의욕저하, 심리적 기능 장애 및 신체적 질환의 증가, 대인관계 및 사회활동의 변화 등의 문제를 야기하게 된다. 이렇게 부양자들에게 미치는 부정적인 영향에 대한 가장 광범위한 개념은 ‘부양부담(care burden)’이라고 하는데, 부양부담이란 부양과 관련하여 신체적 또는 정서적 건강, 개인활동, 가정생활 및 재정 등에 미치는 영향을 의미한다. 치매노인 주부양자의 심리적 특성에 대한 연구는 1980년대에 Zarit, Orr, 그리고 Zarit (1980)에 의해 시작되었는데, 최근에는 치매노인을 부양하면서 가족 역동이 와해될 위기에 처하는 가족들이 발생하면서 부양부담에 대한 개입의 필요성과 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 따라서 여러 가지 개입연구들이 다양하게 진행되고 있으나 치매노인 주부양자들을 위한 부양부담과 관련된 개입 논문들은 현재 국내에서는 아직까지 미흡한 실정이다.

치매노인 주부양자의 부양부담 및 심각한 정신과적인 병리에 관해서는 비교적 많은 연구들이 이루어져왔다. 선행연구들의 결과에 의

치매노인부양자 부양부담감소와 인지-행동개입

하면, 주부양자가 느끼는 부양부담은 치매노인의 비 인지적 특징들인 우울증상과 관련된 행동변화, 일상생활활동능력의 장애, 치매 심각성, 유병기간 등과 같은 치매노인의 변인과 부양자의 성별, 연령, 건강상태 등과 같은 부양자 변인, 그리고 재정적 자원, 사회적 지지 등과 같은 환경 변인에 의해 영향을 받는다고 하였다 (Rymer, Salloway, Norton, Malloy, Correia, & Monast, 2002).

Donaldson, Tarrier, 그리고 Burns (1997, 1998)와 Schulz, O'Brien, Bookwala, 및 Fleissner (1995)도 주부양자가 느끼는 부양부담의 가장 강력한 예언인자로 치매환자의 비 인지적 특징들인 우울증상과 관련된 행동변화, 기분변화, 보행 및 수면장애, 환각 등 문제행동을 주장하였다. 많은 연구들에서는 치매노인의 비 인지적 증상이 주부양자의 주요 스트레스 원이며 심리적 고통과 높은 관련이 있다고 보고되고 있다 (김재민 · 신일선 · 윤진상, 2001; 이선영 · 강민희 · 김철웅 · 이정섭 · 배재남, 2003; Coen, O'Boyle, Coakley, & Lawlor, 1999; Donaldson 등, 1997, 1998; Hinchliffe, Hyman, & Blizard, 1992; Shulz 등, 1995).

또한 치매노인의 주부양자들은 자신의 부양과업과 일반적인 부양 역할을 지각하는 방식이 다양하기 때문에 자신의 과업에 만족하고 역할에 대해 혼란스러워하지 않으며 자신을 효율적인 부양자로 지각하는 경우에는 심리적 고통을 느끼는 수준이 낮고 대처반응들(예, 문제해결, 정보탐색, 부양문제와 직접적으로 대면하기)을 잘 사용하며 낙관적이고 자아 존중감과 통달감(mastery)이 높은 편이다 (Haley, 1997). 아울러 역할 경계의 모호성이나 자아 상실의 정도 및 신경증이 낮은 주부양자가 우울 수준도 낮은 것으로 보고되었다 (Skaff & Pearlin, 1992).

이렇듯이 치매노인 주부양자의 부양스트레스에 대한 심각성이 고조되고 치매의 비가역적인 특성이 규명되면서 1980년대 중반부터 연구자들은 치매노인을 부양하는 부양자들이 경험하고 있는 어려움을 인식하고 대처방법을 찾는데 초점을 맞추기 시작했다 (Hinrichsen & Niederehe, 1994). 선행 연구 결과들을 바탕으로 현재 서구에서는 치매노인 부양자들의 부양부담을 감소시키기 위한 방법으로 정보제공이

나 심리적 지지, 그리고 스트레스 관리 기법들을 적용한 집단프로그램들이 활용되고 있다 (Coen 등, 1999; Haley, Brown, & Levine, 1987; Hinchliffe 등, 1992; Vernooij-Dassen, Lamers, Bor, Felling, & Grol, 2000). 또한 치매가족에 대한 개입의 효과성과 여러 가지 개입 프로그램들의 개발이 활발하게 진행되고 있다 (Monahan & Hooker, 1995).

최근 Marriott, Donaldson, Tarrier와 Burns(2000)는 주부양자의 심념이나 스트레스에 대한 반응을 변화시킴으로써 그들의 심리적 고통을 경감시키기 위한 인지-행동적 개입의 효과를 검증하였다. 이 개입 프로그램은 주부양자에 대한 심리교육과 스트레스 관리, 그리고 대처 기술 훈련의 세 부분으로 구성되어 있고, 2주 간격으로 총 14회기를 실시하였는데 그에 대한 평가는 개입 전, 교육회기 직후, 프로그램 종료 후에 이루어졌다. 연구 결과에서는 인지-행동적 가족 개입을 한 집단의 주부양자는 심리적 고통이, 그리고 치매노인은 비인지적 증상이 경험한 것으로 나타났고, 그 동안 심리적 교육만으로도 효과가 있다는 이전의 연구들(예, Coen 등, 1999)과는 반대로 교육 후에 실시한 평가에서는 주부양자의 심리적 고통 감소에는 유의한 효과가 없는 것으로 나타났다.

국내에서는 1990년대 초부터 치매가족에 관한 연구가 시작되었는데 대부분 부양부담에 영향을 미치는 요인이나 실태 및 욕구조사 연구가 대부분이고, 주부양자에 대한 실제적 개입 연구들은 상당히 미흡한 실정이다 (이윤로 · 김양이, 2003; 홍여신 · 이선자 · 박현애 · 조남옥 · 오진주, 1995). 더구나 아직까지 부양부담 감소에 대한 다양한 개입 프로그램이 확고하게 자리를 잡지 못한 국내의 연구 현실에서는 치매노인 주부양자의 부양부담을 감소시킬 수 있는 직접적인 개입 프로그램의 개발과 활용이 절실하다.

따라서 본 연구에서는 치매노인 주부양자의 정서적, 사회적 부양부담을 감소시키기 위한 방법으로 인지-행동 개입 프로그램을 적용해 봄으로써 그 효과성을 검증하고자 했으며, 또한 우리나라 실정에 알맞은 인지행동 개입 프로그램과 부양자용 매뉴얼 및 치료자용 매뉴얼을 개발하고자 했다.

치매노인부양자 부양부담감소와 인지-행동개입

연구 방법

연구대상자

연구 대상자는 DSM-IV™ 진단기준을 근거로 정신과 전문의에 의해 치매 관련 질환으로 진단을 받고 현재 약물치료를 받고 있는 치매노인의 주부양자 31명을 대상으로 하였다. 이들 중에서 14명은 인지-행동 개입 프로그램에 참여한 처치집단 그리고 나머지 17명은 개입의 효과를 통제할 집단으로 구분되었다. 연구대상자들의 인구통계학적 특성은 결과 편에 서술되었다.

연구도구

본 연구에서는 네 가지 측정도구가 사용되었는데, 일상생활 활동능력 척도는 치매노인의 행동문제와 관련된 변인으로 집단의 동질성을 파악하기 위하여 사용되었으며, 우울증 척도, 불안척도, 일반 정신건강 질문지는 본 연구의 종속측정치로 프로그램 개입의 효과를 측정하기 위해 사용되었다.

일상생활 활동능력 (Activities of Daily Living; ADL). 이는 Katz, Ford, Moskowitz, Jackson과 Jaffe(1963)이 개발한 검사로 부양자가 지각하는 치매 노인들의 일상생활 활동능력(목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기, 일어서기, 식사하기, 소변 참기 등)을 측정하는 것이다. 총 6문항으로 구성되어 있는 ADL의 각 문항에 대한 반응형태는 1(전혀 하실 수 없다)부터 2(충분한 도움을 드려야 하실 수 있다), 3(옆에서 조금만 도와주어도 하실 수 있다), 4(도움 없이 하실 수 있다)까지 이므로 점수 범위는 6-24점이다. ADL의 점수가 낮을수록 일상생활 활동능력을 제대로 수행하지 못하고 있음을 의미한다.

우울증 척도 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D). Radloff(1977)가 개발한 것으로 우울한 기분과 부정

적인 감정, 신체적 증상과 심리 운동 지연, 긍정적인 감정이나 안녕감, 대인관계의 어려움 등의 네 요인을 측정하는 질문지로 총 20문항으로 구성되어 있다. 문항에 대한 반응 형태는 4점 척도(1 = 전혀 그렇지 않다, 2 = 그렇지 않다, 3 = 약간 그렇다, 및 4 = 매우 그렇다)로 되어 있으며, 총점(범위 = 20-80)이 높을수록 우울증이 심함을 의미한다.

불안 척도 (Spielberger State Anxiety Scale). 이는 Spielberger 등이 상태불안, 특히 스트레스에 대해 반응하는 불안을 측정하기 위하여 개발한 것으로 20문항으로 구성되어 있다 (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1985). 문항에 대한 반응형태는 4점 척도로 CES-D와 동일하며, 총점이 높을수록 불안이 더 심함을 뜻한다.

일반 정신건강 질문지 (General Health Questionnaire; GHQ). 이는 Goldberg(1978)가 개발한 것으로 신체적인 증상, 불안, 사회적 역기능, 우울증 등 개인의 전반적인 건강상태를 평가하는 28개 문항으로 구성되어 있다. 문항에 대한 반응형태는 4점 척도(1 = 전혀 그렇지 않다, 2 = 가끔 그렇다, 3 = 자주 그렇다, 4 = 항상 그렇다)로 총점이 높을수록 건강상태가 좋지 않음을 의미한다.

인지행동프로그램 및 연구절차

치매노인 부양가족을 위한 인지-행동 개입 프로그램. 본 프로그램은 Marriott 등(2000)이 치매노인의 손상과 주부양자 스트레스간의 관계에 대한 연구결과를 통합하기 위해 개발한 인지-행동 개입 프로그램을 우리나라 실정에 맞게 연구자가 수정 · 보완한 것이다. 프로그램의 내용을 대략적으로 살펴보면, 프로그램의 초기에는 ‘치매란 무엇인가’, ‘치매노인과 스트레스’, ‘부양상황에 대처하기’ 등 치매와 스트레스에 치매와 스트레스에 관한 이론적인 교육이 이루어졌다. 프로그램의 중기는 주부양자가 느끼는 스트레스를 관리하는 방법을 생각해 보고 효과적인 스트레스 관리법을 연습하였다.

즉 ‘스트레스 관리와 이완훈련’, ‘스트레스에 대한 심리적 반응관

치매노인부양자 부양부담감소와 인지-행동개입

리', '스트레스에 대한 행동적 반응관리' 등에 관하여 인지-행동적 개입방법을 적용하여 치매노인을 부양하면서 겪는 스트레스 상황에서 가장 먼저 떠오르는 자동적 사고를 파악한 다음, 이를 보다 더 적응력이 높고 생산적인 사고로 전환하는 연습을 시켰다. 또한 각 개인의 사례와 상황에 적절한 숙제를 통하여 일상생활에서 적용할 수 있도록 하였다. 프로그램의 말기에는 대처기술을 습득하는 단계로 실질적인 행동적 관리와 상실감을 다루는 방법들에 관하여 토론을 하고 자신의 경험과 접목시켜서 인지적 기법과 행동적 기법을 적용해 보았다. 또한 스트레스 관리법 중 하나인 근육이완훈련을 실시하였다.

상기 프로그램은 주로 지방의 한 병원 내의 집단 프로그램실에서 실시되었으며, 2004년 6월부터 8주간 세 개의 집단이 운영되었다. 프로그램이 시작되기 전 외래에서 면담자에 의한 반구조화된 면담기법으로 사전 검사가 실시되었으며 이 때 프로그램 참가를 희망하는 주부양자를 대상으로 매주 2시간씩 총 8회기가 실시되었다. 8회기의 프로그램이 모두 끝난 후 추가 회기에서 사후 검사와 프로그램에 대한 소감 나누기가 실시되었다. 본 프로그램의 진행은 임상심리전문가인 연구자가 주 치료자로서 프로그램을 실시하였으며 임상심리 전문가 수련과정 1인, 임상심리사 수련과정 2인이 보조치료자의 자격으로 연구에 참여하였다.

결 과

인구통계학적 특성

<표 1>과 <표 2>에는 본 연구에 참여한 주부양자와 치매노인의 인구통계학적 자료가 제시되어 있다. 두 개의 표에는 치매노인의 평균연령을 비롯하여 치매의 발병시기 및 질병의 악화시기, 주부양자의 평균연령, 부양기간, 및 1일 간병기간이 제시되어 있다. <표 1>에 제시한 특성들은 통계적으로 두 집단의 차이가 없었지만, <표 2>의 특성들은 차이가 있었다. 또 주부양자들 중에서 여성의 비율은 80.6%($n = 25$)에 해당되었다.

<표 1> 치매 노인의 인구학적 특성 ($n = 31$)

집단	연령 (세)	초발시기	악화시기
처치 집단	77.8 (6.9)	2000년 3월 $\pm$ 1개월	2001년 5월 $\pm$ 1개월
통제 집단	77.6 (9.4)	1998년 11월 $\pm$ 3개월	2002년 1월 $\pm$ 1개월

<표 2> 주부양자의 인구학적 특성 ($n = 31$)

집단	연령 (세)	부양기간	1일 간병시간
처치 집단	49.2 (7.5)	10.3년 $\pm$ 11개월	18.0 $\pm$ 7.7
통제 집단	56.7 (13.3)	20.0년 $\pm$ 14개월	12.5 $\pm$ 8.1

치매노인의 일상생활 활동능력 비교

두 집단의 동질성을 확인하기 위하여 치매노인의 일상생활 활동능력의 변화를 비교해 보았다. 치매노인의 일상생활 활동능력은 사전과 사후검사 모두에서 집단간의 차이가 유의미하지 않았다 (<표 3> 참조). 이는 처치 집단과 통제 집단이 서로 동질상태의 집단임을 지지해주는 증거이다. 또한 치매 노인의 일상생활 활동능력은 두 집단 모두에서 시간이 지날수록 감소하는 경향, 즉 치매 증상이 시간이 경과할수록 악화되는 경향을 보여주고 있다.

<표 3> 치매노인의 일상생활 활동능력

측정시점	처치 집단 ($n = 14$)	통제 집단 ($n = 17$)	F
처치 전	19.79 (3.73)	19.18 (4.86)	< 1
처치 후	18.38 (5.78)	17.76 (5.90)	< 1

치매노인부양자 부양부담감소와 인지-행동개입

치매노인 주부양자의 부양 부담의 변화

<표 4>에는 집단간 처치에 따른 치매노인 주부양자의 부양부담의 변화를 비교한 결과가 제시되어 있다. 주부양자의 불안감에 있어서 집단간 시간에 따른 차이가 나타났다. 즉 인지-행동적 개입 프로그램을 실시한 집단은 통제집단에 비해 불안의 정도가 유의하게 감소하였다, $F_{2,29} = 7.99, p < .001$. 우울증상의 변화를 비교해본 결과, 처치를 받기 전에는 두 집단이 유의한 차이가 없었으나 처치를 받은 후에는 통제집단에 비하여 처치집단의 우울증이 유의하게 감소한 것으로 나타났다, $F_{2,29} = 7.41, p < .05$. 마지막으로 주부양자의 일반적인 건강상태의 변화를 비교해본 결과, 처치 후에서 두 집단간 차이가 유의하게 나타났다, $F_{2,29} = 9.92, p < .01$. 즉 인지-행동 프로그램을 받은 집단은 처치 전에 비하여 처치를 받은 후 일반적인 건강상태가 더욱 좋아졌으나, 통제 집단의 주부양자들은 시간이 경과할수록 일반적인 건강상태가 낮아진 것으로 나타났다. 종합적으로, 인지-행동 프로그램을 받은 집단이 통제집단에 비하여 주부양자의 불안감, 우울증이 감소하였고 일반적인 건강상태가 향상되었으며 이러한 결과는 통계적으로 유의하였다.

<표 4> 주부양자의 부양부담

종속측정치		처치 집단 ($n = 14$)	통제 집단 ($n = 17$)	F
불안	처치 전	49.07 (9.89)	45.35 (9.66)	2.27
	처치 후	41.50 (10.60)	55.94 (9.51)	7.99***
우울	처치 전	45.00 (8.27)	42.41 (10.87)	< 1
	처치 후	40.70 (7.49)	49.29 (9.51)	7.41*
건강	처치 전	99.50 (16.66)	102.41 (10.63)	< 1
	처치 후	109.07 (12.20)	93.24 (15.19)	9.92**

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

논 의

본 연구는 치매노인 주부양자의 부양부담 감소를 위한 인지-행동 개입 프로그램의 효과를 살펴보기 위한 것이었다. 연구 결과, 처치집단의 치매노인 주부양자의 불안과 우울증의 평균점수가 유의하게 감소되었으며, 일반적인 건강상태의 평균점수도 유의하게 향상되었다. 또한 통제집단, 즉 약물치료만 받고 치매에 대한 교육이나 정보제공이 빈약한 집단의 주부양자들은 시간이 경과함에 따라 심리적인 어려움이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 부양기간이 길어질수록 치매노인 주부양자의 스트레스가 증가한다는 것이다. 즉 본 연구에서 실시한 인지-행동적 개입 프로그램이 치매노인 주부양자의 심리적 부담을 의미 있게 감소시켰다는 것을 의미한다. 본 연구의 결과는 인지-행동 개입 프로그램이 치매노인 주부양자의 부양부담을 감소시킨다는 기존의 연구 결과와 부합하는 것이다 (Betty, 1999; Marriott 등, 2000).

그러나 본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있는데, 첫째로, 외국에서 개발한 프로그램을 국내 상황에 맞추어 처음 적용한 프로그램으로 프로그램 내용이 우리 문화에 적절하게 변안되고 수정·보완되었는지에 대한 확인이 필요하다. 둘째, 참가 대상자는 변화에 대한 동기를 가지고 있다는 점을 고려하였을 때 동기가 약한 사람에게는 이러한 프로그램을 실시하였을 때에도 똑같이 개입 효과가 나타날 지 등에 대하여 알 수 없으므로 부담의 정도나 치료 형태 등 개개인에 대한 질적인 연구와 개별적인 접근이 시도되는 것이 좋을 것이다. 아울러 부양자의 연령이 높거나 학력 수준이 낮은 경우 인지행동 개입을 이해하고 적용하는데 어려움이 있어서 프로그램의 효과가 다소 제한될 가능성이 있는 것으로 생각된다. 셋째, 프로그램에 참여한 주부양자의 사례수가 적어서 앞으로 사례 수를 늘림으로써 프로그램에 대한 검증력을 강화시킬 필요가 있다. 마지막으로 본 연구에서는 프로그램이 끝난 직후에만 사후조사를 실시하였기 때문에 개입 효과의 지속성에 대한 추후 검사와 추후 관리 등을 알아보기 위한 후속 연구들이 필요할 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 치매노인 주부양자들을

치매노인부양자 부양부담감소와 인지-행동개입

대상으로 국내에서 최초로 인지-행동 개입 프로그램에 대한 부양자용 매뉴얼과 치료자용 매뉴얼을 개발하였다는데 의의가 있다. 또한 치매노인 주 부양자의 부양 부담이 인지-행동적 개입 프로그램으로 감소될 수 있다는 것을 밝혔으며, 또한 시설에서 치매노인을 돌보고 있는 전문가를 위한 훈련이 필요하다는 인식을 열었다는데 충분한 가치가 있다.

참 고 문 헌

- 김재민 · 신일선 · 윤진상 (2001). 치매환자 부양자의 부양부담 결정인자. *신경정신의학*, 40, 1106-1113.
- 이선영 · 강민희 · 김철웅 · 이정섭 · 배재남 (2003). 치매노인의 정신병리와 부양자부담의 연관성. *신경정신의학*, 42, 131-140.
- 이윤로 · 김양이 (2002). 치매가족 부양스트레스 관리 프로그램의 효과성. *노인복지연구*, 15, 169-188.
- 이형영 (2002). 희망의 한 해가 되기를. *치매가족협회보*, 5, p. 1.
- 홍여신 · 이선자 · 박현애 · 조남옥 · 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구. *간호학회지*, 25, 45-60.
- Betty, C. (1999). Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48 (3), 173-182.
- Coen, R., O'Boyle, C., Coakley, D., & Lawlor, B. (1999). Dementia carer education and patient behavior disturbance. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (4), 302-306.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1998) Determinants of

- carer stress and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 248-256.
- Goldberg, D. & Hillier, V. (1979). A Scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Haley, W., Brown, L., & Levine, E. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *The Gerontologist*, 27, 376-382.
- Haley, W. (1997) The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48 (Suppl. 6), S25-S29.
- Hinchliffe A, Hyman, I, & Blizard, B. (1992). The impact on carers of behavioral difficulties in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 579-583.
- Hinrichsen, G., & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34, 95-102.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. W., & Jaffe, M. (1963). Studies of illnesses of the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Monahan D. J., & Hooker K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social Work*, 40, 305-314.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rymer S., Salloway, S., Norton, L., Malloy, P., Correia, S., & Monast, D. (2002). Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 16*, 248-253.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist, 35*, 771-791.
- Skaff, M., & Pearlin, L. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist, 32*, 656-664.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1985). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Vernooij-Dassen, M., Lamers, C., Bor, J., Felling, A., & Grol, R. (2000). Prognostic factors of effectiveness of a support program for caregivers of dementia patients. *International Journal of Aging and Human Development, 51* (4), 259-274.
- Zarit, S., Orr, N., & Zarit, J. (1980). Relatives of the impaired elderly correlates of feeling of burden. *The Gerontologist, 20*, 649-655.

**Effects of a Cognitive-Behavioral Intervention Program
on Reduction of Care Burden
for the Caregivers of the Demented Elderly Patients**

Eun-Hee Lee · So-Hyoung Kim
St. John of God Hospital

Gahyun Youn
Department of Psychology
Chonnam National University
Kwangju, Korea 500-757

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention program. The program was designed to reduce the caregiver's burden who cared for a person with dementia according to DSM-IV by psychiatrist and was on the medication. Participants were 31 caregivers and were assigned into 2 groups, program intervention group ($n = 14$) and control group ($n = 17$). Intervention group met every week for 2hours for 8 times. The cognitive-behavioral intervention program consists of 3 parts, the education on dementia and stress, stress management and coping skills. After participating in the program, caregivers' depression and anxiety levels were significantly decreased and their quality of life was significantly increased. The suggestions and the limitations of this study, and the directions of future study were discussed.

(논문접수일: 2004년 9월 6일)

(수정논문접수일: 2004년 10월 18일)

(논문게재승인일: 2004년 11월 4일)