한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2013, Vol. 32, No. 4, 853-874

치매노인 주부양자의 심리적 조호부담 경감을 위한 인지행동적 집단프로그램 개발: 예비연구*

이슬아 이미현 지연경 한지원 박재영 김태희 김기웅†

분당서울대학교병원 정신건강의학과

본 연구는 국내 치매노인 부양자들의 심리적 부양부담을 경감시키기 위한 인지행동적 집단프로그램을 개발하고자 하였다. 연구 참여자는 경기도 소재 대학병원 및 지역사회 정신건강센터에서 치매로 진단받은 환자들을 부양하는 가족부양자들이었으며, 개입 효과를 검증하기 위하여 사전, 사후, 추후평가를 하였다. 프로그램에 참여한 19명이 사전 설문지를 작성하였고, 프로그램 4회기를 종결한 후 사후 설문지를 작성한 참여자는 15명, 2개월 후 추후 회기를 마치고 추후 설문지를 작성한 참여자는 10명이었다. 참여자들에게는 단축형 자릿 부양부담평가척도(S-ZBI), Beck 우울 질문지(BDI), 상태불안질문지(STAI-Y), 부양행동척도(MCTS), 치매태도척도(DAS), 사회적 지지도 척도(MOS-SSS) 및 단축형 대처기술 설문(Brief COPE)을 사용하였고, 프로그램 개입 전, 후, 추후 효과를 검증하기 위해 반복측정 ANOVA와 대응표본 t-검정을 사용하였다. 연구 결과, 프로그램을 실시하기 전에 비해 부양부담의 하위 척도인 개인적 부담은 프로그램 종료 직후와 2개월 후에도 감소된 상태를 유지하였다. 그러나 부양부담, 우울수준 및 치매노인에 대한 잠재적 학대행동은 프로그램 종료 직후에만 유의하게 감소하였고, 스트레스에 대한 대처기술은 프로그램 종료 직후에만 유의하게 증가하였으며, 2개월 후까지 효과가 지속되지는 못하였다. 불안수준, 치매에 대한 태도, 사회적 지지에서는 사전, 사후, 추후 간에 유의한 변화가 관찰되지 않았다. 끝으로 본 연구의 의의와 제한점 및 추후 연구를 위한 제언을 논의하였다.

주요어 : 치매노인 부양가족, 부양부담, 우울, 불안, 인지행동프로그램

---

* 본 연구는 보건복지가족부 보건의료연구개발사업의 지원에 의하여 이루어진 것임.
(과제고유번호: HI09C1379(A092077)).

† 교신저자(Corresponding Author) : 김기웅 / 분당서울대학교병원 정신건강의학과 / 경기도 성남시 분당구 구미동 / Fax : 031-787-4058 / E-mail : kwkimmd@snu.ac.kr

치매는 고령화와 함께 유병률이 증가하는 대표적인 질환이다. 우리나라의 경우, 2011년에 이미 치매 환자수가 이미 50만을 넘었고, 향후 20년 마다 2배씩 증가하여 2030년에는 약 114만 명, 2050년에는 213만 명에 이를 것으로 추산된다(김기웅 등, 2008; Kim et al. 2011). 특히 치매는 아직 완치할 수 있는 치료법이 없는 진행성 뇌질환이기 때문에, 치매 환자를 돌보는 가족은 심각한 정신적, 신체적 부양 부담을 겪게 되고 심한 경우에는 가족 해체까지 유발할 수 있다(김기웅 등, 2008). 따라서 치매는 치매 노인이라는 겉으로 '드러난 환자(identified patient)'와 함께 부양가족이라는 '숨겨진 환자(hidden patient)'까지 2명 이상의 환자를 동시에 만들 수 있어 '가족병'이라 불리기도 한다(이성희, 2006).

실제로 많은 선행연구들에서 치매 환자를 부양하는 것이 가족 부양자의 삶의 질을 현저히 떨어뜨린다는 점이 검증되어 왔다(Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). 치매환자를 부양하는 과정에서 부양자는 계속적으로 지원해야 한다는 것에 부담감을 느끼며, 부양 서비스와 관련된 지식이나 자원이 부족해서 환자 보호와 관련된 복잡한 일들을 처리하지 못할 때 죄책감이나 허탈감을 느끼는 경우도 많다(Furlini, 2001). 또한 이러한 부양부담으로 인해 우울을 경험할 가능성도 커, 일반인에 비해 2~3배 정도로 우울증에 걸릴 확률이 높고, 가족 부양자의 1/3은 주요우울증 증상을 보이며 그 중 절반 이상이 만성적인 우울로 고통 받기도 한다(Epstain-Lubow, 2009). 이처럼 치매 노인 부양자들은 부양과정에서 다양한 부정 정서 및 부담감을 경험하고 이로 인해 신체 및 심리적 건강이 악화되는 바, 이들을 위한 치료적 개입이 절실하다(서경현, 천경임, 2009; 오은섭, 서경현; 2007; 이애숙, 김한곤, 2003; Brodaty & Green, 2002; Epstain-Lubow, 2009).

외국의 경우, 1980년대 중반 이후로 치매 노인의 부양자들을 위한 심리사회적 개입에 대한 여러 연구들이 진행되었으나(Broday, Green & Koschera, 2003), 우리나라의 치매 노인 지원 정책은 시설 보호에 치중되어 있고 가족을 위한 사회적 지원이나 개입은 미약한 수준에 머물러 있다(우종인, 2010). 또한 여전히 치매 노인들을 시설에 입소시키는 것에 대한 부정적인 시각이 남아있으며, 국내의 사회적 풍토에서는 가정 내에서 치매 노인을 부양하는 것이 자식의 도리이자 책임으로 여기는 바, 부양가족들의 스트레스는 해소되지 못한 채 치매 노인에게 부정적인 영향을 주고 있다(이윤로, 1999).

Bertrand, Fredman과 Saczynski(2006)에 따르면, 부양부담은 부양과제, 맡은 일과 같은 객관적인 측정치보다 대처전략, 외로움, 지각된 지지자원 등의 주관적 측정치와 더 높은 상관을 보인다. 이를 고려할 때 치매노인 부양가족에 대한 개입에서는 단순히 부양 방법을 교육하거나 부양과제를 줄이는 것보다는 대처 전략을 개발할 수 있도록 도와주거나 정서적인 측면에 개입하는 것이 더 효과적일 것으로 여겨진다. 2008년에 이루어진 국내의 치매 유병율 조사(김기웅 등, 2008)에서도 조호자의 73.6%가 조호에 부담을 느끼며, 이 중 가장 고통스러운 부분은 정신적인 부담(45.2%)이라고 보고되었던 바, 부양자들의 정서적이고 심리적인 부담감을 감소시키기 위한 개입이 매우 중요해 보인다. Cohen, Anderson과 Cairl(1998: 이은희, 윤가현, 이정숙, 2006에서 재인용)도 주부양자의 신념이 치매경과

중에 생기는 상황과 환경에 영향을 끼칠 뿐만 아니라 치매로 인한 요구에 얼마나 잘 대처하는지를 결정하는 강력한 요소라고 주장하여, 치매 노인 주부양자에 대한 인지행동 치료적 접근을 지지하고 있다. 이에 치매 노인 부양 가족의 조호 부담을 경감시키기 위해 Marriott, Danaldson, Tarrier와 Burns(2000)은 개별적인 접근 형태로 개발한 인지 행동 프로그램을 개발하였으며, 이를 국내에서는 이은희, 윤가현과 이정숙(2006)이 집단 상담 형식으로 수정하였다. 이은희 등(2006)의 연구에서 집단 형식의 인지 행동 프로그램 후에 통제집단에 비해 개입 집단의 부양부담, 우울 및 불안수준이 모두 유의하게 감소하여 치매 환자를 조호하는 가족들의 심리적인 부담을 감소시키는데 인지 행동 프로그램이 효과가 있음을 입증하였다.

따라서 본 연구는 치매 노인 부양가족들이 경험하는 심리적인 조호 부담을 경감시킬 수 있는 집단 프로그램 개발을 목적으로 하였으며, 이 때 선행 연구들에서 밝혀진 바와 마찬가지로 인지행동치료적 접근을 활용하고자 하였다. 치매 노인 부양가족을 대상으로 한 선행 연구들(김수영 김재우, 손수경, 민소영, 2007; 이은희, 윤가현, 2005; 김양이, 1999)에서 사용된 프로그램은 매주 1회기 7주 이상 진행되었으나, 실제 환자를 부양하고 있는 주부양자들은 매 회기에 모두 참석하기 어렵다는 제한점이 있다. 특히 가족 내에서 치매노인 주부양자의 80%가량은 치매 노인 부양 외에 가족의 주된 가사담당자로 하루 평균 5시간 정도 가사활동을 하는 경우가 많아(이성희, 1993: 김양이, 1999에서 재인용), 주부양자의 부양스트레스가 심각함에도 불구하고 치료적 개입을 받기 위해 정기적으로 치료프로그램에 참여하기는 어려운 실정이다. 실제로 치매 노인 부양자들을 대상으로 한 집단프로그램 연구에서 반 이상의 중도 탈락률을 나타낸 점을 고려할 때(김수영 등, 2007), 치매 노인 주부양자들을 대상으로 한 개입 프로그램에서는 가능한 한 최소의 개입횟수와 개입시간으로 효과적인 치료를 하는 것이 필요하다.

이에 본 연구에서는 가능한 최소의 개입횟수와 개입시간을 적용하여 조호자들의 현실적인 문제를 충분히 고려한 단기 개입 프로그램을 개발하고자 하였으며, 이를 통해서도 치매 노인 주부양자의 부양부담 및 심리적 불편감이 감소되는지를 살펴보고자 예비연구로 진행되었다. 아울러 개별 집단을 가족 내 위치가 동질적인 집단 구성원으로 구성하는 것을 통해, 보다 편안하고 공감적인 집단 분위기를 조성하여 프로그램의 효과를 극대화시킬 수 있도록 하였다. 또한 인지행동적 집단 프로그램이 조호 부담 및 부정적인 정서 외에도 치매환자에 대한 태도나 행동을 실제로 변화시키고 대처능력을 증진시키는 데에도 효과가 있는지 알아보고자 하였다. 아울러 노년층의 경우 젊은 층에 비해 인지치료적 접근의 효과가 적은 것으로 알려져 있지만(Cox & D'Oyley, 2011), 프로그램 성격 상 노년층의 참여가 많을 것으로 예상되는 바, 저연령층과 고연령층으로 집단을 구분하여 두 군간의 효과 차이를 확인하고자 하였다.

본 연구의 가설은 (1) 인지행동적 집단프로그램 실시 이전에 비해 실시 이후에 조호 부담, 부정적인 부양행동, 우울 및 불안이 감소되고, (2) 치매환자에 대한 긍정적인 태도와 스트레스에 대한 대처기술은 향상된다는 것이다.

방 법

참여자

연구 참여자는 경기도 소재 대학병원의 정신건강의학과 외래와 지역사회 정신건강센터에서 모집되었다. 치매로 진단 받은 노인들을 부양하는 부양자들을 대상으로 하였으며, 프로그램에 참여한 사람은 모두 19명(6집단)이었다.

프로그램에 참여하기 위해서는 프로그램의 활동을 수행할 수 있는 인지적 기능이 요구되었던 바, 집단원 선발 시 읽기 및 쓰기 능력을 고려하여 초졸 이상의 학력을 지닌 사람들

표 1. 프로그램에 참여한 치매노인 부양자와 부양대상(치매 노인)의 특성

		부양자				부양대상			
		성별	연령	교육	관계	성별	연령	진단	증상 심각도
집단 1	부양자1	여성	62	16	배우자	남성	67	AD	CDR=0.5, MMSE=24
	부양자2	남성	74	16	배우자	여성	66	AD	CDR=0.5, MMSE=24
	부양자3	남성	62	16	배우자	여성	56	AD	CDR=1, MMSE=13
집단 2	부양자4	여성	64	12	딸	여성	85	AD	CDR=0.5, MMSE=22
	부양자5	여성	34	16	딸	여성	66	DLBD	CDR=0.5, MMSE=24
	부양자6	여성	57	16	딸	여성	84	AD	-
집단 3	부양자7	남성	72	16	배우자	여성	71	AD	CDR=0.5, MMSE=20
	부양자8	남성	72	16	배우자	여성	66	DLBD	CDR=0.5, MMSE=24
	부양자9	여성	68	12	배우자	남성	73	VD	CDR=0.5, MMSE=25
집단 4	부양자10	여성	54	16	딸	여성	79	AD	CDR=1, MMSE=23
	부양자11	여성	55	12	딸	여성	74	AD	CDR=2, MMSE=7
	부양자12	여성	38	12	딸	여성	73	AD	CDR=1, MMSE=11
집단 5	부양자13	여성	42	12	며느리	여성	79	AD	CDR=0.5
	부양자14	여성	53	9	며느리	여성	75	AD	-
	부양자15	여성	54	9	며느리	여성	86	AD	CDR=2
	부양자16	여성	49	6	며느리	여성	73	AD	GDS=6
집단 6	부양자17	남성	68	15	배우자	여성	59	AD	MMSE: 14, GDS=5
	부양자18	여성	66	9	배우자	남성	70	PD	-
	부양자19	남성	73	6	배우자	여성	65	VD	-

AD=Alzheimer's Disease, DLB=Dementia of Lewy Bodies, PD=Parkinson's disease Dementia, VD=Vascular Dementia, CDR=Clinical Dementia Rating, MMSE=Mini-mental Status Examination, GDS=Global Deterioration Scale.

을 대상으로 하였다. 일차적으로 참여자들을 선발한 후에는 치매노인과의 관계를 고려하여 배우자 집단, 자녀집단, 며느리 집단으로 구분하여 보다 동질적으로 집단을 구성하고자 하였다. 프로그램에 참여한 치매노인 부양자와 치매노인의 특성은 표 1에 제시하였다.

치료 프로그램

프로그램 구성

인지치료는 우울 및 불안의 감소에 효과적일 뿐만 아니라, 최근에는 치매노인의 부양자들의 부양부담 및 부정정서 관리에도 효과적이라는 점이 검증된 바 있다(이은희, 윤가현, 2005; 이은희 등, 2006; Bertrand et al., 2006). 이에 본 연구에서도 인지치료를 활용하였으며, 개별 접근 방식 대신에 집단 상담 형식을 사용하였다. 집단 프로그램은 고립감을 감소시키고 자신과 동일한 위치에 처해 있는 다른 구성원의 효과적인 대처 방식을 모델링하게 도우며, 감정 표현에 허용적이라는 장점이 있었기 때문이다(Yalom, 1985). 또한 집단 상담 형식으로 진행되는 치료 프로그램은 사회적인 지지 기능을 갖기 때문에, 특히 사회적 지지가 부족한 치매노인 주부양자에게 효과적일 것이라고 판단하였다(Knight, Lutzky, & Macofsky-Urban, 1993). 본 프로그램에서는 이러한 집단 프로그램의 장점을 극대화하고, 부양대상과의 관계에 따라 주부양자가 경험하는 부양스트레스의 정도가 달라질 수 있다는 점(이신숙, 서병숙, 1993; 조맹제, 김진영, 2006)과 부양대상과의 관계에 따라 주부양자가 경험하는 정서 및 태도가 달라질 수 있다는 점(이윤로, 1999)을 고려하여 각 집단마다 집단원들의 가족 내의 위치를 동일하게 구성하였다(딸, 며느리, 배우자). 또한 이러한 동질적인 집단 구성은 서로의 입장을 더욱 공감할 수 있도록 돕기 때문에, 집단 구성원들이 프로그램 내에서 치매노인부양 상황에서 겪는 부정적인 기분, 생각을 보다 쉽게 개방적으로 표현할 가능성도 높아진다.

한편, 치매 환자를 돌보는 가족이나 간병인은 환자의 인지기능이나 일상활동의 감퇴로 인한 장애보다도 환자들이 보이는 비인지적인 이상활동, 즉 치매의 행동심리증상(behavioral and psychological symptoms of dementia, 이하 BPSD)으로 인해 더 심한 고통을 경험하는 것으로 보고되고 있다(조맹제, 김진영, 2006; Finkel, 2000). 따라서 본 프로그램은 상대적으로 짧은 회기 내에서 치매 노인 부양자들이 고통을 겪을 수 있는 치매노인의 BPSD에 대해 실제적이고 구체적인 예시를 제시하고 다룸으로써 집단원들의 몰입도를 높이고자 하였다. 이 때 집단원들에게 치매노인 부양 중 겪을 수 있는 괴로운 상황에 대한 공감을 이끌어내는 동시에, 집단원 스스로 수행해야 하는 본 활동을 방해하지 않도록 예시상황과 집단원들이 처한 문제 상황과의 중첩을 최소화하기 위하여, 본 프로그램에서는 BPSD 중 유병률이 가장 낮은 다행감(조맹제, 김진영, 2006)과 관련된 문제상황을 구성하여 활용하였다. 즉, 실제로 경험했을 가능성은 적지만 부양자들의 부정적 감정과 자동적 사고를 촉발할 수 있는 문제상황을 예시로 제공하고, 집단원들이 각자 자신이 경험한 문제상황에서의 감정(기분), 자동적 사고(스치는 생각)를 떠올릴 수 있도록 하였다.

회기 내용

이상의 내용들을 고려한 간략한 회기 내용

표 2. 치매노인 부양자를 위한 인지 행동적 집단 프로그램 개요

회기	회기명	내용
1회기	마음 나누기	오리엔테이션 및 자기 소개 이완훈련
2회기	마음 바라보기	인지모델 교육 자동적 사고 확인
3회기	마음 바로잡기	자동적 사고의 타당성 평가 대안적 사고 형성
4회기	마음 다지기	대안적 사고 형성 일상에 적용하기
추후회기	마음 유지하기	복습 및 일상에 적용하기

이 표 2에 제시되어 있다. 본 연구에서 개발 및 실시한 인지행동적 집단프로그램의 회기 내용은 다음과 같다.

1회기: 현재 치매환자를 부양하면서 겪고 있는 어려움, 집단프로그램에 참여하게 된 동기와 프로그램에 기대하는 바를 서로 나누었으며, 각 회기에 걸쳐 지속적으로 수행할 이완훈련을 교육하고 실습하였다.

2회기: 부정적인 사건과 관련된 사고, 감정, 행동의 관계를 설명하고, 스트레스에 대한 인지적 해석이 변화할 경우에 고통스러운 감정이나 괴로움이 경감될 수 있음을 강조하는 인지적 모델을 설명하였다. 이 때 학력이 낮거나 연세가 많은 분도 이해할 수 있도록 '해골에 담긴 물을 마신 원효대사 이야기'를 활용하여 같은 상황에 대해서도 생각에 따라 다른 감정이 느껴진다는 점을 보다 쉽게 전달하였다. 또한 치매환자를 부양하는 상황에서 발생하는 자동적 사고와 감정을 생생하게 다루기 위해, 치매환자의 문제행동과 관련된 예시 상황을 구체적으로 제시하여, 자동적 사고를 찾아내도록 하였다(표 3). 아울러 본 회기에서 배운 내용을 스스로 실습하도록 일주일동안 경험한 자동적 사고를 일기 형식으로 작성하는 것을 과제로 제시하였다.

3회기: 과제로 제시한 자동적 사고 기록지를 점검하고 집단원들과 내용을 공유하였다. 그 후 2회기에서 사용한 예시 상황을 기초로 하여, 자동적 사고의 인지적 오류를 교정할 수 있는 치료적 질문을 제시하면서 타당성을 평가하고, 보다 적응적이고 유용한 대안적 사고로 수정하도록 하였다. 또한 회기에서 배운 내용을 스스로 실습하도록 일주일동안 경험한 자동적 사고를 기록하고 대안적 사고를 만들어보도록 일기 형식으로 작성하는 과제를 제시하였다.

4회기: 과제로 제시한 기록지를 확인하고 내용을 공유하였다. 각자 작성해온 기록지를 바탕으로 치료자 및 다른 집단원들과 함께 대안적 사고를 만들었고, 앞으로 일상에서 적용할 수 있는 방법을 논의하였다.

추후회기: 4회기 종료 후 2개월(8주)째에 진행되었으며, 두 달 간 일상에서 프로그램 내용을 적용하면서 어려웠던 점이나 도움이 되

표 3. 치매환자의 문제행동(다행감)과 관련된 예시

문제상황 (사건)	치매에 걸린 시어머니와 함께 오랜만에 산책을 하다가 옆집 아주머니를 만나 잠시 이야기를 나누었다. 이야기를 나누다 정신을 차려보니 시어머니가 아래층 아주머니를 붙잡고 "뚱뚱한 게 꼭 돼지 같네."라고 이야기하면서 깔깔거리며 웃고 있다. 아래층 아주머니는 점차 기분이 나빠져서 당장 화를 낼 것처럼 얼굴이 붉게 달아올라 있다.
기분 (감정)	창피하고 부끄럽다. 당황스럽다.
스치는 생각 (자동적 사고)	창피해서 이제 동네를 어떻게 다니지? 다른 사람들이 날 보고 어떻게 생각하겠어? 어떻게 모시길래 저런 얘기나 하고 다닐 정도냐고 이야기하지 않을까? 이제 시어머니를 데리고 다니면 계속 날 보고 수군대겠지.

었던 점 등을 논의하였다. 인지 모델에 대해 간단히 재교육하고 실제 생활에 일반화할 수 있도록 재연습하였다.

측정도구

단축형 자릿 부양부담평가척도(Short Zarit Burden Inventory, S-ZBI)

부양과 관련된 심리적인 조호부담을 측정하는 자기보고형 검사로서, Zarit, Orr과 Zarit (1985)이 개발한 22문항을 12문항으로 단축한 Bédard 등(2001)의 척도를 사용하였다. 이 척도는 부양상황에서 느낀 부담과 관련된 12문항을 0~4점으로 평정하며, 개인부담 9문항, 역할부담 3문항으로 구성되어 있다. 단축형 척도는 원본과 .90 이상의 높은 상관을 보였으며, 일상생활기능 및 문제행동과의 상관도 유사하였다(Bédard et al., 2001). 한지원(2012)의 연구에서는 '비심리적 부담(nonpsychological burden)', '정서적 고통감(emotional distress)', '역할부담(role strain)'의 세 요인이 추출되었으며, 각 하위척도 별 내적 일관성은 .75~.91로 보고되었다.

부양행동평가(Modified Conflict Tactics Scale, MCTS)

지난 3개월 간 부양상황에서 나타나는 잠재적인 학대 행동을 평가하는 자기보고형 검사로서, Beach 등(2005)이 개발하였다. 심리적 공격성향 5문항, 신체적 공격성향 5문항, 총 10문항으로 구성되어 있으며, 0~4점으로 평가한다. 이 척도의 내적 일관성은 피부양자에게서 .69, 부양자에게서 .67로 나타났다(Beach et al., 2005). 국내에서는 치매 노인 실태 조사(2010)에서 사용되었으며, 국내 지역 사회 내 조호자의 평균±표준편차는 6.89±10.3으로 보고되었다.

치매태도척도(Dementia Attitudes Scale, DAS)

Carpenter, Balsis, Otilingam, Hanson과 Gatz (2009)에 의해 개발된 자기보고형 검사로서, 치매에 대한 지식, 감정, 행동을 1~7점으로 측정하는 20문항으로 구성되어 있다. 점수가 높을수록 치매에 대하여 긍정적인 태도를 지니고 있음을 의미한다. 이 척도의 내적 일관성은 .71, 검사-재검사 신뢰되는 .81, 반분신뢰도는 .55로 나타났다(Capenter et al., 2009:

Spector, Orrell, Schepers, & Shanahan, 2012에서 재인용). 국내에서는 치매 노인 실태 조사(2010)에서 사용되었으며, 국내 지역 사회 내 조호자의 평균±표준편차는 6.95±5.2로 보고되었다.

사회적 지지도 척도 설문(Medical Outcome Study Social Support Survey, MOS-SSS)

Sherbourne와 Stewart(1991)에 의해 개발된 자기보고형 검사로서, 현재 가용한 사회적 지지의 성격 및 강도와 관련된 19문항을 1~5점으로 평가한다. 본 연구에서는 Shin 등(2008)이 번안한 척도를 사용하였다. 본 척도는 정서적지지(4문항), 정보적지지(4문항), 실제적지지(4문항), 긍정적인 상호작용(4문항), 애정적지지(3문항)의 하위척도로 구성되어 있으며, 각 하위척도 별 내적 일관성은 .91 이상으로 보고되었다(Sherbourne & Stewart, 1991).

단축형 대처기술 설문(Brief COPE)

스트레스 상황에서 발휘하는 대처기술을 평가하는 자기보고형 검사이다. 본 척도는 Carver, Scheier와 Weintraub(1989)이 개발한 기존의 COPE 도구(60문항)를 간략화하여 단축형 28문항으로 재구성한 것으로(Carver, 1997), 본 연구에서는 주성아(2009)가 번안한 척도를 사용하였다.

본 척도는 문제중심적 대처, 정서중심적 대처, 역기능적 대처의 3가지 영역으로 구분된다. 각 영역에 대해 보다 자세히 살펴보면, 문제중심적 대처에는 '어떤 대책을 세워야 할지 곰곰이 생각한다', '나는 상황이 나아지도록 행동을 취한다' 등 문제에 대처하기 위해 실제적인 해결노력을 취하는 내용이 포함되어 있다. 정서중심적 대처에는 '나는 그 일이 일어났다는 현실을 받아들인다', '나는 그 문제와 함께 살아가는 법을 배운다'와 같이 문제를 있는 그대로 수용하는 내용과 함께 '나는 기도나 명상을 한다', '나는 다른 사람의 위안이나 이해를 받아들인다' 등 정서적인 안정을 꾀하는 내용이 포함되어 있다. 역기능적 대처는 다소 상이한 내용으로 구성되어 있는데, 명백하게 역기능적인 문항('기분이 나아지기 위해 술을 마신다', '나는 그 일이 일어났다는 사실을 믿기를 거부한다', '나는 자신을 비난한다') 외에도 부정정서 표현('나의 부정적인 감정을 표현한다', '나는 괴로운 감정에서 벗어나기 위해 무슨 말이든 한다'), 주의전환('나는 마음을 분산시키기 위해 일을 하거나 다른 활동을 한다', '나는 그것에 대해 덜 생각하기 위해 영화를 보러가거나 TV시청, 독서, 수면 등과 같은 무언가를 한다') 등 상황에 따라 유용할 수 있는 대처기술이 포함되어 있다.

본 척도는 각 스트레스 대처양식을 사용하는 정도를 1~4점으로 측정하며, 점수가 높을수록 해당 스트레스 대처양식을 많이 사용하는 것을 의미한다(주성아, 2009). 주성아(2009)의 연구에서 전체 척도의 신뢰도는 .90, 각 하위척도의 신뢰도는 .81~.84로 나타났다.

상태불안 질문지(State-Trait Anxiety Inventory Form Y, STAI-Y)

상태불안을 측정하는 자기보고형 검사로서 Spielberger, Gorsuch와 Lushene(1970)에 의해 개발되었다. 20개의 문항에 대해 0~3점으로 평가하도록 되어 있으며, 본 연구에서는 한덕웅, 이장호, 전겸구(1996)에 의해 번안된 척도를 사용하였다. 내적 일관성은 .92였으며, 검사-재검사 신뢰도 계수는 .41이었다(한덕웅 등, 1996).

Beck 우울 질문지(Beck Depression Inventory, BDI)

Beck(1967)에 의해 개발된 자기보고형 검사로서, 지난 2주 동안의 우울의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상과 관련된 21문항을 0～3점으로 평가한다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)에 의해 번안된 척도를 사용하였다. 내적일관성은 일반인 집단에서 .78, 우울환자 집단에서 .85로 보고되었다(이영호, 송종용, 1991).

연구절차 및 분석방법

프로그램은 4주간 매주 1회기, 90분 동안 진행되었으며, 2개월 후 추후 회기가 90분 동안 진행되었다. 프로그램의 효과를 평가하기 위하여 치매노인 부양자를 대상으로 본 연구의 목적을 설명하였고, 참여에 동의한 경우 1회기 시작 전에 사전 설문지를 작성하고 4회기 종료 후에 사후 설문지를 작성하도록 하였다. 또한 2개월 후 추후 회기를 마친 후에 추후 설문지를 작성하였다. 설문지 작성에는 대략 20～30분 정도가 소요되었다. 사전 설문지를 작성하고 프로그램에 모집된 집단원은 모두 19명이었다. 하지만 '환자를 보호할 대체 인력이 부족(1명)', '여행(1명)', '출산한 다른 가족을 돌보아야 함(1명)', '환자가 치매라는 것을 받아들이지 못하여 프로그램을 거부함(1명)'을 이유로 프로그램 중 4명이 중도 탈락하여, 사후 설문지는 15명이 작성하여 제출하였다. 또한 추후 회기에 '구체적인 이유를 밝히지 않은 채 불참(4명)'하거나 '참석은 하였으나 설문지는 작성하지 못한 채 귀가(1명)'한 참여자들이 있어, 추후 설문지는 10명이 작성하였다.

프로그램은 임상심리학 석사 졸업생으로 임상심리전문가 수련중인 2년차와 3년차가 주치료자로 진행하였고 매 회기는 녹화되어 임상심리전문가와 정신건강의학과 의사에 의해 슈퍼비전을 받았다. 프로그램 개입의 사전, 사후, 추후측정 간 차이가 있는지를 검증하기 위하여 반복측정 분산분석(repeated measure analysis of variance: repeated measure ANOVA)을 시행하였고, 각 시행 별 변화 양상을 구체적으로 살펴보기 위해, 사전-사후, 사후-추후, 사전-추후 간 대응표본 *t*-검증(paired *t*-test)을 추가적으로 시행하였다. 또한 프로그램 참여자의 연령에 따른 차이를 분석하기 위하여, 배우자 집단(고연령층)과 자녀 및 며느리 집단(저연령층)으로 구분하여 반복측정분산분석을 시행하였다. 모든 자료는 SPSS Windows 17.0으로 분석하였다.

결 과

참여자 특성

본 연구에 참여한 치매노인을 조호하는 부양자의 인구통계학적 특징과 치매노인의 진단에 대한 빈도분석 결과를 표 4에 제시하였다. 부양자들은 여성 부양자(N=13, 68.4%)가 남성 부양자(N=6, 31.6%)에 비해 높은 비율을 차지하고 있었다. 또한 부양자의 평균 연령은 58.8세(표준편차=11.95)이고 평균 학력은 12.7년(표준편차=3.54)이었다. 학력 분포는 고졸 이상(N=9, 47.4%)이 가장 많았고 그 다음은 고졸(N=5, 26.3%), 중졸(N=3, 15.8%), 초졸(N=2, 10.5%) 순으로 나타났다. 가족 부양자와 치매 노인과의 관계를 살펴보면 배우자

표 4. 가족 부양자의 인구사회학적 특징과 치매노인 진단 빈도분석결과

구분		사례수(명)	%
성별	남자	6	31.6
	여자	13	68.4
치매노인과의 관계	배우자	9	47.4
	자녀 (딸. 며느리)	10명 (딸=6, 며느리=4)	52.6 (딸=31.6, 며느리=21.1)
학력	초졸	2	10.5
	중졸	3	15.8
	고졸	5	26.3
	고졸 이상	9	47.4
치매 노인 진단	알츠하이머 치매	15	78.9
	혈관성 치매	1	5.3
	파킨슨 치매	1	5.3
	레비소체 치매	2	10.5

(N=9, 47.4%)가 가장 많았고 그 다음은 딸(N=6, 31.6%), 며느리(N=4, 21.1%) 순으로 나타났다.

4회기 전의 중도 탈락자(N=4)와 프로그램을 4회기까지는 모두 끝까지 마친 사람들(N=15)간에는 나이, 학력, 성별 등의 인구학적 특성과 치매 환자와의 관계, 조호하고 있는 치매 환자의 진단 및 치매 심각도 등의 치매 환자의 특성에 유의미한 차이가 없었다. 하지만 DAS 척도에서는 중도 탈락자들이 유의미하게 더 낮은 점수를 보인 바(평균±표준편차: 중도 탈락자=72.00±8.8, 끝까지 참석한 사람=89.73±17.4, p=0.018), 여러 가지 개인적인 사정을 고려하더라도 치매에 대한 긍정적인 태도가 적은 사람들이 프로그램에서 더 쉽게 중도탈락된 것으로 보인다.

프로그램 효과 검증

프로그램의 효과를 평가하기 위해 치매노인 부양자들의 부양부담, 부양 시 공격적 행동, 치매에 대한 태도, 대처 양식, 사회적 지지, 불안 및 우울 변인에 대한 프로그램 사전, 사후, 추후 검사점수를 비교하였다. 사전, 사후, 추후검사의 시기별 평균차이가 유의미한 수준인지를 검증하기 위하여 각 종속변인에 대해 반복측정 분산분석(repeated measure ANOVA)을 실시하였다(표 5). 또한 시간에 따른 변화의 양상을 확인하기 위해 추가적으로 대응표본 t-검정(paired t-test)을 사용하였다(표 6).

우선 부양부담을 측정한 S-ZBI에서는 하위척도인 개인부담 점수에서 프로그램 사전, 사후, 추후 측정 간 유의미한 차이가 발견되어, 개인적인 부양부담이 감소한 것으로 보인다

표 5. 프로그램 집단의 사전, 사후, 추후 검사 점수에 대한 반복측정 분산분석

	제곱합	자유도	평균제곱	*F*
S-ZBI	150.222	1	150.222	4.280
개인 부담	150.222	1	150.222	7.665*
역할 부담	3.556	1	3.556	.553
MCTS	10.000	1	10.000	.145
심리적 공격	.400	1	.400	.015
신체적 공격	6.400	1	6.400	.491
DAS	280.056	1	280.056	4.742
MOS-SS	14.019	1	14.019	.141
BCOP	352.889	2	176.444	4.798
문제중심적 대처	.889	1	.889	.337
정서중심적 대처	12.500	1	12.500	2.222
역기능적 대처	16.056	1	16.056	2.198
STAI	109.407	2	54.704	1.925
BDI	37.852	2	18.926	1.459

S-ZBI= Short Zarit Burden Inventory, MCTS= Modified Conflict Tact ics Scale, DAS= Dementia Attitudes Scale, MOS-SS= Medical Outcome Study Social Support Survey, BCOP= Brief COPE, STAI= State-Trait Anxiety Inventory Form Y, BDI= Beck Depression Inventory

*p < .05

(F[1, 9]=7.665, p<.05). 전체 총점이나 역할부담 하위척도 점수에는 시기에 따른 차이가 유의미하지 않았다(S-ZBI 총점: F[1, 9]=4.280, p=.072; 역할부담: F[1, 9]=0.553, p=.478). 시기에 따른 부양 부담 점수의 변화를 대응표본-t 검정 결과를 통해 구체적으로 살펴보면, 프로그램 개입 직후에는 개입 이전에 비해 전체적인 부양부담이 감소되었으나(사전-사후: t(14)=2.434, p<.05), 사전 평가와 사후 평가에는 유의미한 차이가 없어, 프로그램 효과가 두 달 후까지 지속되지는 않았던 것으로 보인다. 역할 부담 점수는 사전-사후, 사후-추후, 사전-사후 비교에 유의미한 차이가 없어 프로그램의 효과가 나타나지 않았다. 개인 부담은 사전-사후, 사전-추후 비교 시에 유의미한 차이를 보이고 있어, 프로그램 종료 후 나타난 개인 부담 감소가 두 달 후까지 지속되고 있는 것으로 보인다(사전-사후: t(14)=3.002, p<.05; 사전-추후: t(9)=2.661, p<.05).

주부양자의 치매 노인에 대한 공격적인 태도를 측정하는 MCTS의 반복측정 분산분석 결과, 프로그램 사전, 사후, 추후 측정 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다(MCTS 총점: F[1, 5]=.145, p=.722; 심리적 공격: F[1, 5]=.015,

표 6. 프로그램 집단의 사전, 사후, 추후 검사 점수에 대한 대응표본 *t* 검정결과

	사전[a] (n=19)	사후[b] (n=15)	추후[c] (n=10)	*t*		
	M±SD	M±SD	M±SD	a-b	b-c	a-c
S-ZBI	29.47±10.44	24.87±7.90	23.60±8.86	2.434*	0.731	2.028
개인 부담	22.84±8.62	18.80±6.59	16.80±7.90	3.002*	1.398	2.661*
역할 부담	6.79±2.80	6.07±1.83	6.80±1.93	1.120	-0.857	0.744
MCTS	10.47±11.39	3.75±5.15	10.60±19.56	2.909*	-0.828	0.000
심리적 공격	4.58±3.66	2.75±3.33	3.80±5.55	2.393*	-0.347	0.488
신체적 공격	1.47±2.14	0.25±0.71	1.70±3.53	3.000*	-1.000	-0.172
DAS	86.00±17.42	94.60±20.49	96.50±16.64	-1.176	0.506	-2.217
MOS-SS	56.72±17.92	74.01±16.67	73.68±17.06	-1.849	0.172	-0.664
BCOP						
문제중심적 대처	10.58±3.93	12.40±3.50	11.70±3.62	-2.559*	1.925	-0.854
정서중심적 대처	16.00±4.53	18.60±4.63	18.60±5.62	-3.251**	1.620	-1.921
역기능적 대처	11.21±4.58	12.67±5.09	10.10±5.53	-2.306*	2.269	1.812
STAI	23.32±8.70	21.47±10.80	17.30±8.53	0.842	1.436	1.346
BDI	11.16±9.87	7.73±8.11	7.20±6.25	2.568*	0.854	1.168

S-ZBI= Short Zarit Burden Inventory, MCTS= Modified Conflict Tact ics Scale, DAS= Dementia Attitudes Scale, MOS-SS= Medical Outcome Study Social Support Survey, BCOP= Brief COPE, STAI= State-Trait Anxiety Inventory Form Y, BDI= Beck Depression Inventory

*p < .05 **p < .01

p=.908; 신체적 공격: F[1, 5]=.574, p=.491). 대응 표본 t-검정 결과를 통해 시기에 따른 치매 노인에 대한 태도 변화를 구체적으로 살펴보면, 사전 평가에 비해 사후 평가에서 전반적인 공격 정도가 감소하였는데(t(14)=2.909, p=<.05), 심리적 공격(t(14)=2.393, p=<.05)과 신체적 공격(t(14)=3.000, p=0.020<.05) 모두 감소하였다. 하지만 사전 평가와 추후 평가에서 유의미한 차이를 보이지 않아, 프로그램의 효과가 두 달 간 지속되지는 않은 것으로 볼 수 있겠다.

주부양자의 치매에 대한 태도를 측정한 DAS에서는 반복측정 분산분석, 대응표본 t-검정에서 모두 사전 평가, 사후 평가, 추후 평가의 차이가 유의미하지 않아, 치매에 대한 태도가 변화되지는 않은 것으로 보인다(DAS 총점: F[1, 9]=4.742, p=.061). 하지만 통계적으로 유의미하지는 않으나, 반복 측정 분산분석에서 사전 평가에 비해 추후 평가의 평균 점수가 증가하는 경향성을 보이고 있어, 프로그램 개입 이후 치매에 대한 긍정적인 태도가 늘어나고 있을 가능성을 고려해볼 수

있겠다.

주부양자의 사회적 지지를 측정한 MOS-SS에서도 반복측정 분산분석, 대응표본 *t*-검정에서 모두 사전 평가, 사후 평가, 추후 평가의 차이가 유의미하지 않았던 바, 주부양자가 지각한 주변의 지지는 변화가 없었던 것으로 보인다(MOS-SSS 총점: F[1, 5]=.141, *p*=.727).

주부양자의 스트레스에 대한 대처능력을 측정한 BCOP의 반복측정 분산분석 결과, 대처기술 총점, 문제중심적 대처, 정서중심적 대처, 역기능적 대처에서 모두 프로그램 사전, 사후, 추후 측정 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다(BCOP 총점: F[1, 9]=.013, *p*=.913; 문제중심적 대처: F[1, 9]=.337, *p*=.578; 정서중심적 대처: F[1, 9]=2.222, *p*=.174; 역기능적 대처: F[1, 9]=2.198, *p*=.176). 그러나 대응 표본 *t*-검정을 통해 시기에 따른 대처기술 변화를 구체적으로 살펴보면, 문제중심적 대처($t(14)$=-2.559, $p<.05$), 정서중심적 대처($t(14)$=-3.251, $p<.001$), 역기능적 대처 점수($t(14)$=-2.306, $p<.05$)가 사전 평가에 비해 사후 평가에서 증가한 것으로 나타났다. 즉, 스트레스에 대한 대처 능력은 프로그램 직후에는 전반적으로 증가되는 것으로 보인다. 하지만 사전 평가와 추후 평가를 비교할 때 문제중심적 대처, 정서중심적 대처, 역기능적 대처는 모두 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않아 프로그램 종료 후에 즉각적으로 보인 대처 능력의 변화가 2달 후까지 지속되지는 않는 것으로 보인다. 그러나 비록 통계적으로 크게 유의미한 차이는 없지만, 정서중심적 대처 항목에서는 점수 상 사후에 증가된 점수가 추후에서도 변화하지 않았고 사전 평가에 비해 추후 평가에서 증가되어 있는 경향성을 보인다($t(9)$=0.087, *p*=.087). 이러한 결과를 고려할 때, 프로그램 후 두 달이 지난 상태에서는 모든 대처기술이 사전 평가 시점과 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않으나, 정서중심적 대처는 프로그램 종료 후 두 달간 지속되는 경향성을 고려해볼 수도 있어 보인다.

주부양자의 불안감을 측정한 STAI는 반복측정 분산분석, 대응표본 *t*-검정에서 모두 사전 평가, 사후 평가, 추후 평가의 유의미한 점수 변화는 나타나지 않아, 시기에 따른 불안감의 감소는 나타나지 않았다(F[1, 9]=2.856, *p*=.130).

주부양자의 우울감을 측정한 BDI에 대한 반복측정 분산분석 결과, 프로그램 사전, 사후, 추후 측정 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다(F[1, 9]=3.115, *p*=.116). 그러나 대응 표본 t-검정을 통해 시기에 따른 우울감의 변화를 구체적으로 살펴보면, 사전 평가에 비해 사후 평가의 점수가 유의미하게 감소하였으나($t(14)$=2.568, $p<.05$). 사전 평가와 추후 평가의 차이는 유의미하지 않았다. 따라서 프로그램 직후에 나타난 우울감의 감소는 2달 후까지는 지속되지 않는 것으로 보인다.

마지막으로, 고연령층(N=9)과 저연령층(N=10)의 프로그램 효과 차이를 비교하기 위한 반복측정 분산분석 결과, 대부분 측정치에서 유의미한 차이는 발견되지 않았다($p>.05$). 그러나 STAI에서 유의미한 차이가 나타났는데(F[1, 7]=5.520, *p*=.044), 이는 추후 평가 시에 고연령층의 STAI 점수가 저연령층에 비해 유의미하게 낮았기 때문이다(평균±표준편차: 고연령층=10.75±8.54, 저연령층=21.67±5.47, *p*=.037). 즉, 고연령층과 저연령층에서 프로그램 효과 차이는 나타나지 않았으며, 고연령층은 저연령층에 비해 프로그램 종료 2달 후까지 불안감의 저하가 지속된 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 치매노인을 부양하는 주부양자들의 부양부담 경감을 목적으로 하여 인지 재구조화, 이완훈련을 사용한 인지행동 집단 프로그램을 개발하기 위한 예비 연구로 진행되었으며, 프로그램 실시 이전과 이후에 치매노인 조호자들의 조호 부담, 치매 노인에 대한 태도, 조호 시의 공격적 행동, 사회적 지지, 스트레스 대처 기술, 우울 및 불안의 부정정서가 유의하게 변화하는지를 확인하고자 하였다.

본 프로그램에 참여한 집단원은 치매 노인 부양자의 특성과 관련한 기존 결과(조맹제, 김진영, 2006)와 유사하게 남성에 비해 여성이 많았으며 자녀나 며느리보다 배우자가 많았다. 또한 여기에는 프로그램이 평일 낮 시간에 시행되고 매주 1회기씩 진행이 되었기 때문에 경제활동을 주로 하고 있는 자녀, 특히 아들의 참여가 어려웠던 영향도 다소 있어 보인다. 프로그램에 참여한 집단원의 평균 연령도 선행 연구와 유사한 58.8세인데(조맹제, 김진영, 2006), 이는 집단원에 배우자들이 다수 포함되어 있기 때문으로 여겨진다.

프로그램에 참여한 대상자는 모두 19명이었으나 다양한 개인적인 사정으로 인해, 사후평가에는 15명이 참여하였으며 2달 뒤인 추후평가에는 10명만이 참여하였다. 중도탈락자와 추후평가까지 모두 참석한 사람들 간에 인구통계학적인 특성이나 조호하고 있는 치매 환자의 특성에는 유의미한 차이가 없었으나, 중도 탈락자들이 그렇지 않은 사람들에 비해 DAS 척도에서 유의미하게 낮은 점수를 보였다. 이는 중도 탈락자들이 치매에 대한 지식이 적고 치매에 대해 긍정적인 태도를 갖지 못하였음을 의미한다. 따라서 중도 탈락자를 줄이기 위해서는 프로그램 사전에 치매에 대한 교육을 통해 치매에 대한 올바른 지식과 긍정적인 태도를 길러줄 필요성이 시사된다. 이는 추후 본 프로그램을 수정 및 보완할 때에 중요하게 고려해야 할 점으로 생각된다.

프로그램의 개입 효과에 대한 반복측정 분산 분석 결과, 여러 측정치 중에서 S-ZBI 내의 역할 부담은 변화가 없었으나 개인적인 부양부담만이 유의미하게 감소하는 것으로 나타났다. 즉, 프로그램 개입 이후, 개입 이전에 비해 치매노인 부양자들이 부양자로서의 역할에 대해 갖는 부담은 변화하지 않았으나 개인적인 부양부담감이 감소하였으며 2달 뒤까지 감소된 상태가 유지되는 것으로 나타났다. 프로그램 개입 이전에 비해 개입 후에 부양 부담이 감소하였다는 점은 이전 연구 결과(김양이, 1999; 유은정, 2002; 이은희 등, 2006)들과 일치하는 것으로 생각된다. 비록 통제집단이 부재하여 현재 보이는 개인적인 부양 부담의 감소가 프로그램의 영향인지, 동질적인 상황에 처해있는 사람들이 일정시간 모여 지지를 받았던 영향인지를 객관적으로 입증하는 데에는 제한이 매우 크지만, 여러 가지 측정치 중에서 본 프로그램에서 가장 목표로 하였던 부양부담이 감소하였다는 점을 고려할 때 치료자들이 원하는 방향으로 대상자들이 변화하였다고 생각해볼 수 있겠다. 또한 치매가 점진적으로 악화되는 질병임을 고려할 때, 프로그램이 진행되는 동안 조호대상인 치매 환자의 상태가 프로그램 사전과 유사하거나 악화되었을 가능성이 있음에도 조호자의 부담감이 감소하였다고도 볼 수 있다. 여기에는 주부양자의 가족 내 위치를 일치시켜 집단 구성의 동질성을 높였던 점과 BPSD 증상을 활용하여 몰입도 및 공감을 높였던 점이 장점으로 작용했을

것으로 예상된다. 따라서 직접적으로 비교할 수 있는 통제집단은 없었지만 본 프로그램이 조호자들에게 긍정적인 영향을 주었던 것으로 보이며, 이는 추후 통제집단과의 비교 연구를 통해 프로그램의 효과를 직접적으로 확인해볼 수 있음을 기대하게 한다.

프로그램의 개입 효과에 대해 좀 더 세부적으로 분석해보기 위하여 대응표본 *t*-검증을 통해 사전-사후, 사후-추후, 사전-추후의 측정치의 변화를 살펴보았다. 그 결과, BDI는 프로그램 직후에는 사전에 비해 유의미하게 감소하였으나 사전 평가와 추후 평가에는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 따라서 프로그램 직후에 나타난 변화가 2달 후까지는 지속되지 않는 것으로 보인다. 프로그램 개입 이후에 우울감이 감소하였다는 점은 국내의 선행 연구(김양이, 1999; 유은정, 2002; 이은희 등, 2006)의 결과와 유사하나, 우울감의 감소가 장시간 유지되지 않았다는 점에서 선행 연구들과 불일치하는 면이 있다. 더욱이 추가 분석을 통해 BDI의 변화와 S-ZBI의 개인 부양 부담의 상관관계를 확인해본 결과, 두 측정치 간의 상관관계는 나타나지 않아 개인 부양 부담의 변화와 우울감의 변화의 관련성은 크지 않은 것으로 보인다. 즉, 프로그램을 통해 개인 부양 부담감은 감소하였으나 장기적이고 지속적인 정서 변화까지 이끌어내기에는 프로그램의 개입 효과가 부족하였을 가능성을 시사한다. 하지만 사전-추후, 사후-추후 간 통계적인 차이가 유의미하지는 않았으나 BDI의 사후 평가와 추후 평가의 평균 점수가 유사한 수준(약 7점)이었음을 볼 때, 평균에 비해 표준편차가 큰 영향으로 통계적인 차이가 나타나지 않았을 가능성도 고려해볼 수 있다. 따라서 추후 프로그램의 참여자를 늘리고 통제 집단과 비교해본다면 긍정적인 효과를 나타낼 가능성도 기대해 볼 수 있을 것으로 생각된다.

STAI는 프로그램 개입의 효과가 나타나지 않았는데, 이러한 결과는 국내 선행 연구(이은희 등, 2006)와 불일치하지만, 국외 리뷰 연구(Cooper, Balamurali, Selwood, & Livingston, 2007)와는 다소 일치하는 결과이다. 이 리뷰 연구는 치매 조호자의 불안감을 감소시키기 위한 여러 가지 다양한 치료법을 분류하여 그 결과를 리뷰한 것으로, 다양한 치료 방법 중에 CBT도 포함되어 있었다. CBT 연구로는 5개의 연구가 포함되어 있었고 그 중 2개의 연구에서 STAI를 통해 불안을 측정하였는데, 불안감의 변화가 없거나 오히려 증가된 것으로 제시되었다. STAI 외의 다른 척도를 사용한 2개의 연구에서도 불안감의 변화가 없는 것으로 나타나 본 연구 결과와 유사해 보인다. 이 연구의 연구자들은 치매 조호자의 불안감을 감소시키기 위해 효과적인 치료법으로 요가나 이완훈련을 포함할 것을 제안하고 있다. 본 프로그램에 이완훈련이 포함되어 있기는 하였으나, 연습 시간이 짧아 참여자들이 익숙해지지 못하여 불안감에 변화를 보이지 못하였을 가능성이 시사되는 바, 추후 프로그램 수정 및 보완 시에 이에 대한 고려가 필요해 보인다.

또한 BCOP(문제중심적・정서중심적・역기능적 대처 포함)은 프로그램 직후에는 사전에 비해 유의미하게 점수가 증가하였으나 사전 평가와 추후 평가에는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 프로그램 개입 직후에 나타난 문제중심적・정서중심적・역기능적 대처의 증가는 프로그램 중에 다양한 방법으로 스트레스에 대처해보고자 노력하였던 것을 반영하는 결과로 생각된다. 역기능적 대처 영역문항의

일부('나의 부정적인 감정을 표현한다', '나는 그것에 대해 덜 생각하기 위해 영화를 보러가거나 TV시청, 독서, 수면 등과 같은 무언가를 한다')는 상황에 따라 유용하게 사용될 수 있는 내용을 포함하고 있는 점을 볼 때, 역기능적 대처를 포함한 총점이 상승되는 경우 문제 상황에 어떤 방법으로든 대처하려는 노력이 상승되었다고 볼 수 있겠다. 하지만 추후 평가에서는 정서중심적 대처만이 유지되고 있는 경향성(p=.087)이 관찰되었다. 치매는 완치되지 않는 질병이기 때문에 주부양자들의 노력에도 현 상황 자체가 변화하기는 어려운 바, 프로그램 종료 이후의 일상적인 생활에서는 정서중심적인 대처를 주로 활용하게 된 것으로 보인다. 이는 상황이나 조건을 변화시킬 수 있는 경우나 실제적인 문제에 대해서는 문제중심적인 대처를 사용하는 것이 유용하지만, 스스로 상황을 변화시킬 수 없거나 통제가 불가능한 상황에서는 정서중심적인 대처가 효과적이라는 선행 연구 결과와도 일맥상통하는 것으로 사료된다(Folkman & Lazarus, 1980; Mattlin, Wathington, & Kessler, 1990). 실제로 알츠하이머 치매 환자 부양자의 대처전략, 불안, 우울을 연구한 Cooper, Katona, Orrell과 Livingston의 연구(2008)에 따르면, 문제해결대처기술을 사용하여 상황을 통제하려 하고 정서중심적 대처를 덜 사용하는 것은 치매 환자 부양자의 불안 수준을 높일 수 있다. 또한 치매 노인의 문제행동을 다루기 위해 문제중심적 대처를 사용하는 부양자들은 다른 유형의 대처(정서 중심적 대처, 비일관적 대처)를 사용하는 부양자들에 비해 더 많은 부양부담을 경험하였다(김윤정과 최혜경, 2000). 즉, 치매와 같이 외부의 노력으로 상황을 변화시킬 수 없는 문제를 다룰 때 문제중심적 대처만을 고집하는 것은 비효과적일 수 있으며, 통제할 수 없는 상황에 정서적으로 적응하는 것이 유용해 보인다. 따라서 추후에는 선행 연구 및 본 연구결과를 활용하여 치매 노인 부양자들의 부양 부담을 효과적으로 경감시키기 위하여 정서중심적 대처방식을 이용할 수 있도록 하는 것이 도움이 될 수 있겠다.

MCTS(심리적·신체적 공격 포함)는 프로그램 직후에는 사전에 비해 유의미하게 감소하였으나 사전 평가와 추후 평가에는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 즉, 프로그램 직후에는 치매 환자에게 공격적인 태도가 감소하나 2달 후에는 프로그램 개입 전과 동일한 수준으로 회복되는 것으로 보인다. 프로그램 직후에는 일시적으로 다양한 스트레스 대처 능력을 활용해보고 우울감도 저하되며 공격적인 행동도 감소했던 것으로 보이나, 시간이 지나도 치매 환자의 증상 자체가 변화하는 것은 아니기 때문에 프로그램 전의 일상적인 태도로 다시 돌아왔을 가능성을 고려해볼 수 있다. 부양부담은 줄어들었으나 공격적인 태도에는 변화가 없었던 결과는 주부양자가 치매 노인의 문제 행동을 해결하기 위해 인내하기보다 화를 내거나 소리를 지르는 등의 반응이 부양 스트레스는 더 적다는 연구결과(김윤정, 최혜경, 2000)와 맥락을 같이 하는 것으로 생각된다.

한편, DAS는 프로그램 개입 후에 통계적으로 유의미한 변화는 보이지 않으나 사전, 사후, 추후에 따라 점차적으로 점수가 증가하는 경향성(p=.061)을 보이고 있어 프로그램을 통해 치매에 대한 긍정적인 태도가 높아질 가능성이 있다고 해석해 볼 수 있다. 하지만 앞서 언급한 바와 같이 통제 집단이 부재한 바, 현 결과를 통해 프로그램의 어떠한 점이 대상자

들의 태도를 변화하는데 영향을 주었는지는 객관적이고 명확하게 입증할 수는 없다. 다만 본 프로그램에서 치매에 대한 지식을 교육하거나 치매 환자를 대하는 방법 등을 교육 형식으로 지식을 전해주는 것은 아니었기 때문에, 인지 행동적 치료 기제나 동질적이고 지지적이었던 집단 특성, BPSD 증상에 초점을 둔 프로그램 내용 등이 긍정적인 태도 변화에 영향을 주었던 것으로 보인다. 이는 본 프로그램을 수정 및 보완하는 추후 연구에서 보다 구체적으로 확인해볼 수 있을 것으로 생각된다.

MOS-SS 역시 프로그램 이후에 통계적인 변화가 나타나지 않았다. 이는 정서적 지지와 정서 관리 기술을 포함하고, 인지행동치료에 기반을 둔 집단 상담 개입이 주부양자의 지각된 사회적 지지를 증가시킨다고 보고한 선행 연구 결과와 불일치하는 것으로(Toseland, Labrecque, Goebel, & Whitney, 1992: 이은희 등, 2006에서 재인용), 본 프로그램이 비교적 짧은 회기로 구성되어 있어 집단원들이 충분한 정서적 지지나 교감을 나누기 어려웠을 가능성이 있다. 하지만 본 연구에서 사용된 MOS-SS의 문항에는 정서적 지지 뿐만이 아니라 실제적인 지지나 도움(예: 당신이 식사를 준비할 수 없을 때 대신 음식을 만들어줄 사람이 있습니까?)에 대한 문항도 포함이 되는 바, 사회적인 지지 수준에 변화가 없음에도 부양부담이 감소하였던 본 연구 결과는 실제적인 지지나 도움 등 외부의 환경적 조건에는 변화가 없어도 주부양자의 부담감을 완화시킬 수 있다는 가능성을 보여준 것으로 여겨진다. 치매 노인 부양자들의 부양 부담을 완화시키기 위해 사회적 지지체계를 늘리는 것에는 상당한 노력과 비용이 요구되므로, 외부의 지지 없이 부양자 개인에게 개입하는 것만으로도 효과가 있다는 결과는 긍정적인 것으로 생각된다.

본 연구는 그동안 간과되어 온 치매노인 부양자에 대한 치료적 개입을 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 본 연구에서 개발한 프로그램은 치매 노인 부양가족이 느끼는 부담감을 감소시키는 데 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다. 특히 개인적인 부담감은 프로그램 종료 후에도 계속적으로 감소되고 있는 것으로 나타났으며, 통계적인 유의미성은 부족하지만 치매에 대한 긍정적인 태도나 정서적인 방략을 사용한 스트레스 대처가 2달 후에도 지속되는 경향성을 보여 프로그램의 영향이 장기간 지속될 수 있음을 시사하고 있다.

더욱이 일반적으로 노년층은 CBT에 대한 개념 이해가 어려워 적용이 어려운 것으로 생각되어 왔으나, 본 프로그램의 추가 분석 결과에서 저연령층과 고연령층간의 유의미한 차이가 나타나지 않은 것을 볼 때, 고연령층도 저연령층과 마찬가지로 충분히 CBT 내용을 이해하고 변화를 보일 수 있음을 보여주고 있다. 또한 STAI로 측정한 불안감의 경우, 저연령층은 프로그램을 통한 변화가 나타나지 않은 것과 달리 오히려 고연령층에서 추후 회기까지 불안감이 저하되는 것으로 나타나 본 프로그램이 고연령층에 효과적이었음을 지지하고 있다. 이는 치매 노인을 부양하는 부양자의 대부분이 배우자라는 점에서 본 프로그램의 개입이 부양가족들에게 도움이 될 수 있음을 나타낸다.

또한 본 연구는 현실 상황에 적용할 수 있는 프로그램을 개발하고자 했다는 데 의의가 있어 보인다. 즉, 개입 횟수, 개입 정도, 집단 구성원의 수, 집단구성원의 가족 내 위치 등에 선행 연구들과 차별을 둠으로써, 추후 치

매 노인 부양자를 위한 프로그램에서 고려할 점을 제시하였다. 개입 횟수가 상대적으로 짧은 측면은 주부양자 외에는 치매노인을 돌볼 사회적인 지지가 부족한 현 실정에서 주부양자들에게 긍정적으로 작용할 것으로 생각된다. 하지만 프로그램 직후에 나타난 우울감, 공격적 행동, 스트레스 대처 방식의 감소가 개입 두 달 후까지는 효과가 유지되지 않았으며, 더욱이 부양에 대한 개인적인 부담이 감소한 것과 우울감 감소와의 상관관계가 나타나지 않아, 부담감의 변화에 정서적인 변화가 동반되지 않은 것으로 보인다. 따라서 본 프로그램의 개입이 참여자들의 지속적인 변화나 변화의 유지를 이끌어내기에는 부족함이 있었던 것으로 보인다. 이는 선행 연구(이은희, 윤가현, 2005)에서도 너무 적은 횟수의 개입은 사회적 지지를 제공할 수 있는 충분한 기간이 되지 못한다는 점을 지적하며 8회기의 개입이 필요하다고 보고하였던 것과 같은 결과로 보인다. 본 연구의 한 회기가 90분이었던 데 비해 선행 연구에서는 한 회기 당 120분으로 본 연구의 회기 당 시간이 짧았고 전체 회기수도 적어 본 프로그램이 상대적으로 참여자들에게 많은 개입을 하지 못했던 영향이 있어 보인다. 참여자의 가족 내 위치를 동질적으로 하고 한 집단에 4명 이하의 적은 인원으로 구성하여 짧은 시간 내에 상대적으로 집중적인 개입을 하고자 노력하였으나 본 프로그램의 개입이 다소 불충분하던 것으로 생각된다. 그러나 본 연구를 진행하면서 참여자들에게 회기 당 시간이 너무 길고 5회기의 개입도 너무 많아 참여가 어렵다는 피드백을 많이 받았던 바, 참여자들에게 충분한 도움을 줄 수 있으면서도 현실적으로 부담스럽지 않은 정도의 개입 횟수를 찾을 수 있도록 반복 및 보완된 연구가 추가적으로 필요해 보인다.

마지막으로 중도탈락자의 특성을 확인하였던 점도 추후 연구에 도움이 될 것으로 생각된다. 프로그램 도중에 중도탈락한 사람들은 치매에 대한 긍정적인 태도나 지식이 부족하였던 사람들로 시사되고 있어, 인지 행동적 개입 전에 치매에 대한 사전 교육을 포함하여 프로그램을 구성하면 중도탈락자를 방지하는 데 도움이 될 수 있을 것으로 사료된다.

그러나 본 연구는 예비 연구로서 진행이 되어, 참여자 수가 적다는 제한점과 함께 통제 집단을 설정하지 못하였다는 매우 큰 제한점이 있다. 연구자들이 목표로 한 바와 같이 개인적인 부담감이 감소하는 결과를 보였으며. 특히 치매가 시간이 지나면서 점차 악화되는 질병임에도 프로그램 개입 이후에 긍정적인 방향으로 변화하였다는 점은 본 프로그램의 효과를 간접적으로 기대해볼 수 있게 하는 결과로 보인다. 하지만 객관적으로 비교할 수 있는 통제 집단이 없기 때문에, 본 연구 결과에 제시된 척도의 변화가 인지 행동적 접근을 통한 변화인지, 동질적인 집단을 구성하여 정서적으로 발산하고 지지를 받은 영향인지, 교류를 통한 일시적인 변화인지에 대해 입증하는 데 어려움이 있다. 따라서 본 연구의 결과들을 통제 집단을 통해 확인하기 위한 추후 연구가 반드시 필요해 보이며 보다 많은 참여자를 대상으로 프로그램을 시행하여 프로그램 결과를 일반화할 수 있는 지 검토할 필요가 있다.

참고문헌

김기웅, 김명희, 김문두, 김봉조, 김신겸, 김정

란 등 (2008). 전국치매역학조사. 보건복지가족부.

김기웅, 곽경필, 김경숙, 김문두, 김봉조, 김신겸 등 (2010). 치매노인실태조사. 보건복지가족부.

김수영, 김재우, 손수경, 민소영 (2007). 치매노인 가족부양자 대상 집단 교육 프로그램의 효과성. 노인복지연구, 36, 7-34.

김양이 (1999). 치매노인 주부양자를 위한 스트레스 관리훈련의 효과. 서울여자대학교 대학원 박사학위논문.

김윤정, 최혜경 (2000). 치매노인 부양자들의 대처방식과 대처효과에 대한 지각. 한국노년학. 20(2), 183-195.

서경현, 천경임 (2009). 치매환자 가족부양자의 부양부담과 건강 및 삶의 질에 대한 사회지원의 중재효과. 한국심리학회지: 사회문제, 15(3), 339-357.

오은섭, 서경현 (2007). 치매환자 부양 스트레스와 스트레스 반응 및 신체건강. 대한임상건강증진학회지, 7, 253-260.

우종인 (2010). 치매 관리 법안 마련을 위한 연구. 보건복지부.

유은정 (2002). 집단지지프로그램이 치매환자 가족 간호자에게 미치는 효과 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

이성희 (2006). 치매 노인 부양자 교육과 시설이용. 대한치매협회(저), 치매 임상적 접근 (pp.651-678). 서울: 아카데미아

이신숙, 서병숙 (1993). 부양자스트레스 척도 개발에 관한 연구. 한국노년학, 13(2), 39-54.

이애숙, 김한곤 (2003). 치매노인 부양자의 부양부담 실태 및 부양부담에 영향을 미치는 요인. 보건과 사회과학 13, 29-60.

이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 98-113.

이윤로 (1999). 치매 노인 가족조호부담의 한미 비교연구: 문화적 요인이 조호부담에 미치는 영향. 한국노년학, 19(1), 45-59.

이은희, 윤가현 (2005). 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발. 한국노년학연구, 14, 5-49.

이은희, 윤가현, 이정숙 (2006). 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램의 효과. 한국심리학회지: 임상, 25(2), 341-360.

조맹제, 김진영 (2006). 한국인 치매환자의 행동 및 심리증상의 횡문화적 특성. 서울: 서울대학교출판부

주성아 (2009). 직무수행 중 사상사고를 경험한 지하철 승무원의 외상후 스트레스 장애(PTSD) 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

한덕웅, 이장호, 전겸구 (1996). Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형의 개발. 한국심리학회지: 건강, 1(1), 1-14.

한지원 (2012). 사회적 지지가 치매 조호 부담에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. M., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatric Society, 53(2)*. 255-261.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Bédard M., Molloy D. W., Squire L., Dubois S., Lever J. A., O'Donnell M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist 41(5)*, 652-657.

Bertrand, R. M., Fredman, L., & Saczynski, J. (2006). Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health, 18(4),* 534-551.

Brodaty, H., & Green, A. (2002). Defining the role of the caregiver in Alzheimer's disease treatment. *Drugs Aging, 19(12),* 891-898.

Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for caregivers of People with Dementia. *American Geriatrics Society, 51(5)*, 657-664.

Carpenter B. D., Balsis S., Otilingam P. G., Hanson P. K., & Gatz M. (2009). The Alzheimer's Disease Knowledge Scale: development and psychometric properties. *Gerontologist. 49(2),* 236-247.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4,* 92-100

Carver, C. S., Scheier, M. F,. & Weintraub, J, K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality ond Social Psychology, 56,* 267-283.

Cooper, C., Balamuriali, T. B. S., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry. 22,* 181-188.

Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults, *British Colombia Medial Journal, 53(7),* 348-352.

Epstain-Lubow, G. (2009). Family caregiver health: What to do when a spouse or child needs help. *Geriatrics for the Practicing Physician, 92,* 106-107.

Finkel, S. (2000). Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15 (Suppl. 1),* S2-4.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219 -239.

Furlini, L. (2001). The parent they knew and the "new" parent: Daughters' perception of dementia of the Alzheimer's type. *Home Health Care Services Quarterly, 20,* 21-38.

Kim, K. W., Park, J. H., Kim, M. H., Kim, M. D., Kim, B. J., Kim, S. K., Kim, J. L., Moon, S. W., Bae, J. N., Woo, J. I., Ryu, S. H., Yoon, J. C., Lee, N. J., Lee, D. Y., Lee, D. W., Lee, S. B., Lee, J. J., Lee, J. Y., Lee, C. U., Chang, S. M., Jhoo, J. H., Cho, M. J. (2011). A nationwide survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment (MCI) in South Korea. *Journal of Alzheimers Disease. 23(2),* 281-291.

Knight, B. G., Lutzky, S. M., & Macofsky -Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *Gerontologist, 33(2),* 240-248.

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, 173,* 557-562.

Mattlin, J. A., Wathington, E., & Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior, 31,* 103-122.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbigidy effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and cause. *The Gerontologist, 35,* 771-791.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine, 32(6),* 705-714.

Shin, J. K., K. W. Kim., J. H. Park., J. J. Lee., Y. Huh., S. B. Lee., E. A. Choi., D. Y. Lee, & J. I. Woo. (2008). Impacts of poor social support on general health status in commmunity-dwelling Korean elderly: the results from the Korean longitudinal study on health and aging. *Psychiatry Investigation, 5(11)*, 961-973.

Spector, A., Orrell, M., Schepers. A., & Shanahan, N. (2012). A systematic review of 'knowledge of dementia' outcome measures. *Ageing Research Reviews, 11,* 67-77.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory(STAI).* CA: Consulting Psychology Press.

Yalom, I. (1985). *Theory and practice of group psychotherapy (3rd Ed.).* NY: Basic Book.

Zarit S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease; families under stress.* NY: New York University Press.

원고접수일 : 2013. 03. 29.
1차 수정원고접수일 : 2013. 08. 02.
2차 수정원고접수일 : 2013. 08. 26.
게재결정일 : 2013. 09. 22.

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2013, Vol. 32, No. 4, 853-874

Cognitive-Behavioral Program for Care-givers of the elderly with Dementia: Preliminary study

Seul Ah Lee Mi Hyun Lee Yeon Kyung Chi
Ji Won Han Jae Young Park Tae Hui Kim Ki Woong Kim

Department of neuropsychiatry, Seoul National University Bundang Hospital

This study developed a preliminary cognitive-behavioral group program for the family care-givers of dementia patients, and explored its therapeutic effects on their care-giving burdens, coping skills, and psychological distress. Primary care-givers of dementia patients were recruited from a university hospital in Gyeonggi Province, Korea and a community mental health care center (N=19). The program took place weekly for 90 minutes, lasting for four weeks (four therapy sessions). A booster session was provided after two months. Treatment effect was measured by asking the participants to complete pre-, post-, and follow-up evaluation: the Short Zarit Burden Inventory (S-ZBI), Modified Conflict Tactics Scale (MCTS), Dementia Attitudes Scale (DAS), Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SS), Brief COPE (B-COP), Beck Depression Inventory (BDI), and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Repeated measures ANOVA, and paired *t*-test were conducted to assess the therapeutic effect of the group program. The decrease in personal strain (S-ZBI's subscale) was maintained at two-month follow-up. The level of depression and aggressive attitude/behaviors toward dementia patients were temporarily reduced after intervention, and the use of coping skill was temporarily increased after the intervention. However, there was no significant change in the level of anxiety, attitude towards dementia, and social support. The implication and limitation of this study and suggestions for future study are discussed.

Key words : care-givers of dementia patients, care-giving burdens, depression, anxiety, coping skills, cognitive-behavioral group program