

치매 환자 보호자의 스트레스 평가: 기억 및 행동문제점검 - 개정판(Revised-Memory and Behavior Problem Checklist: R-MBPC)과 부담조사(Burden Interview: BI)의 신뢰도 및 타당도

이형석* 김도관** 고해정*** 구형모* 권의정**** 김지혜***†

*삼성생명과학연구소 **성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신과학교실

분당 서울대학교병원 신경정신과 *용인정신병원

Pearlin 등(1990)은 치매 환자 보호자의 스트레스를 일차적 스트레스와 이로 인한 이차적 스트레스로 구분했으며, 일차적 스트레스를 또 다시 객관적 스트레스요인과 주관적 스트레스 요인으로 구분하였다. 기억 및 행동문제점검-개정판(Revised-Memory and Behavior Problem Checklist: R-MBPC)은 환자 보호자의 객관적 스트레스를, 부담조사(Burden Interview: BI)는 주관적 스트레스를 평가하는 척도이다. 본 연구에서는 두 척도를 한국 상황에 맞게 번안하여, 신뢰도 및 타당도를 검증하였으며, 이를 위해 치매 진단이 확정된 환자의 보호자 12쌍을 대상으로 하였다. 연구 결과, R-MBPC:빈도 및 반응, BI의 내적 일치도는 .90에서 .97까지 나타났고, 검사 재검사 신뢰도는 .91에서 .97로 양호하였으며, 환자의 인지 기능, 일상생활 기능, 보호자의 정서 등을 측정하는 척도들과의 수렴 타당도 및 변별 타당도도 대체로 우수하였다. 또한 R-MBPC:빈도의 요인분석을 통하여 원논문에서 제시된 3개의 요인 구조와 일치하는 결과를 얻었으나, BI 경우에는 2개의 요인 구조를 확인하는데 제한점이 있었다. 이와 함께, 환자의 치매 정도에 따라 보호자의 객관적 스트레스와 주관적 스트레스를 분석한 결과, 경도 치매 환자 보호자의 스트레스는 중등도 이상의 치매 환자 보호자의 스트레스와 유의미한 차이가 있었다. 연구 결과 확인된 연구대상의 특성, 문화적 차이 등에 대해 논의하였으며, 본 연구를 기초로 치매 환자 보호자의 스트레스 과정에 대한 포괄적인 평가 모델에 대한 검증이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

주요어: 치매, 보호자, 스트레스, 신뢰도, 타당도

† 교신저자(Corresponding Author) : 김 지 혜 / 삼성서울병원 정신과 / 서울시 강남구 일원동 50번지
FAX : 02-3410-0070 / E-mail : jihk@smc.samsung.co.kr

의학 기술이 발달하면서 인간의 평균 수명은 더욱 연장되었다. 이에 따라, 노인 인구의 상대적인 비율이 점차 증가하고 있으며, 노년기에 흔히 경험하게 되는 만성적 질환에 노출될 위험도 증가하는 추세다. 특히, 만성적 질환을 가진 노인들 대부분은 가정에서 기거하며 보호받고 있어 많은 사람들이 만성적 질환을 가진 노인들의 부양에 관여하고 있는 실정이다(Brody, 1985). 이러한 이유로 과거에는 만성적 질환을 가진 노인에 대해서만 의료적인 관심이 집중되었으나, 현재는 노인을 직접 돌보는 보호자의 부양 부담에 대해서도 관심이 증가하고 있다. 부양 부담이란 장애가 있는 노인을 부양하는 가족이 경험하는 신체적, 심리적 혹은 정서적, 사회적 및 경제적 문제로 정의된다(George & Gwyther, 1986). 만성적인 진행성 질환을 가진 환자는 기본적인 욕구 충족을 위해 보호자에게 의존해야 하며, 대부분의 시간을 환자에게 할애해야 하는 보호자들은 일상생활에 큰 변화를 경험하면서 상당한 스트레스를 경험하는 것으로 알려져 있다(Pearlin, 1983).

특히, 치매는 점진적인 인지 및 행동 손상이 특징적인 만성적 질환으로, 환자의 손상 정도가 심해질수록 보호자가 환자 부양에 기울이는 노력과 시간이 급격히 증가하게 된다. 이로 인해 치매 환자 보호자의 경우 우울, 불안과 같은 심리적 질환뿐 아니라 신체적 질환의 유병율이 같은 연령대의 일반인에 비하여 더 높은 것으로 보고되고 있다(Dunkin & Anderson-Hanley, 1998; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). 특히, 이러한 보호자의 부양 부담은 치매 환자의 문제 행동과 장기 요양기관에 위탁되는 시기 등에 중요하고 결정적인 영향을 미치게 된다(Potter, 1993; Pruchno, Michaels, & Potashnik, 1990; Zarit & Zarit, 1986). 따라서 치매 환자의 인지 및 일상생

활 기능뿐만 아니라 보호자의 부담과 스트레스를 평가하고 관리, 치료하는 것이 치매 환자에 대한 통합적인 접근의 한 부분으로 점차 인식되어 가고 있다.

치매 환자 보호자의 부담과 스트레스는 다양한 집단을 대상으로, 다양한 방식으로 연구되어 왔으나(Stephens & Kinney, 1989), 이를 측정할 때 구성 타당도를 확립하는데 있어서의 몇 가지 어려움이 지속적으로 논의되어 왔다. 첫째, 치매 환자의 손상 정도와 보호자의 부담과의 관계가 불확실하다는 점이다. 즉, 일부 연구에서는 치매 환자의 손상 정도가 심해질수록 보호자의 부담과 스트레스가 증가한다고 보고한 반면(Deimling & Bass, 1986; Pearson, Verma, & Nellett, 1988), Zarit와 Reever 및 Bach-Peterson(1980)은 보호자의 부담과 치매 환자의 문제 행동의 심각도와는 관련이 없다고 주장하였다. 이러한 차이는 보호자의 스트레스 정도가 치매 환자의 기능 손상뿐만 아니라 보호자가 그 상황에 적응하는 정도에 따라 달라진다는 것으로 설명될 수 있다. 즉, 보호자의 부담이 치매 환자의 손상 정도와 직접적인 상관을 나타내지는 않으나, 행동상 손상이 가장 심각한 치매 중기에 보호자의 부담도 최고조에 이르며(Pruchno & Resch, 1989), 그 외 다른 여러 변인들이 보호자의 스트레스에 추가적인 영향을 미치게 된다(Haley & Pardo, 1989). 또한, 보호자의 정신 건강은 시간이 지남에 따라 오히려 향상되는 것으로 나타났는데, 이에 대해 연구자들은 보호자가 스트레스 상황에 성공적으로 적응했기 때문으로 설명하였다(Lazarus & Folkman, 1984; Townsend, Noelker, Deimling, & Bass, 1989). 구성 타당도와 관련된 또 다른 문제는 치매 환자 보호자의 부담과 우울, 불안, 안녕감과 같은 일반적인 심리적 준거 간의 직접적인 관련성을 파악하는 것이 어렵다는 점이다. 보호자에게 심리적

증상을 유발하는 스트레스의 근원을 파악하는 것이 중요한데(Anthony-Bergstone, Zarit, & Gatz, 1988), 치매 환자의 손상의 정도와 보호자의 부담의 관계가 불확실한 상태에서는 스트레스의 근원을 파악하기 힘들며, 이를 근거로 보호자의 부담과 심리적 증상 간의 관련성을 기술하기는 더욱 어렵다(Vitaliano, Young, & Russo, 1991).

이러한 연구 결과들을 토대로 치매 환자 보호자의 스트레스와 상호작용하는 변인들과의 관계를 규명하기 위한 다양한 모형들이 제시되어 왔으며, 특히 Pearlin, Mullan, Semple 및 Skaff(1990)의 '치매 환자 보호자의 스트레스 모형'은 매우 체계적이고 포괄적인 모형으로 평가받고 있다(Gallagher-Thompson & Powers, 1997). 이 모형에서는 보호자의 개인적 배경, 스트레스 요인, 중재 변인, 결과 등 네 가지 영역으로 구분하여 접근하였으며, 이 중 스트레스 요인은 일차적 스트레스 요인과 이차적 스트레스 요인으로 세분화되었다. 일차적 스트레스 요인은 다시 객관적 스트레스 요인과 주관적 스트레스 요인으로 구분하였다. 객관적 스트레스 요인이란 환자가 필요로 하는 보살핌, 보호자의 생활에 있어서의 변화 정도를 나타내는 객관적 지표로, 환자의 인지 기능, 행동상 문제, 일상활동 및 도구적 일상활동에 대한 의존 정도 등으로 측정한다. 반면, 주관적 스트레스 요인은 과중감, 대인관계상 손실과 같은 치매 환자의 부양과 관련하여 보호자가 주관적으로 경험하는 어려움을 일컫는 것이다(Pearlin et al., 1990). 치매 환자 보호자들의 객관적 스트레스 요인과 주관적 스트레스 요인은 이미 오래 전부터 여러 연구자들의 관심의 초점이 되어왔다. Thompson과 Doll(1982)은 보호자의 부담을 객관적 부담과 주관적 부담으로 구분하였으며, 이후의 연구자들(Lawton, 1983; Skaff, Pearlin, & Mullan, 1996; Stephens & Kinney, 1989)

도 이러한 구분의 중요성을 강조하면서 객관적 스트레스 요인과 주관적 스트레스 요인의 개별적인 측정을 강조하였다.

현재 객관적 스트레스 요인 및 주관적 스트레스 요인을 측정하기 위해 국내외적으로 가장 널리 사용되고 있는 평가 도구로는 기억 및 행동문제점검-개정판(Revised-Memory and Behavior Problems Checklist: 이하 R-MBPC: Teri et al., 1992)과 부담조사(Burden Interview: 이하 BI: Zarit et al., 1980; Zarit & Zarit, 1987)가 대표적이다. 특히, R-MBPC는 치매 환자의 다양한 문제 행동의 빈도와 각 각에 대한 보호자의 스트레스 정도를 평가하며 BI는 부양으로 인한 전반적인 부담에 대한 주관적 평가에 초점을 맞추고 있어, 두 척도가 함께 사용될 때 치매 환자의 문제와 그에 대한 보호자의 반응을 좀 더 자세히 평가할 수 있다(Vitaliano et al., 1991).

최근 우리나라에서도 치매 가족이 경험하는 부양 부담에 관한 연구가 활발히 이루어지는 상황이다(이영호 등, 1998). 단 치매 환자 보호자의 부담 및 스트레스 측정시 외국의 측정 도구를 표준화 과정 없이 번안하여 사용하거나(김윤정, 1993; 정현숙, 1998; 조소연, 2000), 우리나라 실정에 맞는 척도를 개발하는 경우에도 대부분 주관적 스트레스 요인만을 탐색하는데 치우친 양상이다(권중돈, 1994; 이신숙, 서병숙, 1993). 특히, 국내에서도 몇몇 연구자들이 R-MBPC와 BI를 사용하여 연구를 수행하였으나(김윤정, 1993; 정현숙, 1998; 조소연, 2000), 척도를 국내 상황에 맞게 표준화하는 등 척도의 심리 측정적 속성이 고려되지 않은 상태에서 사용되었다는 단점이 있다. 따라서 본 연구에서 R-MBPC와 BI의 신뢰도와 타당도를 검증하여 두 척도를 국내 상황에 맞게 표준화 하고자 하였다. 이러한 과정을 통해 국내의 치매 환자 보호자의 부담 및 스트레

스의 특성을 논의하며, 향후 체계적인 스트레스 과정을 고려한 연구에 대한 초석을 마련하고자 하였다.

방 법

연구대상

기억 및 행동문제점검-개정판(R-MBPC)과 부담 조사(BI)의 신뢰도 및 타당도 연구를 위한 연구 대상은 기억력 장애를 주소로 서울 소재 사대학 병원 정신과에 방문하여 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition: APA, 1994)와 NINCDS-ADRDA(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Associations: McKhann et al., 1984)의 진단 기준에 의해 알츠하이머형 치매나 '유력한 또는 '가능한 알츠하이머형의 진단이 확정된 환자의 보호자 128명이었다. 치매 환자의 평균 연령(표준편차)은 71.29(9.61)세, 평균 교육연한은 8.24(5.61)년이었으며, 평균 K-MMSE 점수는 18.13(6.11)점이었다. 보호자의 인구통계학적 자료는 표 1에 제시하였다.

보호자의 개념은 연구에 따라 매우 다양하나, Pearlin 등(1990)의 연구에서처럼 스스로 보호자라고 기술하는 사람을 보호자로 포함시키는 경우가 일반적이다. 단, 다양한 유형의 보호자를 대상으로 한 연구에서 결과의 명료성을 해치는 경우가 많다는 비판을 최소화하기 위해(Kramer, 1997; Schulz & Quittner, 1998), 본 연구에서는 주 보호자의 개념을 설정하였다. 즉, 환자와 동거하는 주보호자나 환자와 동거하지 않는 경우에도 거의 매일 일정 시간 이상을 환자와 보내는 실질적인 주보호자만을 연구대상에 포함시켰다. 환

표 1. 연구대상의 인구통계학적 자료(N=128)

변인	빈도	비율(%)	평균
성별			
남성	42	32.8	
여성	86	67.2	
연령(세)			52.44±13.31
교육연한			
무학	3	2.3	
초등학교졸	15	11.7	
중·고등학교졸	50	39.1	
대학 이상	60	46.9	
환자와의 관계			
배우자	43	33.6	
며느리	29	22.7	
아들	27	21.1	
딸	26	20.3	
기타	3	2.3	
교대 부양자			
있음	51	39.8	
없음	60	46.9	
무응답	17	13.3	
부양기간(개월)			15.94±16.12

자와의 관계 등 보호자의 특성은 권중돈(1994)이 논의한 우리나라 치매 환자 보호자의 특성에 부합하였다.

연구도구

기억 및 행동문제점검-개정판 (Revised-Memory and Behavior Problem Checklist: R-MBPC)

기억 및 행동문제점검-개정판(R-MBPC)은 객관적 스트레스 요인을 측정하는 척도로 치매 환자의 행동상 문제의 빈도를 측정하는 것과이하 R-MBPC:빈도)와 이에 대한 보호자의 반응을 측정하는 것(이하 R-MBPC:반응)으로 구성되어 있

다. 대부분의 문항은 기존 기억 및 행동문제점검(Memory and Behavior Problem Checklist: MBPC: Zarit, Anthony, & Boutsellis, 1987; Zarit, Todd, & Zarit, 1986; Zarit & Zarit, 1983)에서 발췌한 것들이다. 객관적으로 관찰 가능하고 잠정적으로 치료 가능한 치매 환자의 행동 문제에 초점을 맞추고 있으며, 이와 관련된 치매 환자 보호자의 스트레스 정도를 평가한다는 장점이 있다(Teri et al., 1992). 자기 보고식 검사로, 치매 환자의 주보호자에게 실시하며, 소요 시간은 10분 이내이다. 우울(9문항), 파괴적 행동(8문항), 기억관련 문제(7문항) 등의 하위 척도로 구성된 총 24문항의 척도이며, 각 문항에 대해 빈도문제 행동의 빈도를 일주일 단위로 표시)와 반응(문제 행동으로 인해 보호자가 화내거나 귀찮아하는 정도)을 각각 5점 리커트 척도상에 표시하도록 한다. 원래의 연구에서 빈도의 내적 일치도 Cronbach's $\alpha = .84$, 반응의 내적 일치도 Cronbach's $\alpha = .90$ 로 우수한 수준의 신뢰도가 입증되었고, 빈도와 반응의 하위 척도의 내적 일치도 역시 모두 높은 수준이었다(Teri et al., 1992). 본 연구를 위해서 척도의 원문을 국내 실정에 맞게 번역하였으며, 국문학 박사 1인의 감수를 거쳐 문항의 내용을 확정하였다.

부담조사(Burden Interview: BI)

부담조사(BI)는 부양의 결과, 즉 부양과 관련된 주관적인 스트레스에 초점을 맞춘 척도이다. 치매 환자 보호자를 대상으로 한 임상적 경험 및 연구를 통해 경험적으로 도출된 문항으로 구성되어 있으며, 건강, 재정, 사회생활 및 대인관계 등 주요 영역을 모두 반영한다(Zarit et al., 1980; Zarit & Zarit, 1987). 자기 보고식 검사로, 치매 환자의 주보호자에게 실시하며, 소요 시간은 약 10분이다. 개인적 부담(12문항), 역할 부담(6문항)

등의 하위 척도와 두 하위 척도에 속하지 않는 4문항 등으로 구성된 총 22문항의 척도이며, 각 문항에 대해서 얼마나 자주 그렇게 느끼는지를 5점 리커트 척도상에 표시하도록 한다. 관련 연구에서 내적 일치도 Cronbach's $\alpha = .91$, 검사-재검사 신뢰도는 $r = .71$ 로 높은 수준이었다(Gallagher, Rappaport, Benedict, Lovett, & Silver, 1985). 본 연구를 위해 척도의 원문을 국내 실정에 맞게 번역하였으며, 국문학 박사 1인의 감수를 거쳐 문항의 내용을 확정하였다.

한국판 간이정신상태검사(Korean version-Mini Mental State Examination: K-MMSE)

간이정신상태검사(Mini Mental State Examination: MMSE: Folstein & Folstein, 1975)는 본래 기질성 정신장애와 기능성 정신장애를 구별하기 위해 개발되었으나, 현재는 치매 선별 검사로 가장 널리 이용되고 있다. 본 연구에서는 치매 환자들의 정량화된 인지 기능 상태를 평가하기 위해 K-MMSE(강연옥, 나덕렬, 한성혜, 1997)를 사용하였다. 시간 지남력, 공간 지남력, 기억 등록과 기억 회상, 주의집중과 계산 능력, 언어 및 시공간 구성 영역을 평가하는 30문항으로 이루어져 있으며, 문항당 1점씩 총 30점 만점이다.

치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating: CDR)

치매임상평가척도(CDR: Morris, 1993)는 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결능력, 사회활동, 집안 생활과 취미, 위생과 몸치장의 6가지 영역에 대한 평가에 기초하여 치매 정도를 CDR 0(치매 아님), 0.5(치매가 의심됨), 1(경도의 치매), 2(중등도의 치매), 3(심한 치매)의 5단계로 평정하도록 구성된 측정 도구이다. 반구조화된 면담 형식으로, 치매 환자와 보호자의 진술을 바탕으로 평가

자가 영역별 CDR 점수와 전반적인 CDR 점수를 평가한다. 본 연구에서는 치매 환자의 치매 정도를 판단하기 위해서 CDR을 실시하였다.

단축형 삼성치매선별지(Short form of Samsung Dementia Questionnaire: S-SDQ)

객관적 스트레스 요인 중, 보호자의 보고에 기초하여 치매 환자의 인지 기능 상태를 평가하기 위해 최성혜, 나덕렬, 오경미 및 박병주(1999)가 제작한 총 15문항의 단축형 삼성치매선별지(S-SDQ)를 실시하였다. 환자를 가장 잘 아는 보호자가 환자의 언어, 기억력, 시공간 능력에 대해 질문하는 각 문항에 대해 '그렇지 않다(0점)', '간혹(약간) 그렇다(1점)', '자주(많이) 그렇다(2점)'의 3점 척도에 따라 평정하도록 되어 있다. 총점의 범위는 0~30점이며, 총점이 8점 이상인 경우에 치매를 의심해야 하는 것으로 나타났다(최성혜 등, 1999).

전반적퇴화척도(Global Deterioration Scale: GDS)

전반적퇴화척도(GDS)는 원래 치매가 의심되는 환자나 치매로 진단된 환자의 임상 양상 및 심각도를 평정하도록 제작되었다. 본 연구에서는 객관적 스트레스 요인으로서의 치매 환자의 전반적인 인지기능손상 정도를 평가하기 위해 포함되었으며, Reisberg, Ferris, DeLeon 및 Crook(1982)가 제작한 원문을 번안하여 사용하였다. 임상가는 노인의 임상 양상 및 인지 기능 장애의 정도를 적절히 평가한 후, 이를 근거로 GDS-C의 7단계(1. 인지장애 없음, 2. 매우 경미한 인지장애, 3. 경미한 인지 장애, 4. 중등도의 인지장애, 5. 중등도로 심한 인지장애, 6. 심한 인지장애, 7. 아주 심한 인지장애) 중에서 가장 적합한 단계를 결정해야 한다.

일상활동평가-기초 및 일상활동평가-복합(Seoul-Activity of Daily Living: S-ADL, Seoul- Instrumental ADL: S-IADL)

객관적 스트레스 요인으로서 일상생활 활동을 평가하기 위해서 권의정 등(출간중)이 제작한 일상활동평가-기초(S-ADL)와 구형모 등(2004)이 제작한 일상활동평가-복합(S-IADL)을 시행하였다. S-ADL은 식사, 목욕, 이동과 같이 독립적인 생활을 유지하는데 필요한 기본적인 일상생활 기능을 평가하도록 고안되었다. 보호자와의 면담을 통해 실시되며, 임상가는 총 12문항에 대해 0-2점의 척도상에 노인의 기능 정도를 평정한다. 총점의 범위는 0~24점이며, 대부분의 정상 노인들의 S-ADL 총점은 0점으로 나타났다. 본 연구에서의 신뢰도 계수는 Cronbach's $\alpha=.89$ 였다. S-IADL은 돈관리, 가사일, 교통수단 이용 등과 같은 보다 복잡한 생활기능을 평가한다. 역시 보호자와의 면담을 통해 실시되며, 임상가는 총 15문항에 대해 0-3점의 척도상에 노인의 기능 정도를 평정하며, 총점은 0~45점의 범위이다. S-IADL의 경우, 현재 실행능력과 잠재능력을 구분하여 평가하지만, 기준 자료가 실행능력에 초점을 두고 제작되었으므로 본 연구에서도 실행능력만 자료 분석에 포함시켰다. 본 연구에서의 신뢰도 계수는 Cronbach's $\alpha=.93$ 이었다.

Beck의 우울척도(Beck Depression Inventory: BDI)

객관적 스트레스 요인에 의한 결과로서 우울을 측정하기 위해 Beck(1967)에 의해 개발되고 이영호(1993)가 번안한 Beck의 우울척도(BDI)를 실시하였다. 총 21문항의 자기 보고식이며, 총점의 범위는 0~63점이다.

상태-특성불안척도의 상태불안 척도(State-Trait Anxiety Inventory-State: STAI-S)

객관적 스트레스 요인에 의한 결과로서 불안을 측정하기 위해 Spielberger, Gorsuch 및 Lushene (1970)이 개발하고 이영자(1996)가 변안한 상태-특성불안척도(STAI) 중 상태불안 척도(STAI-S)를 실시하였다. STAI-S는 총 20문항의 자기 보고식으로, 각 문항에 대한 동의의 정도를 4점 리커트 척도상에 표시하도록 되어 있다. 총점의 범위는 20~80점이다.

연구절차 및 자료분석

서울 소재 S대학병원 정신과 외래에 내원한 환자를 대상으로 치매 진단을 확정하고 함께 내원한 보호자가 주요 보호자임을 확인하였다. 이후, 환자를 대상으로 일대일 면담을 통해 K-MMSE, CDR 및 GDS를 실시하였으며, 주요 보호자를 대상으로 역시 일대일 면담을 통해 S-ADL, S-IADL을 실시한 후 R-MBPC, BI, S-SDQ, BDI, STAI-S 등으로 구성된 보호자용 검사 배터리를 구성, 시행하였다.

본 연구의 통계 분석은 SPSS 10.0 for WINDOWS를 사용하여 다음의 절차로 실시하였다. 첫째, R-MBPC, BI의 총점과 각 하위척도별 평균과 표준편차를 산출하였다. 둘째, 내적 일치도 검증을 위해 Cronbach's α 를 구하였으며, 총점과 하위척도 간의 Pearson correlation coefficient를 측정하였다. 또한, 무작위로 선정된 11명의 보호자를 대상으로 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도를 산출하였다. 셋째, 요인 구조를 확인하기 위해 최대우도법(Maximum Likelihood)을 사용하여 Oblimin 방법($\delta=0$)으로 회전한 탐색적 요인분석을 실시하였다. 단, R-MBPC:반응은 엄밀한 의미에서 객관적 스트레스에 대한 반응이므로 객관적 스트레스에 대한 요인 분석은 R-MBPC:빈도에 대해서만 실시하였다. 넷째, 두 척도의 수렴 타당도 및 변

별 타당도를 확인하기 위해 치매 환자의 인지 기능, 일상활동 기능 등 객관적 스트레스 요인 및 우울, 불안 등 스트레스 요인에 의한 결과 등의 변인을 측정하는 검사들과의 상관을 구하였다. 마지막으로, 치매 정도에 따라 보호자의 객관적 및 주관적 스트레스에서 유의미한 차이가 나타나는지 알아보기 위해, 일원변량분석을 실시한 후 유의미한 차이가 있는 경우 Scheffé 검증하였다. 치매의 정도는 CDR 수준과 연구대상의 수등을 고려하였는데, CDR 2와 3은 심한 기억장애, 사회적 판단력의 손상, 독립적인 외부 활동 불가능 등의 측면에서 중첩되는 동시에 중등도의 기억장애를 보이며 사회적 판단력의 손상이 없는 CDR 1과는 뚜렷하게 구분된다는 점에서 하나의 집단으로 간주하여 초기(CDR 0.5), 경도(CDR 1), 중등도 이상(CDR 2와 3)의 세 집단으로 분류하였다.

결 과

평균 및 표준편차

전체 연구대상에게 척도를 실시한 결과, R-MBPC:빈도의 총점 평균(표준편차)은 29.67(15.51)이었으며, 점수 범위는 1점에서 76점이었다. 또한, R-MBPC:반응의 총점 평균은 12.63(12.23)이었으며, 점수 범위는 0점에서 57점이었다. BI의 총점 평균은 29.28(17.39)이었으며, 점수 범위는 0점에서 75점이었다. R-MBPC와 BI의 총점 하위척도별 평균과 표준편차를 표 2에 제시하였다.

신뢰도

R-MBPC:빈도의 Cronbach's $\alpha=.90$ 이었으며, 문항

표 2. R-MBPC와 BI의 총점과 하위척도의 평균 및 표준편차 (N=128)

척도	문항번호	M	SD
R-MBPC: 빈도			
우울	12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	9.34	6.68
파괴적 행동	8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 24	5.49	5.25
기억관련 문제	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	14.84	7.93
총점		29.67	15.51
R-MBPC: 반응			
우울	12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	3.55	4.56
파괴적 행동	8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 24	3.70	4.61
기억관련 문제	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	5.38	5.79
총점		12.63	12.23
BI			
개인적 부담	1, 4, 5, 8, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21	16.58	8.75
역할 부담	2, 3, 6, 11, 12, 13	7.72	6.35
총점		29.28	17.39

주. R-MBPC=Revised-Memory and Behavior Problem Checklist; BI=Burden Interview.

별 문항-총점 상관은 $r(128)=.18$ (문항 14)에서 $r(128)=.64$ (문항 9)의 수준으로, 문항-총점 상관이 낮은 문항의 경우에도 제거되었을 때 전체 내적 일치도에는 변화가 없었다. 하위척도들의 Cronbach's α 는 .79(파괴적 행동)에서 .90(기억관련 문제)이었으며, 총점 및 하위척도들 간의 상관도 모두 $p=.01$ 에서 유의미한 수준인 등 전반적으로 비교적 높은 내적 일치도를 나타내었다. R-MBPC: 반응의 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었고, 문항별 문항-총점 상관은 $r(128)=.18$ (문항 15)에서 $r(128)=.71$ (문항 3)의 수준으로, 제거되었을 때 전체 내적 일치도를 뚜렷하게 높이는 문항은 나타나지 않았다. 하위척도들의 Cronbach's α 는 .79(파괴적 행동)에서 .90(기억관련 문제)이었고 총점 및 하위척도들 간의 상관도 모두 $p=.01$ 에서 유의미한 수준인 등 역시 내적 일치도가 비교적 높은 편

이었다(표 3). BI 총점의 Cronbach's $\alpha=.93$ 이었으며, 문항별 문항-총점 상관은 $r(128)=.18$ (문항 21)에서 $r(128)=.78$ (문항 12)의 수준으로, 전체 내적 일치도에 뚜렷하게 부정적인 영향을 미치는 문항이 나타나지 않았다. 개인적 부담, 역할 부담 하위척도의 Cronbach's α 는 각각 .83, .90이었으며, 총점 및 하위척도들 간의 상관도 모두 $p=.01$ 에서 유의미한 수준이었다(표 4).

이와 함께, 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도에 서, R-MBPC:빈도 총점에 대해 $r(11)=.91$, $p<.01$, 우울, 파괴적 행동, 기억관련 문제 하위척도에 대해 각각 $r(11)=.80$, .85, .97, $p<.01$,의 상관을 보여 시간의 경과에 대해서 비교적 안정적인 검사 임이 입증되었다. R-MBPC:반응 총점에 대해서는 $r(11)=.97$, $p<.01$, 파괴적 행동, 기억관련 문제 하위척도에 대해 각각 $r(11)=.95$, .97, $p<.01$,의 유의

표 3. R-MBPC의 내적일치도 및 척도 간 상관 ($N=128$)

R-MBPC	Cronbach's α	우울	파괴적 행동	기억관련 문제	총점
빈도		빈도			
우울	.85				
파괴적 행동	.79	.58**			
기억관련 문제	.90	.27**	.44**		
총점	.90	.76**	.81**	.78**	
반응		반응			
우울	.84				
파괴적 행동	.79	.53**			
기억관련 문제	.90	.45**	.53**		
총점	.91	.78**	.83**	.84**	
빈도		반응			
우울		.58**	.45**	.21*	.48**
파괴적 행동		.47**	.81**	.43**	.68**
기억관련 문제		.14	.37**	.56**	.46**
총점		.48**	.65**	.52**	.67**

주. R-MBPC=Revised-Memory and Behavior Problem Checklist.

* $p < .05$. ** $p < .01$.표 4. BI의 내적일치도, 척도 간 상관관계 ($N=128$)

BI	Cronbach's α	개인적 부담	역할 부담
개인적 부담	.83		
역할 부담	.90	.79**	
총점	.93	.96**	.91**

주. BI=Burden Interview.

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

미한 상관을 보였으나, 우울 하위척도에 대해서는 $r(11)=.15$, ns ,로 유의미하지 않았다. BI 총점에 대해 $r(11)=.93$, $p < .01$, 개인적 부담 하위척도, $r(11)=.93$, $p < .01$, 및 역할 부담 하위척도, $r(11)=.95$, $p < .01$,로 높은 검사-재검사 상관을 나타내었다.

요인분석

R-MBPC와 BI의 요인 구조를 확인하기 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다. 우선, R-MBPC:빈도의 경우 원척도에서 제시한 우울, 파괴적 행동, 기억관련 문제의 하위척도를 확인하기 위해 요인수를 3개로 지정하였으며, 그 결과를 표 5에 제시하였다. 3개 요인의 총 설명 변량은 48.37%였고, 모델의 적합도는 $\chi^2(207, N=128)=376.17$, $p < .01$ 이었으나 χ^2 값이 자유도의 두 배를 넘지는 않았다. 설명 변량 27.77%의 제 1요인은 기억관련 문제 하위척도의 문항들을 모두 포함하였다. 제 2요인은 12.62%의 설명 변량을 보였으며, 원척도의 우울 하위척도에 속하는 문항들이 다른 요인에 비해 높은 부하량을 보였다. 단, 원척도에서

표 5. R-MBPC의 요인형태계수 행렬

문항	요인1	요인2	요인3
1	.66		
2	.80		
3	.76		
4	.69		
5	.76		
6	.74		
7	.79		
8			.74
9		.43	.55
10			
11	.43	.44	.39
12	.43	.46	.44
13	.44		.47
14			.52
15			.70
16	.31	.51	.62
17		.64	
18		.78	.31
19		.65	
20		.76	
21		.70	
22		.74	
23		.55	
24	.37	.51	.68
설명변량	27.77	12.62	7.98
아이겐값	7.19	3.45	2.41

주. R-MBPC=Revised-Memory and Behavior Problem Checklist.

우울 하위척도에 속했던 문항 14(자해하거나 자살하겠다며 위협함)는 제2요인에 유의미한 부하량을 나타내지 않았다. 제3요인은 설명 변량 7.98%였으며, 파괴적 행동 하위척도의 문항들이 높은 부하량을 보였다. 단, 원척도에서 파괴적

표 6. BI의 요인형태계수 행렬

문항	요인1	요인2
1	.58	
2	.70	
3	.83	
4	.61	
5	.54	
6	.74	
7	.56	
8	.53	
9	.69	
10	.71	
11	.82	
12	.85	
13	.67	
14	.51	
15	.46	
16	.69	
17	.79	
18	.67	
19	.47	
20		.82
21		.80
설명변량	40.08	7.48
아이겐값	8.93	1.99

주. BI=Burden Interview.

행동 하위척도에 속한 문항 10(저녁에 자고 있는 가족들을 깨움)은 어떤 요인에도 유의미한 부하량을 나타내지 않았다. 요인간 상관은 .19에서 .29였다. BI의 경우 개인적 부담, 역할 부담의 하위 척도를 확인하기 위해 요인수를 2개로 지정하였으며, 그 결과를 표 6에 제시하였다. 2개 요인의 총 설명 변량은 47.56%였고, 모델의 적합도는 $\chi^2(188, N=128)=347.17, p<.01$ 이었으나 역시 χ

²값이 자유도의 두 배를 넘지는 않았다. 설명 변량 40.08%의 제1요인은 부담조사의 대부분 문항을 포함하였으며, 설명 변량 7.48%의 제2요인은 추가의 부양 제공과 관련된 2개 문항이 포함되었다. 두 요인간 상관은 .17이었다. BI의 경우, 추가적으로 주축분석법(Principal Axis Factoring)을 사용하여 Varimax 및 Oblimin으로 회전한 탐색적 요인분석을 실시한 경우에도 scree test와 요인 구조의 해석 가능성을 고려할 때 2개 요인이 적절한 것으로 나타났으며, 요인 구조도 크게 다르지 않았다.

타당도

R-MBPC, BI와 환자의 인지 기능, 일상생활 기능, 보호자의 정서 등 치매 환자 보호자의 스트레스 과정에 관여하는 변인들을 측정하는 검사들 간의 상관은 표 7에 제시되었다. R-MBPC와 BI 사이에는 총점과 하위척도들에서 모두 $p < .01$ 수준에서 유의미한 상관이 있었다. R-MBPC:빈도의 총점은 대부분의 검사들과 유의미한 상관을 보였으며, 우울 및 파괴적 행동 하위척도는 정서와 일상생활 기능을 측정하는 척도들과는 높은 상관을 보였으나 인지 기능을 측정하는 척도들

표 7. R-MBPC, BI와 다른 척도 간의 상관

척도	부담조사			인지 기능		일상생활 기능		정서	
	개인적 부담	역할 부담	총점	K-MMSE	GDS	S-ADL	S-IADL	BDI	STAI-S
R-MBPC: 빈도									
우울	.36 **	.34 **	.37 **	-.16	.13	.12	.24 **	.24 **	.15
파괴적 행동	.50 **	.52 **	.54 **	-.15	.25 **	.23 **	.37 **	.34 **	.25 **
기억관련문제	.33 **	.28 **	.33 **	-.36 **	.42 **	.16	.50 **	.04	.03
총점	.49 **	.46 **	.51 **	-.31 **	.36 **	.22 *	.49 **	.24 **	.17
R-MBPC: 반응									
우울	.31 **	.36 **	.34 **	-.05	.06	.03	.17	.20 *	.18
파괴적 행동	.48 **	.51 **	.54 **	-.15	.25 **	.20 *	.32 **	.27 **	.16
기억관련문제	.40 **	.39 **	.44 **	-.13	.30 **	.11	.32 **	.13	.18
총점	.49 **	.51 **	.54 **	-.13	.25 **	.14	.33 **	.24 **	.21 *
BI									
개인적 부담				-.21 *	.29 **	.38 **	.41 **	.45 **	.48 **
역할 부담				-.29 **	.43 **	.42 **	.51 **	.34 **	.42 **
총점				-.24 **	.35 **	.41 **	.46 **	.46 **	.49 **

주. R-MBPC=Revised-Memory and Behavior Problem Checklist; BI=Burden Interview; K-MMSE=Korean version-Mini Mental State Examination; GDS=Global Deterioration Scale; S-ADL=Seoul -Activities Daily Living; S-IADL=Seoul-Instrumental ADL; BDI=Beck Depression Inventory; STAI-S=State- Trait Anxiety Inventory- State.

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

과의 상관관계는 대체로 유의미하지 않았다. 반면, 기억관련문제 하위척도는 인지 기능을 측정하는 척도들과 높은 상관을 보였으나, 정서를 측정하는 척도들과는 유의미한 상관을 나타내지 않았다. R-MBPC:반응 총점은 GDS, S-IADL 및 BDI와 높은 상관을 보였으나, 객관적인 인지 기능의 지표인 K-MMSE와 S-ADL과는 유의미한 상관이 나타나지 않았다. BI의 경우, 총점 및 하위척도들에서 인지 기능, 일상생활 기능, 정서를 측정하는 점수들과 모두 $p < .01$ 수준에서 유의미한 상관을 나타내었다.

치매 정도에 따른 보호자의 스트레스 정도

치매 정도에 따른 R-MBPC와 BI의 평균에서의 차이를 검증한 결과가 표 8에 제시되었으며, R-MBPC:반응의 우울 하위척도를 제외한 R-MBPC와 BI의 총점과 하위척도 대부분은 치매의 정도에 따라 유의미한 통계적 차이가 나타났다. 세부적으로 살펴보면, R-MBPC:빈도의 총점, 기억관련 문제 하위척도, 파괴적 행동 하위척도 등에서 유의미한 집단간 차이가 나타났으며, R-MBPC:반응의 총점, 기억 관련 문제 하위척도, 파괴적 행동 하위척도 등에서도 집단간 유의미한 차이가 있었다. 이와 함께, BI의 총점, 개인적 부담 하위척도, 역할 부담 하위척도 모두에서 유의미한 집단간 차이가 나타났다. 사후분석의 결과에서는 초

표 8. 치매의 정도에 따른 보호자의 스트레스 정도 비교

척도	CDR 0.5 ¹		CDR 1 ²		CDR 2 이상 ³		F(2,125)	Scheffé
	M	SD	M	SD	M	SD		
R-MBPC: 빈도								
우울	7.21	6.40	10.15	6.12	10.68	7.22	3.37 [*]	
파괴적 행동	3.45	4.90	5.79	4.44	7.37	5.87	6.13 ^{**}	1<3
기억관련 문제	9.95	6.90	16.04	6.76	18.71	7.80	16.17 ^{**}	1<2,3
총점	20.61	13.98	31.98	11.59	36.76	16.92	14.06 ^{**}	1<2,3
R-MBPC: 반응								
우울	2.43	3.97	4.25	4.46	3.89	5.15	1.97	
파괴적 행동	2.31	3.83	3.54	3.97	5.45	5.59	4.96 ^{**}	1<3
기억관련 문제	2.57	3.12	6.52	6.20	7.05	6.47	8.33 ^{**}	1<2,3
총점	7.31	9.14	14.31	12.03	16.39	13.65	6.82 ^{**}	1<2,3
BI								
개인적 부담	11.54	8.34	17.38	7.44	21.14	8.04	14.67 ^{**}	1<2,3
역할 부담	3.33	3.89	8.43	6.11	11.81	5.91	24.81 ^{**}	1<2<3
총점	18.24	14.34	31.04	15.35	39.27	16.34	18.79 ^{**}	1<2,3

주. R-MBPC=Revised-Memory and Behavior Problem Checklist; BI=Burden Interview; CDR=Clinical Dementia Rating.

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

기 치매와 정도, 중등도 이상 치매 집단간 차이가 뚜렷하였으나, BI의 역할 부담 하위척도를 제외하고는 경도 치매와 중등도 이상 치매 집단간의 차이는 유의미하지 않았다.

논 의

R-MBPC와 BI는 현재 국내외적으로 가장 널리 쓰이고 있는 치매 환자 보호자의 스트레스 평가 도구이며, 치매 환자 보호자의 스트레스 과정에서 기본이 되는 일차적 스트레스 요인으로서 객관적 스트레스 요인과 주관적 스트레스 요인을 모두 평가할 수 있다는 장점이 있다. 본 연구의 목적은 두 척도의 심리 측정적 속성을 고려한 표준화 과정을 통해 국내의 치매 환자 보호자의 부담 및 스트레스의 특성을 논의하며, 향후 체계적인 스트레스 과정을 고려한 연구에 대한 초석을 마련하고자 하는 것이다.

본 연구에서는 R-MBPC와 BI를 치매 환자 보호자를 대상으로 실시하고, 총점 및 하위척도의 평균과 표준편차를 제시하였다. 두 척도를 사용한 국내 연구들에서는 많은 수의 보호자를 대상으로 평균을 제시하지 않았기 때문에 직접적인 비교가 어려울 것으로 생각되나, 제한적인 대상 이나마 두 척도를 실시한 국내 연구들에서 제시된 총점 및 하위척도의 평균은 본 연구에서 제시된 것과 크게 다르지 않았다(김윤정, 1993; 정현숙, 1998; 조소연, 2000). 그러나, 원척도가 개발될 당시에 제시된 평균과 비교해 보면, R-MBPC:빈도의 총점은 Teri 등(1992)의 연구에서 제시된 평균보다 4점 정도가 낮은 수준이었다. 특히, 기억 및 행동문제점검-개정판 반응의 경우에는 총점은 10점 이상, 하위척도들도 적게는 5점에서 많게는 15점까지 평균의 차이가 나타났

다. BI 총점의 경우에도 Gallagher 등(1985)의 연구에서 제시된 평균보다 4점 정도 낮은 수준이었다. 이는 두 척도가 모두 보호자의 보고에 의존하므로 편향된 결과를 낳을 수 있다는 측면에서 해석해야 할 것으로 생각된다. 즉, 두 척도의 총점 및 하위척도들의 평균이 원척도에서 제시된 것에 비해 전반적으로 낮은 수준을 보이며, 특히 R-MBPC:빈도의 차이에 비해 반응의 차이가 증폭되는 것은 나이가 들면 기억력이 떨어지고 몸이 쇠약해져 거동이 불편해지는 것이 당연한 과정으로 피할 수 없는 현상이며 노인은 당연히 신체적, 심리적으로 도움을 받아야 된다는 아시아 국가의 노인에 대한 관념을 반영한 것으로 보인다(김재민, 신일선, 윤진상, 2001; Ikels, 1998). 특히, 우리나라는 효윤리의 오랜 전통과 사회보장제도의 미비로 부모에 대한 의무 중 특히 부양에 관한 의무가 중요하게 고려된다는 점도 치매 환자 보호자들이 부양 부담 및 스트레스를 표현하는데 영향을 미치는 것으로 생각된다(임춘희, 1987).

R-MBPC와 BI의 신뢰도는 전반적으로는 만족할 만한 수준이었다. 세부적으로 살펴보면 R-MBPC와 BI의 총점 및 하위척도들의 Cronbach's α 가 .79에서 .93이었으며, 각 척도 내에서 총점과 하위척도들 간의 상관관계가 우수하여 동질성이 높은 검사임이 확인되었다. 단, R-MBPC:빈도의 14번 문항(자해하거나 자살하겠다는 위협함)의 경우 극단적인 우울 증상의 내용을 반영하며 총점 및 우울 하위척도와의 상관관계가 낮은 편이었으나, 문항이 제거되었을 때도 전체 및 하위 척도의 내적 일치도에 변화가 없었으며 치매 환자에 독특한 극단적인 우울 증상을 적절히 반영할 수 있는 것으로 판단되어 척도에 포함되었다. BI의 20번 문항(환자에게 더 많은 것을 해 줘야 한다고 느끼십니까?)과 21번 문항(환자를 돌보는 일을

더 잘할 수도 있었다고 느끼십니까?)도 낮은 문항-총점 상관을 보였으나, 두 문항을 제외한 나머지 문항들이 단일한 요인과 관련되어 나타나는 결과라고 생각된다. 또한, 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도가 총점 및 하위척도에 대해 대부분 우수한 수준으로, 이 시간 간격 내에서는 시간에 따른 개인차가 비교적 안정적으로 측정되는 것으로 나타났다. 그러나, R-MBPC:반응의 우울 하위척도는 검사-재검사 상관이 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우울 하위척도의 점수 범위가 협소하며, 치매 환자 보호자가 다른 증상에 비해 부담이 적은 우울 증상에 대하여는 주의 깊게 관찰하지 않았을 가능성도 고려해야 할 것으로 생각된다.

탐색적 요인분석 결과에서는 R-MBPC:빈도와 BI 모두에서 χ^2 이 $p < .01$ 수준에서 기각되고 있으나 자유도를 함께 고려할 때는 비교적 적절한 수준으로 요인모델의 적합도가 제한적인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우선 요인분석을 위한 사례수가 충분하지 않았다는 점에서 원인을 찾을 수 있을 것으로 보인다. 또한, R-MBPC:빈도의 경우 다양한 심각도를 지닌 행동들을 하나의 하위척도에 포함시키고 있는데, 망상, 환각, 무감동, 수면 장애 등 치매 환자들이 보이는 여타 증상들과 관련하여 파괴적 행동이나 우울의 하위척도에 포함된 경도의 혹은 중증도의 문제 행동을 선택적으로 나타낼 여지가 큰 점도 요인분석 결과에 영향을 미칠 수 있는 것으로 생각된다. BI의 경우에도 피험자들의 동질성을 명확히 확보하지 못했다는 점에서 요인분석 결과에 제한점이 있는 것으로 생각된다. 따라서 향후 사례수의 제한점을 해결하고 피험자의 동질성을 확보한 상태에서 망상, 환각, 무감동 등 치매 환자가 보이는 다양한 행동 증상들을 고려한 요인분석에 대한 추가적인 연구가 이루어져야 할 것으로 생

각된다. 그러나 반복적인 요인분석 결과에서 일관적으로 R-MBPC는 세 개, BI는 두 개의 요인이 확인되고 있으며, 특히 R-MBPC의 경우 심각성에 차이가 있으나 문항의 내용이 세 개의 하위척도와 비교적 명확하게 관련되고 있어 요인분석을 통해 원척도에서 제시한 하위척도를 확인하는데 큰 무리가 없어 보인다.

R-MBPC:빈도의 탐색적 요인분석 결과에서, 3개 요인의 총 설명 변량은 48.37%였으며, Teri 등(1992)이 원척도를 개발할 당시 3개 하위척도에 속하는 문항들이 대부분 확인되었다. 단, 원척도에서 우울 하위척도에 속했던 문항 14(자해하거나 자살하겠다고 위협함)는 본 연구에서 파괴적 행동 요인에 높은 부하량을 보였는데, 자해나 자살의 문항 내용은 우울의 증상에 속하는 것으로 간주되나 자해나 자살에 대한 위협에 초점을 둘 때는 파괴적 행동으로 이해될 가능성이 시사되어 주의가 요망되었다. 또한, 원척도에서 파괴적 행동 하위척도에 속했던 문항 10(저녁에 자고 있는 가족들을 깨움)은 본 연구에서 어느 요인과도 유의미한 부하량을 보이지 않았는데, 이 문항은 파괴적인 속성을 지닌 문제 행동으로서 고려되기 보다는 덜 위협적인 환자의 지남력 상실이나 수면의 어려움 등으로 해석될 여지가 더 큰 것으로 생각된다. 반면, 설명 변량 27.77%의 제1요인은 기억관련 문제 하위척도의 문항을 모두 포함하였는데, 이는 기억력 등 인지 기능상 저하가 가장 두드러진 문제인 치매 환자의 특성을 적절히 반영하는 것으로 보인다. BI의 탐색적 요인분석 결과에서, 2개 요인의 총 설명 변량은 47.56%였다. 그러나, 본 연구에서 BI의 요인 구조는 Gallagher 등(1985)이 하위척도를 구성할 당시의 문항들과 거리가 있었으며, 설명 변량 40.08%의 제1요인은 추가의 부양 제공과 관련된 2개 문항을 제외한 BI의 모든 문항을 포함하였다. 단, BI

의 하위척도는 Zarit 등(1980), Zarit와 Zarit(1987)가 원척도를 개발할 당시에 구성된 것이 아니기 때문에, 연구대상에 따른 차별적 요인 구조 등 하위척도의 타당성과 관련된 의문을 제기할 수 있을 것으로 보인다. 그러나, 불일치하는 결과를 고려할 때 더 중요한 점은 문화적 차이일 것으로 생각된다. 즉, 서구 문화에서는 세대간의 분리를 조장하기 때문에 자녀보다는 배우자가 부양 책임을 지는 비율이 높지만, 동양 문화권에서는 가부장제의 속성이 강조되면서 자녀가 부양 책임을 지는 비율이 높은 등 연구대상의 특성에서의 차이가 예상된다(권중돈, 1994). 이와 함께, 외국의 경우에는 여성과 노인도 사회적으로 생산적인 활동에 참여하는 비율이 높으며, 특히 여성의 경우 여러 가지 역할을 수행함으로써 남성에게 비해 역할 긴장을 경험할 가능성이 높다고 알려졌다(Stone, Cafferate, & Sangl, 1987). 그러나 여성과 노인의 사회적 활동 참여도가 비교적 낮고 주활동 영역이 가정과 관련된 영역으로 국한된 우리나라 상황을 고려할 때 역할 긴장과 관련된 연구대상의 특징에서 외국의 경우와 차이가 있을 것으로 생각되며, 실제로 연구대상의 반 이상인 73명이 주부 및 무직인 본 연구에서 부담조사의 하위척도인 개인적 부담과 사회적 역할 부담의 구분이 모호한 것은 당연한 결과로 사료된다. 따라서 부담 조사의 요인 구조와 관련된 문제점은 향후 더 탐색할 과제인 것으로 보이며, 이 때 연구대상 및 문화적 차이 등이 중요하게 고려되어야 할 것으로 생각된다.

타당도 연구 결과를 살펴보면, 두 척도가 환자의 인지 기능, 일상생활 기능, 보호자의 정서 등 치매 환자 보호자의 스트레스 과정에 관여하는 변인들을 측정하는 검사들과 통계적으로 대체로 유의미한 수준의 상관을 보여, 적절한 수준의 수렴 타당도가 확인되었다. 특히, 하위척도의 수준

에서 R-MBPC:빈도의 우울 및 파괴적 행동 하위척도는 정서와 일상생활 기능을 측정하는 척도들과 높은 상관을 보였으나 인지 기능을 측정하는 척도들과는 유의미한 상관을 나타내지 않았고, 기억관련 문제 하위척도는 인지 기능을 측정하는 척도들과 높은 상관을 보였으나 정서를 측정하는 척도들과의 상관이 유의미하지 않아 적절한 수렴 타당도와 함께 변별 타당도를 나타내는 것으로 생각된다. 이와 함께, R-MBPC:빈도, R-MBPC:반응, BI 사이에는 총점과 하위척도들에서 모두 유의미한 상관을 보여 ($p < .01$ 수준), 객관적 스트레스와 주관적 스트레스 사이의 밀접한 관련성이 시사되었다. 또한 주관적인 스트레스를 측정하는 BI는 총점 및 하위척도 모두가 인지 기능, 일상생활 기능, 보호자의 정서 등과 유의미한 상관을 보여 치매 환자의 부양과 관련된 전반적인 스트레스를 측정하고 있음을 나타내었다. 반면 객관적인 스트레스 측정치인 R-MBPC:빈도는 K-MMSE, S-ADL 및 보호자의 상태불안 척도와는 상관을 보이지 않았으며, 이는 치매 환자의 우울, 파괴적 행동, 기억관련 문제와 관련된 스트레스만 집중되어 평가하고 있음을 나타내고 있다. 이는 ‘치매 환자 보호자의 스트레스 모형(Pearlin et al., 1990)’에서와 같이, 치매 환자 보호자의 스트레스를 완벽하게 이해하기 위해서는 객관적 스트레스 요인인 환자의 행동상 문제, 인지 기능, 일상생활 기능, 그리고 주관적인 스트레스인 전반적인 부담을 함께 고려해야 함을 시사하고 있어, 객관적 스트레스 요인과 주관적 스트레스 요인의 개별적인 측정을 주장한 이전의 연구들을 간접적으로 지지하는 것이다(Lawton, 1983; Skaff et al., 1996; Stephens & Kinney, 1989).

CDR에 근거한 치매의 정도에 따라 집단을 구분하고, 집단에 따른 R-MBPC와 BI 총점 및 하위

척도들의 평균을 차이 검증한 결과에서는, 대부분의 총점 및 하위척도들에서 초기 치매 집단과 경도 이상의 치매 집단 간에 유의미한 차이가 나타났다. 또한, 경도의 치매 집단에 비해 중등도 이상의 치매 집단이 대부분의 총점 및 하위척도들에서 높은 수준의 평균을 보였으나, 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다. 이상의 결과는 치매 환자의 손상 정도가 심해짐에 따라 보호자의 부담 및 스트레스가 증가한다는 연구 결과를 일부 지지함과 동시에(Deimling & Bass, 1986; Pearson et al., 1988), 보호자가 스트레스 상황에 어느 정도 적응함에 따라 일정 단계 이상에서는 보호자의 부담 및 스트레스에 뚜렷한 차이가 없다는 연구 결과도 지지하는 것으로 생각된다(Lazarus & Folkman, 1984; Townsend et al., 1989). 단, 진단 시와는 달리 단일한 검사를 근거로 치매의 정도를 구분하였으며, 연구대상의 제한으로 인해 중등도의 치매와 심한 치매를 구분하지 않았으므로, 연구 결과를 확정적으로 해석하는 것은 무리일 것으로 보인다. 이와 함께, R-MBPC: 반응의 우울 하위척도에서는 집단간 차이가 나타나지 않았는데, 이는 보호자의 반응이 환자가 보이는 문제 행동의 빈도보다는 문제 행동의 유형에 의해 좌우된다는 것으로 설명될 수 있을 것이다(Teri et al., 1992). 즉, 파괴적 행동이나 기억관련 문제 하위척도와 비교할 때 우울 하위척도에서는 환자의 문제 행동의 빈도에 비해 반응 정도가 뚜렷하게 낮다는 점을 고려하면, 파괴성이 적고 보호자에게 요구적이지 않은 우울 행동에 대해서는 대부분의 보호자들이 상대적으로 적은 부담을 경험하며 뚜렷한 반응을 나타내지 않는 것으로 생각된다.

이상에서 R-MBPC와 BI의 신뢰도와 타당도를 확인하였으며, 그 과정에서 치매 환자 보호자와 관련된 임상 장면이나 연구에서 중요하게 고려

할 점을 언급하였다. 또한, 두 척도의 총점과 하위척도들의 평균 및 표준편차를 제시하였는데, 연구대상, 문화적 차이 등을 고려할 때 외국에서 개발된 척도를 사용하는 경우에는 본 연구와 같은 표준화 과정이 반드시 필요할 것으로 생각된다. 단, 본 연구에서는 주보호자의 기준을 설정하고 이에 맞는 보호자를 연구대상에 포함시키는 노력을 기울였으나, 이러한 노력으로 다양한 유형의 보호자를 대상으로 한 연구가 그 결과의 명료성을 해치는 경우가 많다는 비판을 완전히 피하기 어려울 것으로 보인다(Kramer, 1997; Schulz & Quittner, 1998). 따라서 향후 연구에서는 배우자, 며느리, 자녀 식으로 보호자의 유형을 나누는 수준을 넘어서, 배우자 유형에 따른 척도들의 심리 측정적 속성이나 특징을 밝히는 작업이 이루어져야 할 것으로 생각된다. 이 때, 성별, 학력 등 여타 보호자 변인에 대해서도 고려해야 할 것으로 보인다. 또한, 두 척도가 모두 보호자의 주관적인 보고에 의존한다는 점에서 편향된 결과를 낳을 수 있으므로, 해석 시 가족의 분열 정도, 부양과 관련된 사회적 생활 보호자의 특성 등도 통합적으로 고려돼야 할 것이며(Vitaliano et al., 1991), 이를 위해서는 구조화된 면접이나 직접적인 관찰 등의 보완 장치가 강구되어야 할 것이다. 무엇보다도, 본 연구의 목적이 향후 체계적인 스트레스 과정을 고려한 연구에 대한 초석을 마련하고자 하는 것이라는 점에서, 본 연구를 기초로 두 척도가 측정하는 객관적 및 주관적 스트레스 요인을 비롯한 치매 환자 보호자의 스트레스 과정을 포괄할 수 있는 평가 모델에 대한 검증이 이루어져야 할 것으로 보이며, 향후 이를 임상 장면에서의 효과적으로 활용하는 방안에 대해서도 적극 검토해야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

- 강연옥, 나덕렬, 한승혜 (1997). 치매 환자들을 대상으로 한 K-MMSE의 타당도 연구. *대한신경과학회지*, 15(2), 300-307.
- 구형모, 김지혜, 권의정, 김성환, 이형석, 고혜정, 안상미, 김도관 (2004). 일상활동평가 복합 (Seoul-Instrumental Activities of Daily Living: S-IADL)의 신뢰도 및 타당도 연구. *신경정신의학*, 43(2), 189-199.
- 권의정, 구형모, 이형석, 고혜정, 김지혜, 김도관 (출간중). 일상활동평가-기초 (Seoul-Activities of Daily Living: S-ADL)의 신뢰도 및 타당도 연구.
- 권중돈 (1994). 한국 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.
- 김윤정 (1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처 자원이 부양자의 부담 및 부양 만족감에 미치는 영향. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김재민, 신일선, 윤진상 (2001). 치매환자 부양자의 부양부담 결정인자. *신경정신의학*, 40(6), 1106-1113.
- 이신숙, 서병숙 (1993). 부양자스트레스 척도 개발에 관한 연구. *한국노년학회*, 13(1), 39-54.
- 이영자 (1996). 스트레스, 사회적 지지, 자아존중감과 우울 및 불안과의 관계. 서울여자대학교 박사학위논문.
- 이영호 (1993). 귀인양식, 생활사건, 사건귀인 및 무망감과 우울의 관계: 공변량 구조모형을 통한 분석. 서울대학교 박사학위 논문.
- 이영호, 강태민, 이상수, 김민걸, 안동성, 윤성환, 정청, 방남희, 이상경, 심주철, 김용관, 김영훈 (1998). 재가 치매 노인의 부양 부담과 정신병리 및 부양자의 사회적 서비스 욕구와의 관련성. *신경정신의학*, 37(6), 1292-1305.
- 임춘희 (1987). 분가한 도시 장남부부의 부양의식 유형. 고려대학교 석사학위논문.
- 정현숙 (1998). 치매노인 부양자의 치매관리전략과 정서적 적응성에 관한 연구. 전남대학교 석사학위논문.
- 조소연 (2000). 치매노인 부양자의 부양부담 및 가족 지지와 부양자의 정신건강과의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 최성혜, 나덕렬, 오경미, 박병주 (1999). 단축형 Samsung Dementia Questionnaire(S-SDQ)의 개발과 타당도 평가. *대한신경과학회지*, 17(2), 253-258.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3, 245-248.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Brody, E. M. (1985). Patient care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- Deimling, G. T., & Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(Suppl. 1), S53-S60.
- Folstein, M. F., & Folstein, S. E. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.

- Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gallagher, D., Rappaport, M., Benedict, A., Lovett, S., Silver, D., & Kraemer, H. (1985). Reliability of selected interview and self-report measures in family caregivers. Paper presented at the Annual Meeting of the Gerontological Society of America, New Orleans, LA.
- Gallagher-Thompson, D., & Powers, D. V. (1997). Primary stressors and depressive symptoms in caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health*, 1 (3), 248-255.
- George, L. E., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Haley, W. E., & Pardo, K. M. (1989). Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 4, 389-392.
- Ikels, C. (1998). The experience of dementia in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 257-283.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218-232.
- Larson, E. B., Kukull, W. A., Teri, L., McCormick, W. C., Pfanschmidt, M., van Belle, G., & Sumi, M. (1990). University of Washington Alzheimer's Disease Patient Registry(ADPR): 1987-1988. *Aging*, 2, 404-408.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's Disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 34, 939-944.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414.
- Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. In H. B. Kaplan(Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pearson, T., Verma, S., & Nellett, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist*, 28, 79-83.
- Potter, J. F. (1993). Comprehensive geriatric assessment in the outpatient setting: Population characteristics and factors influencing outcome. *Experimental Gerontology*, 28, 447-457.
- Pruchno, R. A., & Resch, N. L. (1989). Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: Mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology*, 44, S177-S182.
- Pruchno, R. A., Michaels, J. E., & Potashnik, S. L. (1990). Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology*, 45, S259-S266.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., DeLeon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for

- assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Schulz, R., & Quittner, A. L. (1998). Caregiving for children and adults with chronic conditions: Introduction to the special issue. *Health Psychology*, 17, 107-111.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Skaff, M. M., Pearlin, L. I., & Mullan, J. T. (1996). Transitions in the caregiving career: Effects on sense of mastery. *Psychology and Aging*, 11, 247-258.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Pal. Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stephens, M. A. P., & Kinney, J. M. (1989). Caregiver stress instruments: Assessment of content and measurement quality. *Gerontology Review*, 2(1), 40-54.
- Stone, R., Cafferate, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622-631.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379-388.
- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G., & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4, 393-401.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31(1), 67-75.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1983). Cognitive impairment. In P. M. Lewinsohn & L. Teri (Eds.), *Clinical Geropsychology*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1987). *The Memory and Behavior Problems Checklist-1987R and the Burden Interview (Technical report)*. University Park, PA: Pennsylvania State University.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1986). Dementia and the family: A stress management approach. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 103-105.
- Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutsellis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 225-232.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.

원고접수일 : 2004. 2. 4

게재결정일 : 2004. 10. 4

Measurement of stress in the caregivers of dementia patients: Reliability and Validity of the Revised-Memory and Behavior Problem Checklist and the Burden Interview

Hyoung Suk Lee ^{*} Doh Kwan Kim ^{**} Hye Jung Ko ^{***}
Hyoung Mo Ku ^{*} Eui Jung Kwon ^{****} Ji Hae Kim ^{**}

^{*}Samsung Biomedical Research Institute

^{**}Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine

^{***}Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Bundang Hospital

^{****}Yong-in Mental Hospital

Primary stressors, core variable in the model of the stress process in dementia patients' caregivers that Pearlin et al.(1990) proposed, are divided into objective stressors and subjective stressors, which are distinct and hypothesized to be differently related to patients and/or caregivers variables. The Revised-Memory and Behavior Problem Checklist(R-MBPC) measures objective stressors and the Burden Interview(BI) evaluates subjective stressors in dementia patients' caregivers. In this study, we translated the R-MBPC and the BI according to the Korean situation and tested the reliability and validity of the two scales. For this, two scales were administered to 128 dementia patients' caregivers. As a result, the internal consistencies of the R-MBPC:Frequency, the R-MBPC:Reaction and the BI were from .90 to .93, and the test-retest reliability were from .91 to .97. In addition, the correlations between the two scales and scales that assess patients' cognitive abilities, daily living abilities, and caregivers' emotions were suitable. Through factor analysis, it was confirmed that the R-MBPC is composed of three factors as presented in the original article, but it was suggested that the two factors of the BI in the original article has limitations in the Korean situation. Lastly, in the analysis for the caregivers' objective and subjective stress according to dementia severity, the significant difference between the mild dementia patient group and the moderate or severe dementia patient group was remarkable. The influence between the caregivers' characteristics and cultural background was discussed, and in the future, a comprehensive model for the stress process in the caregivers of dementia patients should be investigated.

Keywords : dementia, caregiver, stress, reliability, validity

부 록 1

기억 및 행동문제 조사-개정판 (Revised-Memory and Behavior Problem Checklist: R-MBPC)

다음은 환자가 보일 수 있는 기억 및 행동과 관련된 어려움들에 대한 목록입니다. 지난 일주일 동안, 환자가 다음의 어려움들을 보인 일이 있는지 생각해 보십시오. 만약에 그랬다면, 환자가 보이는 어려움 때문에 보호자가 얼마나 귀찮거나 화가 났습니까? 다음의 목록을 보고, 지난 일주일 동안 어려움이 나타난 횟수와 그에 대한 보호자의 반응을 표시해 주십시오.

우선, 점수에 해당하는 설명을 잘 읽어 주십시오.

횟수 0 = 지금까지 한 번도 없었다.

1 = 지난 일주일 동안에는 없었다.

2 = 지난 일주일 동안 1~2회 있었다.

3 = 지난 일주일 동안 3~4회 있었다.

4 = 매일 그런 행동을 보였다.

반응 0 = 전혀 귀찮거나 화가 나지 않았다.

1 = 아주 조금 귀찮거나 화가 났다.

2 = 조금 귀찮거나 화가 났다.

3 = 많이 귀찮거나 화가 났다.

4 = 아주 많이 귀찮거나 화가 났다.

아래의 질문에 빠짐없이 답해 주시기 바랍니다. 횟수와 반응 모두에 대해서 표시해 주십시오.

	횟 수					반 응				
1. 같은 질문을 반복해서 물어봄	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. 최근의 일(예를 들어, 신문이나 텔레비전에서 본 내용)을 기억하기 힘들	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. 과거에 있었던 중요한 일들을 기억하기 힘들	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. 물건을 잃어버리거나 엉뚱한 곳에 둠	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. 날짜나 요일을 잊어버림	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. 어떤 일을 시작은 하지만, 끝맺지 못함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. 한 가지 일에 집중하는 것이 어려움	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. 물건을 던지거나, 발로 차거나, 때려부숨	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. 보호자를 당황시키는 일을 함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. 저녁에 자고 있는 가족들을 깨움	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. 큰소리로 말하며, 빠르게 말함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. 불안해 보이거나, 걱정스러운 듯 보임	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. 환자 자신이나 다른 사람들에게 위험한 일이나 행동을 함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. 자해하거나 자살하겠다고 위협함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. 다른 사람에게 해를 입히겠다고 위협함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. 다른 사람에게 욕이나 과격한 말을 함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. 슬퍼 보이거나, 우울해 보임	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. 미래에 대한 희망이 없다는 느낌이나 슬픈 기분을 표현함 (예를 들어 "의미있는 일이 없다", "나는 어떤 일도 잘해낼 수 없다"고 말함)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. 소리내어 울거나, 눈물을 글썽임	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. 자신이나 다른 사람의 죽음에 대해 이야기함 (예를 들어, "인생이 살 가치가 없다", "차라리 죽는 게 낫겠다"고 말함)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. 외롭다고 말함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. 자신이 가치가 없다거나 다른 사람에게 짐이 된다고 이야기함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. 인생에서 이룬 것이 없다거나 실패한 것 같다는 느낌에 대해 이야기함	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. 쉽게 흥분하거나 화를 내며, 투정을 부림	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

부 록 2

부담조사 (Burden Interview: BI)

다음은 보호자들이 환자를 돌보면서 경험할 수 있는 느낌에 대한 질문입니다. 각 질문을 읽고, 질문의 내용과 같은 느낌이 얼마나 자주 있는가(전혀 그렇지 않다, 아주 가끔 그렇다, 가끔 그렇다, 자주 그렇다, 거의 항상 그렇다)를 표시해 주십시오. 질문에 대한 답에는 옳고 그름이 없습니다.

	전혀 그렇지 않다	아주 가끔 그렇다	가끔 그렇다	자주 그렇다	거의 항상 그렇다
1. 환자가 필요 이상의 도움을 요구하신다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
2. 환자와 함께 보내는 시간 때문에 자신을 위한 시간은 충분하지 않다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
3. 환자를 돌보는 일과 직장이나 가정에서의 책임 사이에서 스트레스를 받습니까?	①	②	③	④	⑤
4. 환자의 행동 때문에 당황스럽습니까?	①	②	③	④	⑤
5. 환자와 함께 있으면 화가 납니까?	①	②	③	④	⑤
6. 가족이나 친구들과의 관계에 환자가 부정적인 영향을 미친다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
7. 환자의 미래가 어떻게 될지 걱정됩니까?	①	②	③	④	⑤
8. 환자가 자신에게 의존적이라고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
9. 환자와 함께 있으면 긴장됩니까?	①	②	③	④	⑤
10. 환자를 돌보는 일 때문에 자신의 건강에 문제가 생겼다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
11. 환자 때문에 자신이 원하는 만큼 사생활을 갖지 못한다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
12. 환자를 돌보는 일 때문에 자신의 사회 생활에 어려움이 있다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
13. 환자 때문에 자신의 친구들을 집으로 부르는 것이 불편하다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
14. 환자가 자신에게만 의존하려는 것처럼 보이며, 다른 사람보다 자신이 돌봐주기를 원하는 것같이 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
15. 자신을 위해 쓰는 돈 이외에, 환자를 돌보는데 필요한 돈이 충분하지 않다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
16. 더 오랫동안 환자를 돌볼 수 없을 것 같다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
17. 환자가 병든 이후, 자신의 생활을 통제할 수 없다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
18. 환자를 돌보는 일을 다른 사람에게 맡기기를 바라십니까?	①	②	③	④	⑤
19. 환자에게 무엇을 해줘야 좋을지 모르겠다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
20. 환자에게 더 많은 것을 해줘야 한다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
21. 환자를 돌보는 일을 더 잘할 수도 있었다고 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤
	아주 조금	조금	보통	많이	아주 많이
22. 전반적으로, 환자를 돌보는 일을 얼마나 부담스럽게 느끼십니까?	①	②	③	④	⑤