

치매노인 및 정상노인 부양자가 지각하는 심리적 부담의 비교

김 희 경 · 윤 가 현

목	차
요	약
I. 서	론
II. 방	법
III. 결	과
IV. 논	의
참 고 문 헌	
영 문 초 록	

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 500-757 광주광역시 북구
용봉동 300번지 전남대학교 사회과학대학 심리학과 윤 가 현 교수 앞
으로 하시기 바랍니다.

(요약) 본 연구에서는 치매노인 및 정상노인을 부양하는 며느리들의 심리적 부담을 비교하였다. 심리적 부담은 우울증, 부양 긴장감, 그리고 건강의 자기평정으로 측정했다. 또 심리적 부담을 설명하는 요인을 찾기 위하여 부양노인의 인지 및 신체 기능, 부양상황에서 경험하는 보상감, 부양자에 대한 사회적 지지의 정도, 그리고 부양자의 사회인구학적 특성들이 측정되었다. 결과에서는 정상노인보다도 치매노인을 부양하는 며느리들이 우울증과 부양긴장감의 정도가 더 심했으며, 건강도 더 좋지 않다고 보고했으며, 부양하는 노인의 인지 및 신체 기능의 저하를 더 심하게 지각했으며, 그리고 부양상황에서 경험하는 보상감이나 사회적 지지도 낮다고 보고했다. 치매노인을 부양하는 며느리들의 심리적 부담을 설명하는 요인을 밝히는 회귀분석에 의하면, 피부양자인 노인으로부터 얻는 호의적 반응의 정도가 부양자의 우울과 긴장감을 설명하는 주 요인이었으며, 주변인들로부터 받는 노인부양에 대한 긍정적 평가도 역시 부양자의 우울증상을 설명하는 요인이었다. 이러한 연구결과는 치매노인을 부양하는 가족이 경험하는 심리적 부담을 사회적 지지(예, 치매노인 가족을 위한 지지모임)를 통해서 경감시킬 수 있음을 논의했다.

I. 서 론

노인들은 정신 및 신체적 변화로 인하여 다양한 형태의 보호나 부양을 필요로 한다. 우리나라에서는 전통적으로 딸보다는 아들, 그리고 아들 중에서도 장자의 가족이 노부모에 대한 보호나 부양 의무가 더 크다. 최근 범세계적으로 노인 인구가 증가하면서 서양에서도 의존적인 노부모를 부양하려는 성인자녀들이 늘어나고 있으며, 그들의 일부는 이러한 경험을 자기 성장의 과정으로 받아들인다. 그렇지만 부모의 의존성이 너무 심하거나 부양기간이 너무 오래 지속될 경우 가족관계의 평형감(homeostasis)이 깨질 가능성이 아주 높다 (Brody, 1985).

일반적으로 '부양 부담'의 용어는 고령이거나 질병을 앓는 노인을 돌보는 가족 구성원이 경험하는 신체, 심리, 정서, 사회, 경제적 어려움 등을 언급하는데 널리 사용된다 (Zarit, Anthony, & Boutselis, 1987). 특히 치매노인은 인지기능의 쇠퇴 및 성격변화로 자기보호 행

동이 심하게 저하되기 때문에, 치매노인을 부양하는 자들은 부양의 부담으로 인하여 신체건강은 물론 우울증이나 불안, 좌절, 무력감, 수면장애, 정서적 탈진 등 정신건강의 문제를 겪는다 (Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988; George & Gwyther, 1986). 가족 구성원들 중에서도 시간적으로나 신체 또는 정서적으로 노인을 부양하는 일에 가장 깊이 관여하는 주 부양자(primary caregiver)가 부양으로 인한 부담을 가장 심하게 경험할 수 있는데, 우리나라의 전통적 가족 구조에서 주 부양자들은 대부분 며느리들이다. 이에 본 연구에서의 '부양 부담'은 노부모의 부양으로 인해 며느리가 경험하는 심리적 부담으로 국한한다.

치매노인 부양자의 부양 부담에 관한 최근의 연구결과들을 보면, 우선 노인의 신체 및 기능 면에서의 제한 그리고 인지능력의 쇠퇴로 수반되는 결과들이 부양요구와 직접적인 관계가 있다 (Kinney & Stephens, 1989; Pearson, Verma, & Nellett, 1988). 치매노인에게서 보이는 인지기능 저하는 시간이나 공간, 상황에 대한 지남력(orientation) 상실, 정보처리 수준 저하, 학습 및 기억 손상 등을 들 수 있는데, 이로 인하여 자신의 주변에서 발생하는 사건들을 정확하게 지각하지 못한다 (남궁기 등, 1993; Jorm, 1991).

또한 치매의 진행 단계에 따라서 노인은 기본적 자기보호 활동이나 행동면에서 보이는 어려움의 정도가 다르다 (Haley & Pardo, 1989). 예를 들면, 금전관리, 쇼핑, 외출, 전화사용 등의 고차원적 자기보호 행동들은 비교적 치매의 초기 단계에서부터 저하되며, 병의 진행에 따라 정도가 심해진다. 반면에 식사나 옷입기, 목욕, 실금(失禁, incontinence) 등의 기본적 일상생활 활동 문제는 비교적 치매의 후반기에서 두드러지지만 역시 병의 진행에 따라 지속적으로 심해진다. 치매의 중기 단계에서는 배회(wandering), 반복적 질문, 위험한 행동 문제들이 두드러지는데, 이것들은 노인의 인지 및 신체 기능이 쇠퇴하면서 점차 감소하는 경향을 보인다. 치매노인이 합병증으로 인해 사망하지 않는다면, 쇠퇴의 마지막 단계에는 결국 노인이 자리에 드러누워서 생활하게 되며, 또 음식물을 저작하지 못하고 실금하기도 한다.

노인의 치매 증상의 정도는 흔히 부양 요구에 대한 지표로 이용되

고 있으며, 또 부양 부담과도 관련된다 (Deimling & Bass, 1986). 치매노인의 인지기능 저하로 인한 결과들 (예, 의사소통의 장애, 판단력의 혼돈, 야간 배회, 욕설, 가족의 사생활 침해 등), 그리고 외출이나 금전관리 등 고차원적 활동과 관련된 수단적 일상생활 (IADL: Instrumental Activities of Daily Living)의 장애, 또는 식사, 옷입기, 목욕과 같은 기본적 일상생활(ADL: Activities of Daily Living)을 수행하는 기능 저하 등은 부양자의 도움을 요하므로 노인을 부양하는 가족들은 여러가지 부담을 느낀다. 부양자들은 부양 요구가 가중되면서 자신의 활동에 제한을 받고 가족관계의 질이 부정적으로 바뀌기도 한다. 또한 부양 부담이 커지면 부양자들은 개인적으로 신체 및 정신 건강의 문제를 경험하게 된다 (Pearson 등, 1988).

그렇지만 노인의 치매 증상의 정도만이 부양 부담 및 그 결과에 영향을 미치는 것은 아니다. 여러 연구에 의하면, 부양자 자신의 적응 능력이나 성격특성, 그리고 부양자의 주변 상황 등도 부양 부담 및 그 결과에 영향을 미친다 (Hooker, Monahan, Shifren, & Hutchinson, 1992). 그렇지만 치매노인을 부양하는 가족들이 경험하는 사회적 고립, 우울증 또는 신체 건강 문제의 발생은 개인차가 심하다 (Haley, Levin, Brown, Berry, & Hughes, 1987).

우리 나라의 경우 보통 가족 구성원들 중에서도 며느리들은 치매노인의 주 부양자 뿐만 아니라 주부, 어머니, 아내로서 복합적 역할을 동시에 수행하기 때문에, 사회활동에 참여할 수 있는 기회가 크게 줄어들어 든다. 결과적으로 부양자들은 쉽게 소외감이나 우울증을 경험하는데, 이처럼 사회적 고립으로 인해 부양자가 느끼는 어려움들은 주변의 친구나 친척들이 치매노인을 부양하는 현실에 대해 물질적으로나 정서적으로 지지를 하거나 그들처럼 사회활동에 참여할 수 있을 때 효과적으로 줄어든다 (Schulz & Williamson, 1991; Vitalino, Russo, Young, Teri, & Maiuro, 1991).

곧 부양자는 치매노인을 부양하면서 여러가지 어려움을 경험하지만 가족이나 친척, 피부양자인 노인이 긍정적 반응을 보일 때는 '보상의 느낌이나 고무감(uplift)'을 경험한다. 보상의 느낌이란 노인의 부양 상황에서 겪는 여러가지 어려움에 대해 가족이나 친척들이 보이는 고

마음의 표현 또는 물질적이거나 신체적 도움, 노인이 부양자의 요구에 보이는 호의적 반응 등을 의미하는데, 부양자의 부양 부담은 노인을 부양하는 상황에서 경험하는 이러한 보상의 느낌들과 관계가 높다. 그러므로 복합적 역할을 수행하는 며느리들도 치매노인 부양의 상황에서 이러한 보상의 느낌을 경험할 수 있다 (Stephens, Franks, & Townsend, 1994). 또 부양자가 피부양자 및 가족의 구성원들과의 관계를 벗어나 사회적 관계를 유지할 수 있는 상황에서는 부양 부담이 줄어드므로, 외국에서는 치매노인을 부양하는 가족들의 원만한 인간관계를 위한 사회적 지지 프로그램을 개발하여 활발히 이용하고 있다. 일반적으로 이러한 프로그램에 참여하는 부양자들이 그렇지 않은 부양자들보다도 훨씬 부양 부담이 낮다 (Green & Monahan, 1989).

이러한 맥락에서 본 연구에서는 치매노인을 부양하는 부양자들이 경험하는 부담을 다음과 같은 차원에서 연구하고자 한다. 첫째, 노인의 치매 증상 정도의 지각이 부양자들에게 어느 정도 부담이 되는가를 알기 위하여 노인의 인지 및 신체 기능의 상태를 부양자가 평가하도록 한다. 둘째, 부양자들이 경험하는 심리적 부담은 부양자 개인의 특성 또는 주변상황에 따라서 달라질 수 있으므로, 부양자가 노인을 부양하면서 얻는 보상의 느낌이 어느 정도이며 또한 부양자가 주변에서 어느 정도 지지받는가를 측정한다. 그러나 이 경우 부양자의 성격 요인이나 부양 부담에 대한 대처방식은 측정되지 않았다. 셋째, 부양자가 경험하는 심리적 부담은 우울증, 부양긴장감, 그리고 신체적 건강의 평가로 한정하였다. 이상의 연구설계에서는 노인의 치매상태가 심할수록 또한 부양자가 주변의 상황이 좋지 않다고 지각할수록 심리적인 부담이 클 것이라고 기대할 수 있지만, 부양자가 노인을 부양하고 보호하는 일을 당연한 행위로 받아들이는 우리나라의 문화적 특성 때문에 건강한 노부모와 함께 사는 며느리들의 반응을 비교하면서 분석하였다.

II. 방 법

1. 조사대상자

본 연구의 조사대상자는 광주광역시에 거주하는 60세 이상의 노인을 부양하는 145명의 며느리들($M\ age=45.4$ 세; $SD=8.5$)로, 그중 65명은 치매노인을 부양하는 그리고 다른 80명은 인지 및 신체 기능의 손상이 별로 없는 노인을 부양하는 며느리들이었다. 조사대상자를 부양노인과 동거자이면서 주부양자(primary caregiver)인 며느리로 한정시킨 이유는 조사의 목적상 비교하는 두 집단의 사회인구학적 특징의 동질성을 유지시키기 위해서다.

치매노인 부양자들의 평균연령은 47.5세 ($SD=10.1$), 평균 월소득은 120만원 ($SD=62.9$), 조사시기까지 노인을 부양한 평균기간은 19.3년 ($SD=13.2$), 그리고 부양 노인의 평균연령은 80.0세 ($SD=8.0$)였다. 그들이 부양하는 노인들의 성별이 여성인 경우는 87.7% (57명)였고, 부양하는 노인의 배우자가 사망한 경우가 83.1% (54명)였다. 정상노인 부양자의 평균연령은 43.7세 ($SD=6.6$), 평균 월소득은 112만원 ($SD=44.5$), 조사시기까지 노인을 부양한 평균기간은 15.4년 ($SD=8.9$), 그리고 부양 노인의 평균연령은 74.1세 ($SD=6.5$)였다. 그들이 부양하는 노인의 성별이 여성인 경우는 78.7% (63명), 부양하는 노인의 배우자가 사망한 경우는 78.7% (63명)였다. 두 집단의 조사대상자들간에는 자신의 연령, 노인을 부양한 기간, 부양하는 노인의 연령은 차이가 유의미했지만 [부양자의 연령 $F_{1,143}=7.13$, $p<.01$; 부양기간 $F_{1,143}=4.35$, $p<.05$; 부양노인 연령 $F_{1,143}=24.14$, $p<.001$], 평균 월소득은 집단간 차이가 없었다 ($F<1$).

치매노인을 부양하는 며느리들은 신경(정신)과 또는 한방병원에서 치매 진단을 받았거나 주변인들에게 치매라고 알려진 노인의 주 부양자들이었다. 후자의 주부양자를 표집할 때에는 거주민 실정을 잘 아는 행정요원(예, 통·반장)의 도움을 받았으며, 부양 노인의 치매상태는 신경학적 검사 등을 통해 진단하는 대신에 DSM-IV와 간이정신상태 검사(Mini-Mental State Examination; Folstein, Folstein, & McHugh,

1975)와 같은 도구에 의해 간접적으로 규정하였다. 특히 치매의 중기 단계 이후에서 두드러지는 증상(예, 최근사건에 대한 기억상실, 주의 집중 손상, 성격변화, 심한 방향감각 상실, 친지를 타인으로 착각, 두드러진 행동문제, 서성거림, 편집증 사고, 대인이나 대물의 착각, 대소변 실금 등)이 최소한 6개월 이상 지속적으로 관찰된 노인의 주 부양자를 조사대상자로 선정하였다.

2. 조사도구

본 연구에서 사용된 조사도구는 모두 8가지였다. 우선 부양하고 있는 노인의 인지·신체 기능의 손상 정도를 부양자가 어떻게 지각하는가를 살피기 위하여 노인의 인지상태 평가, ADL, 그리고 IADL의 3가지 도구가 사용되었다. 또한 부양자에 대한 사회적 지지의 정도, 그리고 노인을 부양하는 상황에서 경험하는 보상요소를 측정하는 도구가 사용되었다. 그리고 우울증, 부양긴장감, 그리고 자신의 건강에 대한 주관적 평가의 3가지 도구는 노인을 부양할 때 수반되는 심리적 부담을 측정하기 위하여 사용되었다. 그 도구들의 구체적인 내용은 다음과 같다.

노인의 인지상태 평가 (Given & Given, 1989) 이것은 노인에게서 기억상실과 같은 문제들이 어느 정도 관찰되는지를 알아보는 것으로 모두 7문항으로 구성되었다 ['전혀 그렇지 않다'(1점)에서 '항상 그렇다'(4점)까지의 반응]. 이 조사도구는 주로 치매노인의 인지기능 저하를 측정하는 문항들로 구성되어 있기 때문에 치매노인 부양자의 경우 내적일치성이 $\alpha=.79$ 였지만, 정상노인 부양자의 경우 $\alpha=.44$ 로 낮았다. 총 7문항 중에서 '노인에게서 똑같은 말을 자주 반복하시는 편인가?'의 1문항은 총점과 상관이 낮아 분석에서 제외되었다. 그 문항이 총점과의 상관이 낮았던 이유는 응답자가 노인의 인지기능 손상 정도와 상관없이 평소 노인이 잔소리를 자주 하신다고 생각하여 '그렇다'고 반응하는 경향이 높았기 때문인 것 같다. 그 문항을 제외시킨 후의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.83$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.44$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.95$ 였다. 곧 이 척도는 총점(범위 6-24)이 높을수록

부양자가 노인의 인지기능 손상이 심하다고 지각함을 의미한다.

일상생활 활동능력 (Activities of Daily Living; ADL) 부양자가 지각하는 노인들의 일상생활 활동능력(예, 옷입기, 식사, 목욕)은 모두 6개 문항으로 구성된 ADL로 측정했는데, 각 문항에 대해 부양자가 '전혀 하실 수 없다'(1점), '충분한 도움을 드려야 하실 수 있다'(2점), '옆에서 조금만 도와드리면 하실 수 있다'(3점) 또는 '도움없이 하실 수 있다'(4점)로 답하였다. ADL은 총점(범위 6-24)이 낮을수록 노인이 일상생활 활동에서의 기능을 제대로 수행하지 못한다고 부양자가 지각함을 의미한다 (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). 본 연구에서 ADL의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.79$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.88$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.94$ 였다.

수단적 일상생활 활동능력 (Instrumental Activities of Daily Living; IADL) 이것은 노인들이 독립생활을 영위하는데 필요한 고차원적 행동(예, 돈관리, 혼자서 외출, 요리, 가사)의 상태를 부양자가 평가하는 것이다 (Lawton & Brody, 1969). 모두 5문항으로 구성된 IADL의 반응형태 및 해석은 ADL과 같다(총점 범위 5-20). 본 연구에서 IADL의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.89$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.80$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.96$ 이었다.

보상요소(uplift factors)척도 (Kinney & Stephens, 1989) 이 도구는 부양자가 노인을 부양하면서 피부양자(즉, 노인)나 가족구성원들로부터 얻는 긍정적인 느낌들(예, '노인께서 침착함을 보이신다', '가족들이 노인 모시는 것을 도와 준다')을 묻는 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대한 반응형태는 '매우 그렇다'(1점)에서 '전혀 그렇지 않다'(5점)까지이며, 총점(범위 10-50)이 낮을수록 부양 상황에서 경험하는 보상요소들이 많음을 의미한다. 본 연구에서 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.86$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.75$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.88$ 이었다.

사회적 지지 척도 (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990) 이것은 부양자가 노인을 부양하는 동안 지지를 보내는 친구나 친척의 존재여부를 알아보는 것으로 8문항(예, '속마음을 털어놓을 수 있는 친구나 친척이 있다')으로 구성되었다. 각 문항에 대한 반응형태는 '매우

그렇다'(1점)에서 '전혀 그렇지 않다'(4점)까지이며, 총점(범위 8-32)이 낮을수록 부양자에 대한 사회적 지지가 높음을 의미한다. 본 연구에서 사회적 지지척도의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.88$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.84$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.87$ 이었다.

우울증 척도 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D; Radloff, 1977) 이 도구는 우울한 기분과 부정적 감정, 신체 증상과 심리 운동 지연, 긍정적 감정이나 안녕감, 대인관계의 어려움 등을 측정하는 20문항으로 구성되었다. 응답자들은 각 문항에 대하여 지난 일주일 동안 자신의 경험을 '전혀 그렇지 않다'(0점)에서 '매우 그렇다'(3점)까지로 평가하며, 총점(범위 0-60)이 높을수록 우울 증의 상태가 심함을 의미한다. 본 연구에서 CES-D의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.86$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.85$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.92$ 였다.

부양긴장감 척도 (Family Caregiving Strain Scale; Morycz, 1985) 이는 주로 Alzheimer병으로 고생하는 노인을 돌보는 가족이 경험하는 주관적 긴장을 측정하는 것으로, 감정상태, 생활패턴에서의 변화, 건강이나 관계의 변화 등을 묻는 14개의 문항으로 구성되어 있다. 반응형태는 '전혀 그렇지 않다'(1점)에서 '매우 그렇다'(4점)까지로 총점(범위 14-56)이 낮을수록 부양상황에서 긴장감을 더 많이 경험함을 의미한다. 본 연구에서 이 척도의 내적일치성은 치매노인 부양자는 $\alpha=.87$, 정상노인 부양자는 $\alpha=.86$, 그리고 전체집단은 $\alpha=.93$ 이었다.

건강의 자기평정 (self-rated health) 문항 자신의 건강상태에 대해서 어떻게 생각하고 있는지를 묻는 단일 문항이다. 반응형태는 '매우 건강하다'(1점)에서 '전혀 건강하지 않다'(5점)까지인데, 부양자가 스스로 보고하는 자신의 건강에 대한 평가는 건강의 객관적 측정치와 상관성이 높으므로 사망의 예측 지표로 사용되고 있다 (LaGue, Bank, Jarvik, & Hetland, 1979).

3. 조사절차

본 연구의 자료수집 절차는 심리학 전공자 1명 및 가정관리학 전

공자 1명이 정상노인 부양자와 치매노인 부양자를 개별적으로 방문하여 면담하는 형식으로 이루어졌다. 사회적인 관습 때문에 노부모 부양에 따른 어려움의 노출을 꺼리는 경향이 있으므로 피면담자(부양자)와의 라포를 충분히 형성시킨 상태에서 면담이 진행되었다. 즉, 면담자는 부양자가 노인을 부양하면서 느끼는 어려움을 이해한다는 태도를 보이면서 조사목적도 자세히 설명하였다. 또한 조사를 진행하는 동안에도 부양자가 경험하는 여러가지 어려움이나 부양 노인에 대한 이야기를 나누었다.

이 과정에서 치매노인 부양자에게 부양하고 있는 노인이 병원에서 진찰을 받은 사실 여부 및 간이정신상태 검사의 내용 (예, '지금 어떤 계절인가?', '오늘은 무슨 요일인가?', '지금 사는 곳은 어디인지 아는가?')에 대하여 노인의 상태가 어떻다고 생각하는지를 질문하였다. 피부양자인 노인이 병원에서 치매라고 진단받았거나, 간이정신상태 검사의 내용을 근거로 노인의 지남력 상실이 심하며 치매 중기단계 이후에서 두드러지는 증상이 최소한 6개월 이상 지속되었다고 판단될 경우 그 노인의 부양자를 조사대상자에 포함시켰다. 정상노인 부양자에게도 치매노인 부양자의 면접과정과 동일한 방식으로 면담이 진행되었다. 즉, 어느 정도 친밀감이 형성되어 조사에 응할 준비가 되었을 경우 조사자가 설문문항을 직접 읽어드렸으며, 조사대상자의 응답내용을 조사자가 설문지에 표시했다. 본 조사의 8가지 질문지 문항들은 조사대상자마다 약간씩 다른 순서로 읽어드렸다.

III. 결 과

본 조사에서 사용된 8개의 측정도구에 대한 통계치와 두 집단(치매노인 및 정상노인 부양자)의 차이가 <표 1>에 제시되어 있다. <표 1>의 상단에는 부양자가 평가하는 부양 노인의 인지·신체적 기능 손상 정도에 대한 통계치 및 집단간 차이가 제시되어 있다. 곧 치매노인 부양자들은 정상노인 부양자들보다 부양하는 노인의 인지기능도 낮고, 일상적 활동능력이나 고차원적 생활을 스스로 영위하는 활동능력이 낮다고 평가하고 있다. 또한 부양자가 노인을 부양하면서 피부양자

(즉, 노인)나 가족들로부터 긍정적 반응을 얻는가, 그리고 노인을 부양하는 동안 자신에게 도움을 주는 사회적 지지(예, 친척이나 친구)가 어느 정도인가를 나타내는 통계치가 <표 1>의 중단부에 제시되어 있다. 여기에서는 치매노인 부양자들이 정상노인 부양자들보다 부양상황에서 경험하는 긍정적 요소가 낮게 나타났으며, 사회적 지지도 낮은 것으로 보고했다. <표 1>의 하단에는 부양자들이 노인을 부양하면서 겪는 심리적인 부담에 대한 통계치들을 제시하고 있다. 여기에서는 치매노인의 부양자들이 정상노인의 부양자들보다 더 우울하고, 긴장감이 더 심하고, 그리고 자신의 건강을 더 좋지 않다고 보고한 것으로 나타났다.

치매노인 그리고 정상노인을 부양하는 며느리들의 사회인구학적 변인, 부양자가 지각한 부양 노인의 인지기능, ADL 및 IADL, 보상요소, 사회적 지지 정도 그리고 심리적 부담들간의 상관관계가 <표 2>에 제시되어 있다. <표 2>에 의하면, 치매노인 부양자의 우울증과 부양긴장감은 모두 부양자가 지각한 부양 노인의 인지기능, ADL, IADL, 부양상황에서 경험하는 보상요소, 그리고 부양자에 대한 사회적 지지와 유의미한 상관이 있었다. 그러나 정상노인 부양자의 경우 우울증은 부양자가 지각하는 노인의 인지기능, 부양자에 대한 사회적 지지와 유의미한 상관을 보인 반면에 부양긴장감은 부양자가 지각한 노인의 인지기능과 보상요소, 사회적 지지와 유의미한 상관을 보였다. 부양자가 평가한 자신의 건강의 경우, 치매노인 부양자들은 자신의 연령, 부양 노인의 연령, 부양기간, 자신이 지각한 노인의 인지기능, 그리고 보상요소와 상관이 높았으며, 정상노인 부양자의 경우는 자신이 지각한 노인의 인지기능과 보상요소만이 자신의 건강을 평가하는 것과 유의미한 상관을 나타냈다. 치매노인 부양자와 정상노인 부양자 모두 평균 월소득은 세가지 심리적 부담 측정치와 유의미한 상관을 보이지 않았다.

<표 1> 측정도구의 통계치 및 집단간 차이

측정도구	치매노인 부양자			정상노인 부양자			F비 ^d
	평균	SD	범위	평균	SD	범위	
인지기능	19.3	3.6	13-24	7.9	1.4	6-13	681.65**
ADL ^a	12.2	4.0	6- 9	23.3	1.6	16-24	505.36**
IADL ^b	6.2	2.3	5-15	17.0	3.1	7-20	531.04**
보상요소	32.4	7.2	16-45	21.4	5.0	11-34	115.79**
사회적 지지	18.7	4.5	10-28	16.2	3.9	9-24	13.13*
CES-D ^c	33.2	7.0	20-52	19.7	7.2	2-43	128.20**
부양 긴장감	27.8	6.1	16-45	40.7	6.2	24-54	158.27**
건강의 평정	3.5	1.0	1- 5	2.9	0.9	1- 5	18.12**

Note. a ADL: Activities of Daily Living(일상생활 활동능력)

b IADL: Instrumental Activities of Daily Living(수단적 일상생활 활동능력)

c CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

d 자유도는 모두 1,143임

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

<표 2> 연구변인들간의 상관계수*

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
b	73***										
c	78***	61***									
d	-21	-17	-38***								
e	41***	53***	49***	-27*							
f	-11	-18	00	-13	-22						
g	-28*	-37***	-31*	-05	-51***	54***					
h	35***	44***	39***	-37***	71***	-23	-43***				
i	11	15	15	-19	27*	-28*	15	37**			
j	05	17	00	-07	37***	-26*	-26*	58***	43***		
k	-13	-28*	-08	07	-55***	29*	35**	-66***	-34**	-71***	
l	41***	36**	33**	-17	36**	-20	-19	40***	16	35**	-28*

<치매노인 부양자>

b	52***										
c	69***	42***									
d	06	12	06								
e	29**	32**	19	-07							
f	19	07	29**	-03	08						
g	-16	-36***	-20	02	-12	-38***					
h	39***	31**	17	02	51***	03	-23*				
i	29**	08	26*	04	35**	-04	-21	54***			
j	09	03	01	-21	38***	-04	-07	19	39**		
k	02	-13	10	-00	-41***	11	13	-36***	-23*	-50***	
l	21	-02	09	-15	31**	12	02	39***	17	40***	-24*

<정상노인 부양자>

Note a 부양자 연령 e 인지기능 i 사회적 지지
 b 부양 노인 연령 f ADL j CES-D
 c 부양기간 g IADL k 부양긴장감
 d 평균 월소득 h 보상요소 l 건강의 자기평정
 + 모든 계수는 소수점 이하 두자리 수자만 표기한 것임
 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

<표 2>에 제시된 변인들 중에서 우울증과 부양긴장감, 건강의 자기평정 등의 세가지 심리적 부담이 다른 변인들에 의해서 어느 정도 설명되는가를 살피기 위해 중다회귀분석을 실시하였다. 중다회귀분석은 세가지 심리적 부담과 유의미한 상관을 보이지 않은 변인(평균 월소득)을 제외하고, 전체집단(치매노인 및 정상노인 부양자), 치매노인 부양자, 그리고 정상노인 부양자에 대하여 각각 실시되었다. 우선 전체집단을 대상으로 한 중다회귀분석에서는 집단을 dummy변인(치매노인 부양자=0, 정상노인 부양자=1)으로 설정하고 분석한 결과, 변인 집단의 β 값이 무의미하여 (CES-D의 경우 $\beta = -.14$, $t = -.79$, $p > .28$; 부양긴장감의 경우 $\beta = -.01$, $t = -.07$, $p > .94$; 건강의 자기평정의 경우 $\beta = .10$, $t = .43$, $p > .67$), 이 변인을 삭제하고 재분석한 결과를 <표 3>에 수록했다.

<표 3>에 의하면, 부양자 연령은 전체집단에서 건강의 자기평정에 대해서만 유의미한 설명력을 보였을 뿐 다른 변인이나 다른 집단에서는 설명력이 낮았다. 부양노인 연령은 단지 정상노인 부양자가 평가한 자신의 건강에 대해 유의미한 설명력을 보였으며, 노인을 부양한 기간은 전체집단 및 치매노인 부양자의 부양긴장감에서만 설명력이 높았다. 또한 부양자가 지각하고 있는 부양노인의 인지기능은 치매노인 부양자의 경우에는 설명력이 없었으나, 전체집단 및 정상노인 부양자의 우울과 부양긴장감에 대한 설명력은 유의미했다. 그러나 부양하고 있는 노인의 ADL과 IADL은 세 집단 모두에서 3가지 심리적 부담 측정치에 대해 설명력이 모두 무의미했다. 보상요소는 전체집단의 부양긴장감과 건강의 자기평정, 치매노인 부양자의 우울과 부양긴장감, 그리고 정상노인 부양자의 건강의 자기평정에 대해 유의미한 설명력을 보였으며, 사회적 지지는 세 집단 모두에서 부양자의 우울증에 대해 유의미한 설명력을 보였다.

치매노인 및 정상노인 부양자가 지각하는 심리적 부담의 비교

<표 3> 연구변인들의 심리적 부담에 대한 중다회귀분석표

	전체			치매노인 부양자			정상노인 부양자		
변인 ^a	(우울	긴장	건강)	(우울	긴장	건강)	(우울	긴장	건강)
	β			β			β		
부양자 연령	.03	.06	.27*	.04	-.04	.29	.09	.19	.15
부양노인 연령	-.03	-.07	-.13	.02	-.06	-.00	-.05	-.09	-.29*
부양기간	-.16 [^]	.16*	-.00	-.24 [^]	.33*	.02	-.17	.11	.03
인지기능	.47**	-.45***	.17	.01	-.25 [^]	.10	.37***	-.33**	.19
ADL	-.07	.08	-.13	-.02	.06	-.18	-.00	.07	.07
IADL	-.05	.02	.23	-.05	.02	.15	-.04	.02	.00
보상요소	.16	-.32***	.41**	.55***	-.51***	.26	-.18	-.22	.40**
사회적 지지	.21**	-.07	-.03	.25*	-.10	-.03	.34*	-.07	-.14
N	145			65			80		
R ²	.60	.70	.30	.45	.53	.26	.23	.27	.24

Note. a 우울은 CES-D, 긴장은 부양긴장감, 건강은 건강의 자기 평정임.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
[^] $.05 < p < .10$

중다회귀분석에 포함된 8개의 연구변인의 설명력은 전체집단의 경우, 부양자의 우울증과 부양긴장감에 대해 약 60%와 70%씩을 설명했

으며, 치매노인 부양자의 경우는 45%와 50%씩을 설명하였다. 건강에 대한 자기평정의 경우, 전체 집단의 경우 연구변인들의 설명력은 약 30% 정도, 치매노인 부양자의 경우 약 26%였다. 그렇지만 정상노인 부양자의 세가지 심리적 부담에 대해서는 8개 연구변인들의 설명력이 약 25% 정도로 다른 집단에 비해 낮게 나타났다.

IV. 논 의

본 연구에서는 치매노인 부양자들의 심리적 부담을 평가하기 위해서 정상노인 부양자들의 반응과 비교했으며, 또한 부양으로 인한 심리적 부담에 대한 주요한 설명변인들을 살펴보았다. 노인 부양에 따른 부양자의 심리적 부담은 우울증, 부양긴장감, 그리고 건강의 자기평정의 3가지로 측정되었으며, 설명변인들로는 부양자가 지각하고 있는 부양 노인의 인지·신체 기능, 부양상황에서 경험하는 보상이나 고무감, 부양자에 대한 사회적 지지 정도, 그리고 부양자의 사회인구학적 특성 등이 이용되었다. 결과에서는 치매노인 부양자들의 부양 부담은 정상노인 부양자들보다 훨씬 높게 나타났다. 즉, 치매노인 부양자들은 정상노인 부양자들에 비해 우울증이나 부양 상황에서의 긴장감 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 또한 자신의 건강에 대해서도 치매노인 부양자들은 정상노인 부양자들에 비해 건강이 좋지 않다고 평가하고 있었다.

역시 치매노인 부양자들이 정상노인 부양자들보다 부양하는 노인의 인지·신체적 기능이 더 좋지 않다고 지각하고 있었다. 그리고 치매노인을 부양하는 며느리들이 정상노인을 부양하는 며느리들보다도 피부양자인 노인 또는 주변인들로부터 보상이나 고무감을 더 낮게 경험하고 사회적 지지도 더 낮다고 보고하였다. 이상의 결과들은 치매노인의 부양이라는 특성때문에 충분히 기대할 수 있었던 것들이다. 그렇지만 부양자들이 경험하는 심리적 부담이 어떠한 변인들에 의해서 가장 강력하게 예언되고 있는가를 알기 위한 회귀분석에서는 예기하지 못했던 결과들도 도출되었는데, 그 내용들은 다음과 같다.

첫째, 치매노인의 신체 건강은 두 집단의 부양자들간에 의의있는

차이를 보였지만, 치매노인의 부양자들의 집단에서조차 심리적 부담에 대한 주요한 예측치가 되지 못했다. 이는 누구나 노인이 되면 당연히 신체 기능이 약화되므로, 부양자들이 아마도 노화의 당연한 결과에 대해서는 심리적으로 부담을 느낀다고 생각하지 않았기 때문인지 모른다.

둘째, 부양노인의 인지 기능은 치매노인의 부양자들로부터 더 손상이 심하다고 평가되었지만, 오히려 이 변인은 정상노인을 부양하는 며느리들의 심리적 부담을 예측하는 요인으로만 밝혀졌다. 그 이유는 아마 다음의 두가지로 추론될 것 같다. 그 하나는 치매노인을 부양하는 며느리들은 노인의 인지기능 저하를 아예 인정한 상태에서 부양하므로 이 때문에 심리적 부담이 크다고 생각하지 않는 반면에, 정상노인을 부양하는 며느리들은 정상이라고 믿는 노인에게서 인지적 손상에 의하여 발생하는 문제들을 부담으로 지각하고 있는지도 모른다. 다른 하나는 전체노인을 대상으로 회귀분석을 했을 때에도 인지기능이 주요한 설명변인으로 부각되었다는 것은 아마도 치매노인 부양자들의 사례수를 현재($N=65$)보다 더 늘린다면 결과가 달라질 수 있음을 시사한다. 이러한 본 연구의 결과는 치매노인의 인지·신체적 기능 제한 정도가 부양 부담의 주요한 원천이라는 다른 (문화권의) 연구결과들과 상당한 차이를 보이고 있다 (Deimling & Bass, 1986; Pearson 등, 1988).

셋째, 노인을 부양하면서 주변의 사람들이나 피부양자인 노인으로부터 받는 보상이나 고무감은 치매노인을 부양하는 며느리들이 보고하는 우울증이나 부양긴장감을 설명하는 주요한 변인으로 나타났다. 이러한 이유는 정상노인을 부양하는 며느리들은 노인으로부터 긍정적 반응을 기대하지 않고 서로 독립된 생활을 추구하고 있기 때문일 수 있지만, 치매노인을 부양하는 경우 노인이 부양자에게 때때로 보이는 긍정적 반응이나 가족, 친구들이 치매노인을 모시는 것에 대하여 보이는 호의적 태도 등이 치매노인 부양에서 경험하는 어려움을 상쇄시키기 때문일 수 있다. 이러한 연구결과는 Stephens 등(1994)의 연구결과와 일치한다. 또 보상이나 고무감은 정상노인 부양자들의 신체 건강 지각과도 관계가 높게 나타났다.

넷째, 노인을 부양하는 상황에서 부양자의 주변에 자신의 입장을 이해하는 사람의 존재 여부는 부양자가 우울하다고 지각하는 데에는 영향을 주었으나 부양긴장감이나 건강 등의 지각을 설명하지는 못했다. 이는 치매노인을 부양하는 것이 매우 어렵고 힘든 일이지만, 그 어려움을 이해해 주는 친척이나 친구들이 있을 때 우울증 수준이 상당히 낮아질 수 있다는 외국의 연구결과들과 일치한다 (Pearlin 등, 1990; Schulz & Williamson, 1991). 그렇지만, 결과가 또한 부양하는 노인의 상태와 상관없이 우울증을 설명하는 요인으로 나타났다. 그렇다면, 이 우울증은 단지 치매노인의 부양에 국한된 것이 아니라 한국 상황에서 노인을 모시고 사는 대부분의 며느리들의 입장을 증명해 주는 보편적인 현상일 것이다 (김태현, 1981).

다섯째, 부양자의 연령 및 피부양자인 노인의 연령은 치매노인을 부양하는 며느리들의 심리적 부담을 설명하지 못한다. 이들은 단지 전체집단 또는 정상노인 부양자의 집단에서 각각 건강을 설명하고 있을 뿐이다. 또 노인을 부양하는 기간도 치매노인 부양자의 집단에서 건강의 평정과 정적으로 높은 상관을 보였지만, 회귀분석에서는 오히려 건강의 평정 보다도 긴장감의 지각을 설명하는 것으로 나타났다. 또한 노인을 부양한 기간이 전체집단에서도 부양긴장감을 설명하는 요인이 되고 있는데, 이 결과도 역시 한국의 상황에서 노인을 모시고 있는 성인자녀들이 '노인과 함께 살고 있다'는 사실 자체에서 긴장감을 경험함을 설명해주는 것이라고 말할 수 있다.

본 연구의 결과들을 토대로 상기와 같은 추론들이 가능했지만, 사실상 치매노인을 부양하는 며느리들이 경험하는 심리적 부담을 보다 더 정확하게 평가하기 위해서는 몇가지 방법론적 보완이 필요하다. 우선 심리적 부담의 측정치 중에서 우울증과 부양긴장감은 여러가지 연구변인에 의한 설명력이 높았지만, 건강의 자기평정의 설명력은 상대적으로 낮았다. 이는 부양자가 생각하는 자신의 건강을 5점 척도의 단일 문항으로만 측정하였기 때문일 수도 있는데, 반응형태의 범위를 더 넓게 조정했거나 문항의 수를 늘렸다면 연구결과가 달라질 수 있었을지 모른다.

또한 본 연구에서는 부양자 자신에 대한 입장을 이해하는 사람의

여부를 사회적 지지의 지표로 측정했지만, 면담과정에서 여러 응답자들은 그러한 입장을 이해하는 친구나 친척이 있더라도 자신이 느끼는 어려움을 함께 할 수는 없다고 말했다. 특히 치매노인 부양자의 경우, 치매노인을 부양하면서 겪는 고통을 며느리의 처지에서 타인(특히, 가족이 아닌 사람)에게 이야기한다는 것 자체가 자기 가족을 모욕하는 것으로 생각하고 있었다. Schulz와 Williamson(1991)은 부양자에 대한 사회적 지지의 양보다도 부양자 자신이 사회적 지지에 대해 얼마나 만족하는가가 더 중요하다고 지적했다. 따라서 앞으로의 연구에서는 부양자에 대한 사회적 지지 뿐만 아니라 그것에 대해 부양자 자신의 주관적 만족을 고려하는 것이 바람직할 것이다.

마지막으로, 문항들을 토대로 자료를 양적으로 측정하였기 때문에 면담과정에서 토론되었던 내용들이 모두 연구결과와 해석에 포함되지는 못했다. 그래서 본 연구에서 양적으로 측정된 내용 이외에도 노부모를 부양하는 사람들이 겪는 부담의 근원들이 부양자 개인에 따라 상당히 다양하고 차별적이라는 점을 지적하고 싶다. Gwyther와 George(1986)가 지적했듯이 치매의 발병이전에 부양자가 부양 노인과 맺고 있었던 관계의 질, 부양자 자신의 성격, 부양자와 배우자와의 관계, 노인부양에 대한 자녀들의 이해 및 태도 등도 부양 부담과 관련이 있는 것으로 사료된다. 앞으로의 연구에서는 심층면접을 통해 이러한 부양자들의 개인적 특성을 살펴 보는 것도 필요하다. 그럼에도 불구하고 본 연구의 결과들은 '치매노인 가족을 위한 지지모임'과 같은 사회적 지지 프로그램의 개발 및 필요성에 일익을 담당할 수 있다.

참 고 문 헌

- 김태현 (1981). **한국에 있어서 노인부양에 관한 연구**. 고려대학교 박사학위논문.
- 남궁기 · 이흥식 · 유계준 (1993). 치매의 진단과 치료. **한국노년학**, 13, 68-176.
- Anthony-Bergstone, C., Zarit, S., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among dementia patients. *Psychology*

- and Aging, 3, 245-248.
- Brody, E. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 15-29.
- Deimling, G., & Bass, D. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 47, 778-784.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). 'Mini-Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- George, L., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Given, C., & Given, B. (1989). *The impact of Alzheimer's disease on family caregivers*. Final report for grant No. 1 RO1 MH41766, funded by HHS National Institute of Mental Health.
- Green, V., & Monahan D. (1989). The effect of a support and educational program on stress and burden among family caregivers to frail elderly person. *The Gerontologist*, 29, 472-477.
- Gwyther, L., & George, L. (1986). Caregivers for dementia patient: Complex determinants of well-being and burden. *The Gerontologist*, 26, 245-247.
- Haley, W., Levin, E., Browen, S., Berry, J., & Hughes, G. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Haley, W., & Pardo, K. (1989). Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4, 389-392.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, C. (1992).

- Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7, 363-375.
- Jorm, A. (1991). *Understanding senile dementia*. London: Champman & Hall.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kinney, J., & Stephens, M. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4, 402-408.
- LaGue, A., Bank, L., Jarvik, L., & Hetland, M. (1979). Health in old age: How do physicians' rating and self-rating compare? *Journal of Gerontology*, 34, 687-689.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintenance IADL. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Morycz, R. (1985). Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease: Possible predictors and model development *Research on Aging*, 7, 329-361.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pearson, J., Verma, S., & Nellett, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28, 79-83.
- Radloff, L. (1977). A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Schulz, R., & Williamson, G. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregiver. *Psychology and Aging*,

- 6, 569-578.
- Stephens, M., Franks, M., & Townsend, A. (1994). Stress and rewards in women's multiple roles: The case of women in the middle. *Psychology and Aging, 9*, 45-52.
- Vitalino, P., Russo, J., Young, H., Teri, L., & Maiuro, R. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging, 6*, 392-402.
- Zarit, S., Anthony, C., & Boutselis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging, 2*, 225-232.

[영문요약]

**A comparative study on psychological burden
between the demented and the nondemented
elderly persons' caregivers**

Hee-Kyung Kim and Gahyun Youn

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

The purposes of this study were to compare psychological burden between the demented and the nondemented elderly persons' caregivers, and to find out the primary predictors of the burden. Daughters-in-law were selected as the primary caregivers in this study. Their psychological burden was measured by using the CES-D, family caregiving strain scale and a self-rated health question. Carerecipient's severity of cognitive and physical functioning perceived by the caregivers, uplift factors experienced in a caregiving situation, social support on caregivers and sociodemographic characteristics were used in the regression analysis to predict the psychological burden for caregivers. The daughters-in-law who cared for the demented parents reported more depression, more strain, and poorer health than those for the nondemented parents. For the demented parent's caregivers, uplift factors and social support were the important predictors for depression, while the year of caregiving and uplift factors were for caregiving strain.