

치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램의 효과*

이 은 희[†] 윤 가 현 이 정 숙
전주의 성요한병원 전남대학교 심리학과 전남대학교 간호대학

본 연구는 이은희와 윤가현(2005)이 국내 치매노인 주부양자들을 위하여 개발한 인지행동 집단상담 프로그램을 적용하여 부양스트레스(부양부담, 우울 및 불안) 감소효과와 그 지속성을 검증한 것이다. 연구대상자는 정신과 전문의가 치매로 진단한 외래환자들 중에서 약물치료를 받고 있는 치매노인의 주부양자들 31명으로 개입집단(15명)과 통제집단(16명)으로 구분하여 개입 전과 개입 후 및 개입종료 3개월 후에 부담감척도(Burden Interview), 우울척도(CES-D) 및 불안척도(Anxiety Scale)를 사용하여 개입프로그램의 효과와 지속성을 평가하였다. 개입집단과 통제집단의 동질성은 치매노인의 특성(인구통계학적 특성과 일상생활능력, 기억문제 및 문제 행동)과 주부양자의 특성(인구통계학적 특성과 부양부담, 우울 및 불안수준)으로 확인하였다. 연구 결과, 인지행동 집단상담 프로그램을 실시한 개입집단에서는 부양부담, 우울 및 불안수준이 모두 유의하게 감소되었으나 통제집단의 경우에는 어떤 종속측정치에서도 시간 경과에 따른 변화가 유의하게 나타나지 않아서 주부양자의 부양스트레스는 자발적으로 감소되지 않음을 보여주었다. 또 3개월 후에 실시한 추후검사에서도 개입프로그램의 지속효과가 확인되었다. 끝으로 본 연구의 의의와 제한점 및 추후 연구를 위한 제언을 논의하였다.

주요어 : 부양스트레스, 인지행동프로그램, 주부양자, 치매

* 이 논문은 2005년 한국심리학회 연차학술대회에서 발표되었던 내용을 수정·보완한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 이은희 / 전주의 성요한병원 임상심리실 / 광주시 북구 유동 115-1
TEL : 062-510-3342 / FAX : 062-510-3313 / E-mail : mariafk@hanmail.net

현대 사회는 평균수명 증가와 출산율 감소에 따른 인구고령화 현상으로 치매, 당뇨병, 심장병, 및 뇌졸중 등과 같은 만성적인 질병 유병률이 높아져서 노인들에 대한 가족들의 부양부담 증가와 같은 사회문제가 커지고 있다(Parks & Novielli, 2000). 인구고령화 현상에 따른 만성적인 질병들 중에서도 특히 치매는 65세 이후에는 연령이 5세씩 늘어날 때마다 유병율이 2배씩 증가하고(Eisdorfer, 1996), 심각한 인지 및 행동장애 때문에 24시간 계속해서 보호와 관리를 요하므로 부양가족들은 심각한 신체적, 정신적 스트레스를 경험하게 된다(홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주, 1995). 1990년대 중반에 우리나라 65세 이상 노인의 치매 유병률은 약 8.3%였고 2020년에는 노인 인구의 약 9.0%가 치매 환자일 것으로 추정되어 치매노인과 부양가족들의 수는 갈수록 늘어날 전망이다(변용찬, 1997).

치매노인의 증상은 시간이 지날수록 악화되기 마련이어서 주부양자의 부양스트레스(caregiving burden or distress)는 증가할 수밖에 없다. 주부양자들의 부양스트레스는 신체적 측면의 만성적 피로와 수면부족, 정신·심리적인 측면의 우울감(Gwyther & George, 1986), 사회적인 측면의 일상생활의 장애로 인한 생활만족도(Skaff & Pearlin, 1992) 및 자아 존중감 저하(홍여신 등, 1995) 등으로 나타나고 있다. 또한 내적, 외적 자원이 풍부하지 않은 부양자는 과도한 부양스트레스를 경험함으로써 정신과적 문제나 신체적인 문제에 직면하게 되고, 가정이나 사회구성원으로서의 기능은 물론 건강한 삶을 유지하지 못하게 된다고 보고되었다(Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, & Hauck, 2001). 이렇게 치매의 비가역적인 특성과 치매노인 주부양자의 심리적 고통이 알려지기 시작한 1980년대 중반

부터 치매 연구는 질병자체에서 주부양자를 위한 개입 쪽으로 방향이 변화되었다(Hinrichsen & Niederehe, 1994; Kennet, Burgio, & Schulz, 2000; Pruchno & Resch, 1990). 한국의 경우에는 미국에 비해 치매노인 주부양자의 우울 정도가 더 심하고, 부양에 대한 만족감도 더 낮게 나타났다(윤가현, 1998). 그러나 치매노인의 수가 급격하게 증가하고 있고, 대부분 그들을 집에서 돌보아야 함에도 불구하고 주부양자의 부양스트레스를 감소시킬 수 있는 개입연구들이나 개입 프로그램이 거의 없는 것이 현재의 국내 실정이다.

최근에 이은희와 윤가현(2005)은 심각한 사회 및 임상적 문제가 되고 있는 치매노인 부양문제에 초점을 맞추어서 치매노인 주부양자의 부양스트레스를 감소시키기 위한 인지행동 집단상담 프로그램을 개발하였다. 이 프로그램은 Cohen과 Kessler 및 Gordon(1995)이 Lazarus와 Folkman(1984)의 스트레스-대처과정모델을 치매노인의 부양상황에 적용시킨 스트레스 건강과정 통합모델을 기본으로, Marriott과 Donaldson, Tarrier 및 Burns(2000)가 주부양자의 부양스트레스 감소를 위해 개별적인 접근형태로 개발한 인지행동프로그램을 개입방법, 개입횟수, 개입강도, 개별화 강도, 개입주기, 개입전략 등을 수정하여 사회적 지지를 제공할 수 있는 집단상담 형식으로 개발한 것이다.

치매노인 주부양자 개입의 주목적은 정신분열병 등 다른 정신장애처럼 치매상태의 치료나 개선이 아니라 주부양자의 부양스트레스를 감소시키는 것이다. 이를 보다 구체적으로 표현하면, 치매노인 주부양자를 위한 개입프로그램은 부양스트레스를 감소시켜주고, 부양상황에서 오는 어려움들을 대처하는 분명한 조망을 갖도록 도와줌으로써 주부양자가 부양상

황을 전체적으로 더 잘 예측하고, 자신의 정서 상태를 잘 통제하며 치매노인을 더 일관된 태도로 대할 수 있도록 하는데 목표를 두어야 한다는 것이다.

인지행동 집단상담 프로그램(이은희, 윤가현, 2005)은 부양스트레스가 주부양자의 인지적 성향에 달려있다는 것을 전제로 인지 재구조화와 같은 인지 행동적 개입을 통하여 치매노인 주부양자의 부양스트레스를 감소시키려는 것으로 그 이론적인 토대는 다음과 같다. 치매노인 주부양자들(primary caregivers)은 치매노인의 문제행동이 심할수록, 그리고 사회적 지지가 낮을수록 부양부담과 우울을 더 많이 경험하게 된다(Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997). 또한 주부양자들이 치매노인에 대해 부정적인 태도가 강할수록 부양스트레스가 더 높고 치매노인의 상태를 실제보다 더 심각하게 받아들이며, 노인을 입원시키는 경향도 더 크다(Haley, Levine, Brown, Berry, & Hughes, 1987; Kinney & Stephens, 1989). 그리고 부양과정에서 치매노인과의 관계가 부정적으로 변하거나 노인이 지나치게 요구적이고, 또 기대보다도 더 의존적이라고 지각하는 주부양자일수록 부양스트레스를 더 많이 경험한다(Barusch, 1988; Cicirelli, 1988). Cohen, Anderson 과 Cairl (1998)은 치매노인 주부양자 개입에 있어서 인지적 접근의 중요성을 강조하였으며, 주부양자의 신념이 치매경과 중에 생기는 사건과 환경에 영향을 끼칠 뿐만 아니라 치매로 인한 요구에 얼마나 잘 대처하는지를 결정하는 강력한 요소라고 주장하였다.

이렇게 주부양자의 부양스트레스가 치매노인에 대한 주부양자의 지각과 치매노인의 일상생활 활동능력 정도에 영향을 받으며 치매증상의 심각성과도 정적 상관이 있다. 따라서

효과적인 개입연구를 위해서는 치매노인의 발병기간 및 주부양자의 부양기간 등을 포함한 치매노인의 손상정도(예, 치매노인의 일상생활 기능, 기억장애 및 문제행동 등)를 고려할 필요가 있다. 그러나 기존의 개입연구들은 프로그램의 내용을 상세하게 언급하지 않아서 반복연구가 어렵고, 비교집단이 없거나, 프로그램 효과의 지속성을 밝히지 못했다. 또한 주부양자의 인구통계학적 특성들에 대한 동질성만을 확인하였을 뿐, 주부양자의 부양스트레스와 매우 높은 정적상관을 보이는 것으로 알려진 일상생활 기능수준이나 문제행동과 같은 치매노인의 비인지적 증상에 대한 비교집단과의 동질성 확인은 정확하게 이루어지지 않았다(김양이, 1999; 유은정, 2002).

본 연구에서는 이은희와 윤가현(2005)이 개발한 인지행동 집단상담 프로그램을 적용하여 치매노인 주부양자들의 부양스트레스(부양부담, 우울 및 불안)에 대한 감소효과를 검증하였다. 본 연구의 가설은 (1) 인지행동 집단상담 프로그램에 참여한 개입집단은 통제집단보다 부양부담, 우울 및 불안점수가 더 낮아지며, 그리고 (2) 개입집단의 부양부담, 우울 및 불안에 대한 개입효과는 시간이 경과하여도 지속된다는 것이다.

방 법

연구대상

본 연구 대상자는 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)의 진단기준에 따라 정신과 전문의에 의하여 치매로 진단을 받은 후에 외래에서 약물치료를 받고 있는 광주·전남지역에

거주하는 치매노인 주부양자들 3명을 개입집단(15명)과 통제집단(16명)으로 구분하였다.

처음에 개입 프로그램에 참가한 주부양자 수는 총 19명이었으나 그 중 3명은 각기 다른 이유로 중단하였고, 다른 한 명의 주부양자는 끝까지 프로그램에 참석하였으나 치매노인이 도중에 입원하여서 분석대상에서 제외되었기 때문에 개입집단은 총 15명이었다. 개입프로그램은 3개의 소집단으로 운영되었는데 1차 집단에서는 4명(2004. 6. 3.-7. 22.), 2차 집단에서는 6명(2004. 8. 21.-10. 9.), 그리고 3차 집단에서는 5명(2004. 10. 16.-12. 4.)이 프로그램을 종료하였다.

주부양자의 인구통계학적 특성은 부록 1에 수록하였으며 이를 요약하면 평균연령이 49.1세였고, 80.6%가 여성이었으며, 부양기간은 평균 9.9년이었는데, 이는 치매 초발 후 기간인 3.9년보다 긴 것으로, 대부분의 부양자들은 치매에 걸리기 전부터 노인을 부양하고 있었다. 1일 간병시간은 17.3시간이었고 노인과의 관계유형은 딸이 42%, 아들 16%, 며느리 29% 순이었다. 학력은 중등교육 이상이 63%였고, 도움을 주는 가족이 있는 경우가 50%였으며 건강상태는 '보통'과 '좋음'이 77.5%로 양호한 편이었다.

치매노인의 인구통계학적 특성은 부록 2에 수록하였으며 이를 요약하면, 남자 5명 (16%), 여자 26명(84%)이었고 평균 연령은 79.1세였다. 정신과적 질환에 대한 가족력은 75.0%가 '없다'고 답하였으며 재정상태는 '보통'이 48.0%였다. 그리고 진단 후 기간은 30개월이었으며 치매노인의 치매 초발 후 평균 기간은 47개월, 악화 후 기간은 31개월, 진단 후 기간은 30개월, 그리고 약물복용기간은 평균 29개월이었다.

측정도구

일상생활 활동능력 (Activities of Daily Living)

일상생활 활동능력(ADL)은 노인들의 목욕하기, 옷입기, 화장실 가기, 일어서기, 식사하기, 소변 참기 등, 6개의 문항에 대해 부양자가 지각하는 정도를 측정하도록 되어 있다(Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). 각 문항은 4점 척도(1='전혀 하실 수 없다', 2='충분한 도움을 드려야 하실 수 있다', 3='옆에서 조금만 도와주어도 하실 수 있다', 4='도움 없이 하실 수 있다')로, 전체 점수 범위는 6-24점이며, 점수가 낮을수록 일상생활 활동능력을 제대로 수행하지 못함을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 사전, 사후, 추후검사에서 각각 .66, .85, .88이었다.

기억 및 행동문제 척도 (Revised Memory and Behavior Problems Checklist)

기억 및 행동문제 척도(R-MBPC)는 치매노인들의 우울정도, 문제행동, 기억관련 문제 등의 세 요인을 측정하는 총 24문항으로 구성되어 있다(Teri, Truax, Logsdon, Uomoto, Zarit, & Vitaliano, 1992). 이형석 등(2004)의 신뢰도 및 타당도 연구에서는 내적 일치도가 .91이었다. 이 척도는 부양자가 각 문항에 치매노인이 보이는 발생 빈도를 5가지 중 하나(0=아직까지 그러신 적이 없다' 1='지난주에는 그러지 않으셨지만 가끔 발생한다' 2='지난주에 1-2번 정도 그러셨다' 3='지난주에 3-6번 정도 그러셨다' 4='매일 한 번 이상 그러하다' 또는 5='잘 모르겠다, 혹은 문항에 대해 응답하는 것이 부적절하다')로 답하도록 되어있다. 그러나 기억 및 행동문제 척도의 평가 목적이 치매노인이 보이는 현재의 행동을 측정하는 것이기

때문에 부양자가 '5'라고 응답하는 경우는 '0' 점으로 처리되었다. 전체 점수 범위는 0-96점이며, 점수가 높을수록 치매노인이 기억 및 행동 상의 문제가 심함을 나타낸다. 본 연구의 내적 일치도 계수는 사전, 사후, 추후검사에서 각각 .86, .86, .91이었다.

문제행동 체크리스트(Behavior Problems Checklist)

문제행동 체크리스트(BPC)는 치매노인의 문제행동 총 34문항에 대하여 부양자가 3점 척도(0=문제없다, 1=가끔/약간 문제, 2=자주/심한 문제)로 응답하도록 구성되어있고, 전체 점수 범위는 0-68점으로, 총 점수가 높을수록 문제행동이 심각함을 의미한다(Gilleard, 1984). 우리나라에서는 유은정(2002)이 정신과 교수, 노인 정신과 전문의, 간호학과 교수들과의 논의 과정을 거쳐 완성하였으며 여기에서 내적 일치도 계수 α 는 .90이었다. 본 연구에서는 사전, 사후, 추후검사에서 내적 일치도 계수가 각각 .93, .95, .95였다.

부담감 척도(Burden Interview)

부담감 척도(BI)는 주부양자가 최근 일주일 동안에 치매노인을 모시면서 가장 빈번하게 느꼈던 주관적 스트레스를 측정하기 위해 개발되었고, 22문항의 자기 보고형 설문으로 구성되어 있다(Zarit, Orr, & Zarit, 1985). 각 문항은 Likert식 5점 척도(1='전혀 그렇지 않다', 2='그렇지 않다', 3='그저 그렇다', 4='그렇다', 5='매우 그렇다')로 점수 범위는 22-110점이며, 점수가 높을수록 부담감이 높음을 의미한다. 우리나라에서는 이형석 등(2004)이 한신외도 및 타당도 연구에서 내적 일치도가 .93이었다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는

사전, 사후 및 추후 검사에서 각각 .89, .93, .94였다.

우울척도(Center for Epidemiological Studies Depression Scale)

우울척도(CES-D)는 Radloff(1977)가 일반인을 대상으로 우울증의 역학적 연구를 통해 개발한 자기 보고형 도구로 우울 기분, 정신-운동 지연, 안녕감의 결여, 대인관계 고립 등 4요인을 측정하는 총 20문항으로 구성되었다. 우리나라에서는 전검구와 이민규(1992)가 번안하였으며 이때 내적 일치도 계수 α 는 .89였다. 주부양자는 지난 일주일 동안 이들 문항에 대하여 어느 정도 빈번하게 경험했는지를 4점 척도[0='전혀 그렇지 않다(일주일내 1일 이하)', 1='그런 느낌이 약간 들었다', 2='그런 느낌이 자주 들었다', 3='거의 항상 그런 느낌이 있었다(일주일내 5-7일 정도)']로 평정하며, 점수 범위는 0-60점으로 점수가 높을수록 우울증상이 심함을 의미한다. 우리나라에서는 24점을 기준으로 했을 때 우울/비우울 집단을 가장 잘 변별하였다(박애순, 1998). 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 사전, 사후 및 추후 검사에서 각각 .92, .92, .92이었다.

불안척도(State Anxiety Scale)

불안척도는 Spielberger, Gorsuch와 Lushen(1970)이 개발한 상태-특성 불안검사를 한덕웅, 이장호와 전검구(1997)가 한국판으로 표준화한 것으로 이중에서 상태불안을 측정하는 20문항만을 사용하였는데 이때 내적 일치도는 .92였다. 이 척도는 주부양자가 느끼는 불안수준을 Likert식 4점 척도(1='전혀 그렇지 않다', 2='그렇지 않다', 3='그렇다', 4='아주 그렇다')로 보고하는 것으로, 점수가 높을수록 불안수

준이 높다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수 α 는 사전, 사후 및 추후 검사에서 각각 .93, .92, .93이었다.

인지행동 집단상담 프로그램

본 연구에서 사용한 이은희와 윤가현(2005)의 인지행동 집단상담 프로그램에는 인지재구조화와 같은 기본적인 인지행동 치료기법들과 심리 교육적 개입전략, 환경개입전략 및 질병의 통합모델 등이 포함되어있으며 Schulz와 Salthouse(1999)의 제안대로 개입의 주요대상(주부양자, 치매노인, 사회·물리적 환경), 주요개입영역(인지 재구조화, 인지기술, 정서 및 행동기법, 이완요법, 사회적 지지 등), 개입강도(매주, 120분간, 총 8회기로, 직접 대면방법 및 개별화 강도(개입내용을 주부양자의 개인적 욕구에 맞추는 정도-‘중’) 등이 고려되었다. 이 프로그램을 간략하게 소개하면 개입내용은 크게 3부분으로 구성되어있는데 먼저 “치매와 스트레스”를 다루는 1-3회기는 심리 교육적 개입부분으로, 부양 상황에 대한 주부양자의 주관적인 관점이나 지각(혹은 사고)이 변화되면 심리적 고통이 감소된다는 인지적 접근에 근거하여, 치매 질병에 대한 정보제공, 부양에 대한 동기강화, 자기 통제감 증가 등의 내용을 포함시켰다. 두 번째 “스트레스 관리하기” 부분인 4-6회기에서는 주부양자의 현재 감정과 회피반응을 평가하고, 자기희생, 소외행동 및 스트레스 인자에 대한 반응들과 같은 역기능적 신념을 변화시키는 것을 주목적으로 자기-모니터링, 이완요법, 적응적인 스트레스 관리 방법들을 배울 수 있도록 구성하였다. 세 번째 “대처기술 배우기” 부분인 7-8회기에서는 행동적 모델을 기본가정으로, 연속적인 전략

단계들을 사용하여 대처기술을 습득하도록 하였다. 인지행동 집단상담 개입프로그램의 보다 상세한 내용은 이은희와 윤가현(2005)의 논문에 게재되어있으며 전반적인 프로그램의 개요는 부록 3에 수록하였다.

연구절차

본 연구에서의 주부양자에 대한 사전 설문지는 심리학과를 졸업하고 정신보건 임상심리사 수련과정에 있는 2명의 수련생들에 의해 작성되었다. 그들은 주간 보호센터나 외래치료를 받고 있는 치매노인의 주부양자들을 개별적으로 만나서 본 연구의 목적을 설명하고 동의한 경우에 설문내용을 읽어주고 주부양자들에게 직접 응답하도록 하였다. 치매노인 주부양자들의 수가 제한되어있어서 개입프로그램에 참여할 수 있는 주부양자들을 우선적으로 개입집단에 배정하는 임의 표출법을 사용하였다. 개입집단에게는 8주간의 인지행동집단상담 프로그램을 실시하였으며 통제집단에게는 아무런 개입도 하지 않았다. 그리고 이들 두 집단 모두에게 동일한 시점에서 사전검사와 사후검사(사전조사 후 9주 째)를 하였다. 또한 8주간의 인지행동 집단상담 프로그램이 종료된 후에 3개월(12주)이 되는 시점에서 추후검사를 실시하였다. 추후검사가 끝난 후에 통제집단에게는 주부양자가 원할 경우에는 동일한 인지행동 집단 상담프로그램을 제공할 것이라고 설명하였다.

자료 분석

개입집단과 통제집단 간의 동질성을 확인하기 위하여 치매노인과 주부양자의 인구통계학

적 변인들은 실수와 백분율로 산출하여 χ^2 검증하였다. 종속변인인 주부양자의 부양부담, 우울, 그리고 불안변인들과 치매노인의 손상 정도를 알아보는 일상생활 활동능력, 기억문제, 그리고 문제행동변인들에 대한 동질성은 t 검증으로 분석했다. 인지행동 집단상담 프로그램 실시 후 개입집단과 통제집단의 측정시기별 종속변인(부양부담, 우울 및 불안)의 점수차이는 반복측정 변량분석으로 확인하였고, 각 집단별 종속변인에 대한 시기별(사전, 사후, 추후)차이는 paired t 검증을, 그리고 각 시기별 종속변인에 대한 집단 간 차이는 t 검증으로 분석하였다.

결 과

동질성 검증

개입집단과 통제집단 간의 치매노인과 주부양자의 인구통계학적 변인들에 대한 동질성 검증결과는 부록 1에 수록하였으며 두 집단이 동질집단임을 확인하였다. 또 인지행동 집단

상담 프로그램을 실시하기 전에 개입집단과 통제집단 주부양자의 부양스트레스(부양부담, 우울 및 불안)와 치매노인의 손상정도(일상생활 활동능력, 기억문제, 문제행동)에 대한 동질성을 확인하기 위한 t 검증결과는 표 1과 같다.

즉 주부양자의 부양부담점수는 개입집단 62.87점, 통제집단 66.56점($t=-.83, m$), 우울점수는 개입집단 22.33점, 통제집단 25.56점($t=-.99, m$), 불안점수는 개입집단 47.47점, 통제집단 47.44점($t=-.01, m$)으로 두 집단 간에 유의한 차이가 나타나지 않아서 치매노인 주부양자들의 부양부담, 우울 및 불안 수준은 두 집단에서 모두 동질하였다. 치매노인의 일상생활 활동능력점수 역시 개입집단 20.67점, 통제집단 20.69점($t=-.02, m$), 기억문제 점수는 개입집단 60.80점, 통제집단 63.12점($t=-.46, m$), 문제행동 점수는 개입집단 20.53점, 통제집단 21.69점($t=-.25, m$)으로 두 집단 간에 치매노인의 손상 정도에서는 어느 것에서도 유의한 차이가 나타나지 않았다. 즉 인지행동 집단상담 프로그램 실시 전의 개입집단과 통제집단의 치매노인의 손상정도는 동질한 것으로 확인되었다.

표 1. 주부양자의 종속변인과 치매노인 손상정도에 대한 동질성 검증

대상자	종속변인	개입집단($n=15$)		통제집단($n=16$)		t	p
		M	SD	M	SD		
주부양자	부양 부담	62.87	9.33	66.56	14.80	-.83	.42
	우울	22.33	7.63	25.56	10.30	-.99	.33
	불안	47.47	8.51	47.44	9.63	.01	.99
치매노인	일상생활활동능력	20.67	2.72	20.69	3.01	-.02	.98
	기억 문제	60.80	10.58	63.12	16.56	-.46	.65
	문제 행동	20.53	11.54	21.69	13.96	-.25	.80

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

인지행동 집단상담 프로그램의 효과 검증

인지행동 집단상담 프로그램을 받은 후, 개입여부(개입집단, 통제집단)와 측정시기(사전, 사후, 추후)에 따라 개입집단 치매노인 주부양자의 부양부담, 우울 및 불안에 대한 점수 차이를 살펴보기 위하여 반복측정 변량분석(repeated measure ANOVA)을 실시했으며 그 결과는 표 2에 제시되었다.

먼저 부양부담에서는 개입여부의 주 효과는 나타났지만($F(1, 29)=7.19, p<.05$), 측정시기에서는 주 효과가 나타나지 않았다, $F(2, 58)<1, ms$). 그러나 측정시기와 개입여부 간에 상호작용효과는 유의하게 나타났다, $F(2, 58)=3.43,$

$p<.05$. 이러한 결과는 개입여부와 측정시기에 따라 주부양자의 부양부담이 서로 다르게 변화함을 나타낸다. 우울에서도 개입여부의 주 효과는 나타났지만($F(1, 29)=7.09, p<.05$), 측정시기에서는 주 효과가 나타나지 않았다, $F(2, 58)=1.65, ms$. 그러나 측정시기와 개입여부 간에 상호작용효과는 유의하게 나타났다, $F(2, 58)=3.43, p<.05$. 이러한 결과는 개입여부와 측정시기에 따라 주부양자의 우울감이 서로 다르게 변화함을 나타낸다.

불안에서도 개입여부에 따른 주 효과는 나타났지만($F(1, 29)=6.51, p<.05$), 측정시기에서는 주 효과가 없는 것으로 나타났다, $F(2, 58)=1.41, ms$. 그러나 측정시기와 개입여부 간에

표 2. 주부양자의 부양부담, 우울 및 불안에 대한 반복측정 변량분석

종속변인	변량원	자승화	자유도	평균자승화	F
부양부담	개입여부	2770.72	1	2770.72	7.19 *
	오차	11166.31	29	385.04	
	측정시기	135.30	2	67.65	<1
	측정시기 × 개입여부	608.59	2	304.30	3.99 *
	오차	4422.38	58	76.24	
우울	개입여부	1247.61	1	1247.61	7.09 *
	오차	5102.27	29	175.94	
	측정시기	111.69	2	55.84	1.65
	측정시기 × 개입여부	232.21	2	116.10	3.43 *
	오차	1958.47	58	33.76	
불안	개입여부	906.04	1	906.04	6.51 *
	오차	4036.44	29	139.18	
	측정시기	121.79	2	60.89	1.41
	측정시기 × 개입여부	458.43	2	229.21	5.33 **
	오차	2493.39	58	42.99	

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

상호작용효과는 유의하게 나타났다, $F(2, 58) = 5.33, p < .01$. 이러한 결과는 개입여부와 측정시기에 따라 주부양자의 불안감이 서로 다르게 변화함을 나타낸다. 측정시기에 따른 종속변인의 집단 내 변화 및 집단 간 차이를 확인한 결과는 표 3과 같다.

이를 좀 더 구체적으로 살펴보면, 사전검사에서는 부양부담에 대한 측정시기별 집단 간

에 부양부담수준 차이를 보이지 않았으나 ($t = -.83, ns$), 인지행동 집단상담 프로그램을 실시한 후에는 사후검사와 추후검사에서 두 집단 간에 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였다(사후는 $t = -3.23, p < .01$, 추후는 $t = -2.67, p < .05$). 개입집단의 측정시기별 부양부담의 평균점수를 비교해보았을 때, 사후검사(54.47)는 사전검사(62.87)에 비해 유의하게 감소되었고,

표 3. 측정시기에 따른 종속변인의 집단 내 변화 및 집단 간 차이

		종속 변인	개입집단($n=15$)	통제집단($n=16$)	t
부양부담	사전	M	62.87 ^a	66.56	-.83
		SD	9.33	14.80	
	사후	M	54.47 ^b	69.38	-3.23**
		SD	11.77	13.75	
	추후	M	55.40 ^b	69.56	-2.67*
		SD	11.74	17.08	
우울	사전	M	22.33 ^a	25.56	-.99
		SD	7.63	10.31	
	사후	M	17.67 ^b	25.50	-2.54*
		SD	8.44	8.71	
	추후	M	16.20 ^b	27.13	-3.32**
		SD	5.87	11.64	
불안	사전	M	47.47 ^a	47.44	.01
		SD	8.51	9.63	
	사후	M	40.47 ^b	50.13	-3.54***
		SD	7.92	7.27	
	추후	M	40.27 ^b	49.38	-2.75**
		SD	9.63	8.78	

주. 서로 다른 아래첨자를 지닌 평균은 paired t -test에 의해 $p < .05$ 수준에서 유의한 차이가 있음을 의미함. 측정 시기는 사전검사는 집단상담 개입 이전이며, 사후검사는 집단상담 종료된 지 일주일 후이고, 추후는 사후검사를 실시한 후부터 3개월(12주)이 되는 시점임.

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

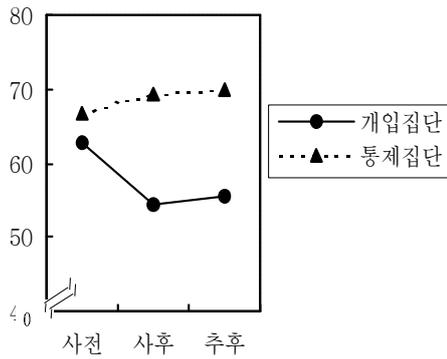


그림 1. 부양부담

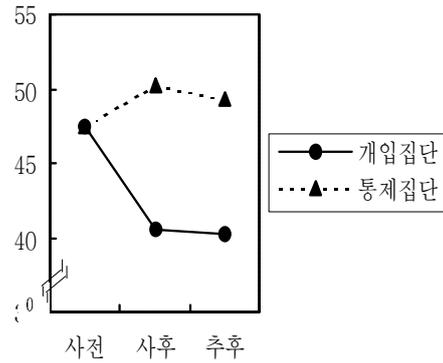


그림 2. 우울

추후검사(55.40)에서도 감소된 부양부담 수준을 계속 유지하고 있는 것으로 나타나서 인지행동 집단상담 개입효과와 함께 개입효과가 지속되고 있음이 확인되었다. 이러한 결과를 도식화하면 그림 1과 같다.

우울변인에 대한 측정시기별 집단 간 차이를 살펴본 결과, 사전검사에서는 두 집단 간에 우울수준의 차이를 보이지 않았으나($t=-.99, ns$), 인지행동 집단상담 프로그램을 실시한 후에는 사후검사와 추후검사에서 두 집단 간에 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였다, $t=-2.54, p<.01, t=-3.32, p<.05$. 개입집단의 측정시기별 우울의 평균점수를 비교해보았을 때, 사후검사(17.67)는 사전검사(22.33)에 비해 유의하게 감소되었고, 추후검사(16.20)에서도 감소된 우울수준을 계속 유지하고 있어서 인지행동 집단상담 개입효과와 개입효과의 지속성이 확인되었다. 이러한 결과를 도식화하면 그림 2와 같다.

불안변인에 대한 측정시기별 집단 간 차이를 살펴본 결과, 사전검사에서는 두 집단 간에 불안수준이 차이가 없었으나($t=.01, ns$), 인지행동 집단상담 프로그램을 실시한 후에는

사후검사와 추후검사에서 두 집단 간에 각각 통계적으로 유의한 차이를 보였다, $t=-3.54, p<.01, t=-2.75, p<.05$. 개입집단의 측정시기별 불안의 평균점수를 비교해보았을 때, 사후검사(40.47)는 사전검사(47.47)에 비해 유의하게 감소되었고, 추후검사(40.27)에서도 감소된 불안수준을 계속 유지하고 있었다. 즉 인지행동 집단상담이 주부양자의 불안을 감소시키고 또 감소된 불안 수준이 유지되고 있음이 확인되었다. 이러한 결과를 도식화하면 그림 3과 같다.

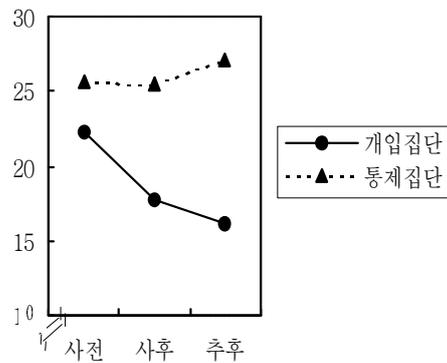


그림 3. 불안

논 의

본 연구는 인구 고령화 현상으로 치매노인의 수가 급격하게 증가함에 따라 현실적으로 심각하게 부각되고 있는 사회적·임상적인 치매노인 부양문제에 초점을 맞추어서 다양한 인지 행동 치료기법들과 환경개입, 사회적 지지 등 포괄적이고 다면적인 개입방식으로 구성된 인지행동 집단상담 프로그램이 치매노인 주부양자들의 부양스트레스를 감소시키고 개입 종료 후 3개월까지도 그 효과가 지속된다는 것을 확인하였다. 이러한 결과는 국내에서 치매노인 주부양자의 부양스트레스에 대한 관심을 고취시키고 그들의 심리적 고통을 감소시켜주는 구체적이고 실천적인 방법을 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 그리고 장애가 있는 노부모를 부양하는 것이 인간의 자연스러운 본성이기는 하지만, 부양방법에 대해서 체계적인 교육이나 훈련을 받을 때 부양자의 부양스트레스가 감소된다는 것을 확인하였다(양영희, 1992).

본 연구에 참가한 치매노인 주부양자들은 대부분 중년기 전업주부로 대졸여성이었으며, 선행연구결과와는 다르게 딸이 며느리보다 더 높은 비율을 차지하였다(권중돈, 1994). 즉 본 연구에 참가한 치매노인 주부양자들은 중년기에 경험하는 심리적 위기와 함께 치매노인 부양과 자녀 양육 등 다양한 스트레스에 노출되어 있어서 그들에 대한 보다 적극적인 개입의 필요성이 부각되었다. 또한 치매노인 1일 부양시간이 17시간을 넘어서고 있어서 대부분 혼자서 과중한 책임을 지고 있는 주부양자들의 부양부담을 줄여주기 위해서는 낮 병원과 같이 치매노인을 직접 돌봐줄 수 있는 서비스들에 대한 국가적 차원에서의 지원체계가 조

속한 시일 내에 마련되어야 한다는 것을 보여주고 있다.

인지행동집단상담 프로그램 개입효과를 주부양자들의 부양부담, 우울 및 불안수준으로 나누어서 살펴보면 다음과 같다. 개입집단의 부양부담 점수는 측정시기별로, 사전검사 62.87점, 사후검사 54.47점, 추후검사 55.40점으로 개입프로그램을 실시한 후, 통제집단에 비하여 유의하게 감소되어서 인지행동 집단상담 프로그램이 주부양자의 부양부담을 지속적으로 감소시킬 수 있음이 입증되었다. 이는 치매가족에 대한 스트레스 관리프로그램이 부양부담 감소에 효과적이었던 김양이(1999)의 연구와 집단 지지프로그램이 치매환자 가족간호자의 부양부담 감소에 효과적이었던 유은정(2002)의 연구 결과들과 일치한다.

그러나 치매노인 부양자에게 8주간의 인지행동 프로그램을 실시한 후에도 부양부담이 감소하지 않았다고 보고한 Chang(1999)의 연구결과와는 차이가 있다. 이러한 결과를 그녀(Chang, 1999)는 자료 수집을 위한 전화통화를 주부양자들 모두가 지지로 받아들였기 때문에 개입집단의 부양부담점수가 통제집단에 비하여 감소되지 않은 것 같다고 설명하였다. 그러나 Chang(1999)의 인지행동 프로그램은 주부양자가 치매노인에게 식사와 옷입기 기술을 가르치는 비디오를 본 후에 거기에서 사용된 전략들을 치매노인에게 적용하는 것으로, 연구자와는 1주 1회, 평균 10-20분 정도만 전화로 이야기하는 간접 개입방식을 사용했다. 즉 프로그램의 개입 내용이나 개별화 강도가 비교적 약한 것 때문에 주부양자들에 대한 개입효과가 나타나지 않은 것일 수 있다.

인지행동 집단상담 프로그램을 제공받은 개입집단의 우울점수를 측정시기별로 살펴보면

을 때, 사전검사에서는 22.33점, 사후검사에서는 17.67점, 3개월 후의 추후검사에서는 16.20점으로 통제집단보다 유의하게 감소되어서 인지행동 집단상담 프로그램이 주부양자의 우울 정도를 지속적으로 감소시킬 수 있음이 입증되었다. 이러한 결과는 치매가족에 대한 스트레스 관리프로그램이 우울 감소에 효과적이라는 김양이(1999), 인지행동치료가 우울감소와 우울예방에 효과가 있다는 Chang(1999)과 인지행동 개입프로그램 내용이 다요인적인 접근일수록 더 효과적이라는 Montgomery와 Borgatta(1989)의 연구결과들과 일치하였다. 이해정과 김영숙, 김기련, 김주성 및 서지민(2003)은 주부양자의 대처유형과 성별이 치매노인 주부양자의 우울을 63%정도 설명한다고 했다. 이 결과에 의하면 여성이면서 부정적 대처유형을 많이 활용하고, 인지적 재구조화를 적게 이용하는 주부양자일수록 우울수준이 높아지기 때문에 본 연구에서 사용한 인지 재구조화와 같은 긍정적 대처유형에 대한 집중적인 교육 및 훈련내용이 여성 주부양자들의 우울수준을 감소시키는데 긍정적인 영향을 주었을 것이다.

그러나 Ostwald와 Hepburn, Caron, Burns 및 Mantell(1999)의 연구에서는 우울정도가 7주간의 심리 교육적 개입 후에는 유의한 차이를 보이지 않았던 반면, 5개월 후에는 유의미하게 감소되는 지연효과를 보이고 있다고 설명하고 있어서 본 연구결과와는 차이가 있었다. 그들(Ostwald 등, 1999)은 개입 후에도 우울수준이 감소하지 않은 이유가 표본수가 작아서라고 설명하였으나 본 연구자의 생각으로는 집단참가자 수가 많게는 22명이나 되는 등, 부양자에 대한 개별화 강도가 약했던 것이 더 큰 이유였을 것이다. 이러한 추론은 치매노인 주부양자의 개인적인 욕구를 개입전략에 반영

하는 개별화 강도가 높아야 개입프로그램이 효과적이라고 한 Schulz와 Salthouse(1999), 또 집단 상담에서 치매노인 주부양자의 수가 8-10명보다 많으면 집단과정이 방해받을 것이라고 주장한 Brodaty, Gresham과 Luscombe(1997)의 주장에 근거한 것이다.

인지행동 집단상담 프로그램을 제공받은 개입집단의 불안점수를 측정시기별로 보았을 때, 사전검사에서는 47.47점, 사후검사에서 40.47점, 추후검사에서 40.27점으로 개입 후에 유의하게 점수가 감소되었고, 또한 3개월 후에도 감소된 점수가 그대로 유지되고 있어서 인지행동 집단상담 프로그램이 주부양자의 불안 정도를 감소시킬 뿐만 아니라 개입 후에도 개입효과가 지속되는 것이 확인되었다. Chang(1999)의 연구결과에서는 인지행동 프로그램 실시 후에 개입집단의 불안점수가 통제집단보다는 감소되었으나 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 개입 8주 후의 검사에서는 개입집단의 불안점수가 유의하게 감소되는 지연효과가 나타나서 지속효과가 나타난 본 연구 결과를 부분적으로 입증하였다.

이러한 본 연구결과는 높은 수준의 개별화와 체계적이고 구체적인 기술을 훈련시키는 개입프로그램이 효과적이라는 선행연구 결과들(Davies, Priddy, & Tinklenberg, 1986; Hinchliffe, Hyman, & Blizard, 1992)과 정서적 지지와 정서 관리기술이 포함되어있고 인지행동치료에 기반을 둔 집단상담 개입이 주부양자의 지각된 사회적 지지를 증가시킨다는 주장을 확인하였다(Toseland, Rossiter, Peak, & Smith, 1990; Toseland, Labrecque, Goebel, & Whitney, 1992). 그러나 개입이 없어도 때로는 주부양자의 부양스트레스가 개선된다고 보고한 Zarit과 Anthony 및 Boutselis(1987)의 연구결과와는 상

반되게 개입을 받지 않은 주부양자의 부양스트레스는 시간이 지나도 자연적으로는 감소되지 않고 오히려 증가하는 것으로 나타나서 개입의 중요성을 확인해 주었다. 즉 효과적인 개입프로그램으로 치매노인 주부양자의 부양스트레스를 적절한 시기에 감소시켜주는 것은 치매노인에 대한 부양능력을 유지시킬 뿐만 아니라 부양자의 삶의 질을 높이고 치매노인에 대한 부양자의 평가를 긍정적으로 변화시키는데 큰 도움이 될 수 있을 것이다.

본 연구의 의의는 기존의 국내 개입연구들에서 미흡하였던 개입내용에 대한 세부적인 매뉴얼과 개입효과를 평가하는 객관적인 측정치들을 제시하였다는 것이다. 또 최근에 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소에 널리 사용되고 있는 인지 행동적 접근 방식이 그 개입내용, 개입방법, 개입강도, 개별화 강도에 따라 다른 효과를 나타낼 수 있음을 보여줌으로써 효과적인 개입프로그램에 대한 방향을 어느 정도 제시하였다는 것이다. 따라서 주부양자들을 위한 집단상담 프로그램을 운영할 때는 집단 참가자의 수, 개입횟수, 개입간격, 개입강도, 개별화, 프로그램 진행자의 전문성 등과 같은 개입요소들을 보다 객관적으로 검증해 볼 필요가 있을 것이다.

앞으로 추후연구에서는 첫째, 더 많은 수의 사례 수를 무선 표집한 반복연구를 통하여 본 연구에서 사용한 인지행동집단상담 프로그램의 개입효과를 확인하고 둘째, 프로그램 참여 경험에 대한 심층면접을 통하여 주부양자들의 특성과 양상을 파악하고 개입프로그램에 대한 과정을 평가하는 것이 필요할 것이다. 셋째, 부양스트레스에 대한 개입효과가 상실되는 시점을 찾아내서 그 효과를 지속시킬 수 있는 방안을 강구하여야 할 것이다. 마지막으로, 본

연구에서는 사전검사부터 추후검사가 종료되는 기간까지 보통 20-21주(약 5개월)가 소요되었다. 그리고 치매노인 주부양자들은 이 기간 동안에도 부양하던 치매노인이 사별하거나 다른 가족이나 본인이 입원하게 되는 것을 포함해서 다양한 생활사건에서 오는 스트레스들을 헤쳐 나가야 한다. 따라서 스트레스가 되는 생활 사건들을 개입프로그램에 적절하게 포함함으로써 주부양자를 위한 개별화 강도를 높이는 것도 고려해야 하며 현 시점에서 개입프로그램에 직접 투여될 수 있는 전문 인력으로 고려될 수 있는 정신보건 전문요원, 즉 임상심리사, 정신보건 간호사, 그리고 정신보건 사회 복지사 등의 훈련과정에 치매노인뿐만 아니라 주부양자들을 위한 다양한 서비스와 프로그램 개발 및 훈련방법을 포함시키는 것이 필요할 것이다.

참고문헌

- 권중돈 (1994). 치매노인 부양부담사정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김양이 (1999). 치매노인 주부양자를 위한 스트레스 관리훈련의 효과. 서울여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박애순 (1998). 환병 집단과 우울증 집단의 부부 갈등, 인지적 평가 및 대처방식 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 변용찬 (1997). KDI 주관 '97년 국가정책개발사업' 치매관리 mapping 개발연구. 한국보건사회연구원, 12, 38-39.
- 양영희 (1992). 만성입원환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조 모형. 서울대학교 대학원 박사학위논문.

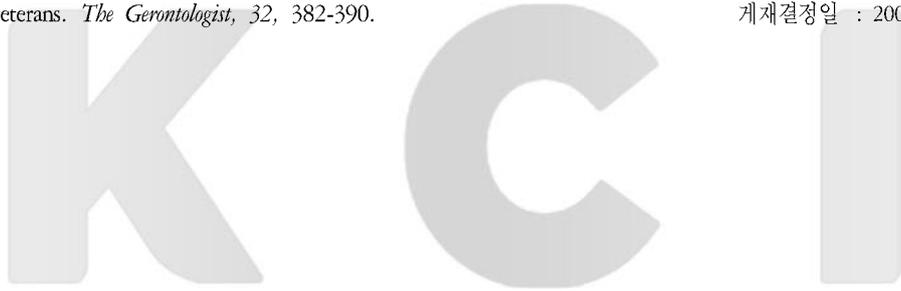
- 유은정 (2002). 집단지지프로그램이 치매환자 가족 간호자에게 미치는 효과 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 윤가현 (1998). 노인성 치매노인의 주부양자가 지각하는 심리적 부담 및 부양의무감의 비교 문화적 연구. *한국노년학*, 18, 75-90.
- 이은희, 윤가현 (2005). 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발. *한국노년학연구*, 14, 5-49.
- 이형석, 김도관, 고혜정, 구형모, 권의정, 김지혜 (2004). 치매 환자 보호자의 스트레스 평가: 기억 및 행동문제점검-개정판. *한국심리학회지: 임상*, 23, 1029-1050.
- 이해정, 김영숙, 김기련, 김주성, 서지민 (2003). 치매노인을 돌보는 가족간호제공자의 우울 예측요인. *대한간호학회지*, 33, 936-944.
- 전경구, 이민규 (1992). 한국판 CES-D 개발연구 I. *한국심리학회지: 임상*, 11, 65-76.
- 한덕웅, 이장호, 전경구 (1997). Spielberger의 상태특성불안 검사의 표준화, 성균관대학교, 학생지도연구, 10, 214-222.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구. *간호학회지*, 25, 45-60.
- American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.), Washington, D. C: The Author.
- Barusch, A. (1988). Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers. *The Gerontologist*, 28, 677-685.
- Barusch, A., & Spaid, W. (1989). Gender differences in caring. *The Gerontologist*, 29, 667-676.
- Brodsky, H., Gresham, M., & Luscombe, G. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 183-192.
- Chang, B. (1999). Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48, 173-182.
- Cicirelli, V. G. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist*, 28, 478-482.
- Cohen, D., Anderson, B., & Cairl, R. (1998). Management of families caring for relatives with dementia: Issues and interventions. In V. Kumar & C. Eisdorfer (Eds.), *Advances in the diagnosis and treatment of Alzheimer's Disease* (pp. 351-375). New York: Springer.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress*. New York: Oxford University Press.
- Davies, H., Priddy, J. M., & Tinklenberg, J. R. (1986). Support groups for male caregivers of Alzheimer's patients. *Clinical Gerontologist*, 5, 385-395.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- Eisdorfer, C. (1996). Families in distress: Caring is more than loving. *Psychiatric Annals*, 26, 285-288.
- Gilleard, C. J. (1984). *Living with dementia: Community care of the elderly mentally infirm*. London: Croom Helm.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, C., Boyce,

- A., & Hauck, W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and up set in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 4-14.
- Gwyther, L. P., & George, L. K. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., Berry, J. W., & Hughes, G. H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Hinchliffe, A., Hyman, I., & Blizard, B. (1992). The impact on carers of behavioral difficulties in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 579-583.
- Hinrichsen, G., & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34, 95-102.
- Kartz, S., Ford, A., Moskowitz, R. W., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL-A, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kennet, J., Burgio, L., & Schulz, R. (2000). Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers. In R. Schulz (Ed.), *Interventions for In-home caregivers: A review of research 1990 to present* (pp. 61-125). New York: Springer Publishing Company.
- Kinney, J. M., & Stephens, M. A. P. (1989). Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *The Gerontologist*, 29, 328-332.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Marriott, A., Donaldson, C., TARRIER, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Montgomery, R., & Borgatta, E. (1989). The effects of alternative support strategies on family caregiving. *The Gerontologist*, 29, 457-464.
- Ostwald, S. K., Hepburn, K. W., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 39, 299-309.
- Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62, 2613-2620.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Schulz, R., & Salthouse, T. (1999). *Adult development and aging: Myths and emerging*

- realities*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Skaff, M. M., & Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32, 656-664.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushen, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.
- Toseland, R. W., Labrecque, M. S., Goebel, S. T., & Whitney, M. H. (1992). An evaluation of a group program for spouses of frail elderly veterans. *The Gerontologist*, 32, 382-390.
- Toseland, R. W., Rossiter, C. M., Peak, T., & Smith, G. C. (1990). Comparative effectiveness of individual and group intervention to support family caregivers. *Social Work*, 35, 209-217.
- Zarit, S. H., Anthony, C., & Boutselis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 225-232.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *Families under stress: Caring for the patient with Alzheimer's disease and related disorders*. New York: New York University Press.

원고접수일 : 2006. 2. 9

게재결정일 : 2006. 3. 29



The effects of cognitive-behavioral group intervention in reducing psychological distress in primary caregivers of persons with dementia

Eun-Hee Lee

Department of Psychiatry
St. John of God Hospital

Gahyun Youn

Department of Psychology
Chonnam National University

Chung-sook Lee

Nursing college
Chonnam National University

The purpose of this study was to examine the effects on the reduction of caregiving burden, depression, and anxiety of the primary caregivers of persons with dementia in comparison with a control group. The cognitive-behavioral intervention program was developed by Lee and Youn(2005). The program consisted of 3 parts; psychological education, stress management, and coping skills. 31 primary caregivers were recruited in Y and S hospitals in Gwangju and Chonnam area and divided into 2 groups i.e Intervention Group(n=15) and Control Group(n=16) with the homogeneous characteristics of the demographic traits and the severity of persons with dementia in activities of daily living skill, memory problems, and behavior problems. The study also investigated the long-term effect(3 month) of the intervention program. Study took 3 groups proceeded one after another because there were not sufficient persons at the same time from June 2004 to March 2005. All the caregivers participating in the study responded to the same questionnaire 3 times such as, before the intervention(pre), after the intervention(post), and 3 month after the intervention(follow-up). The data was analyzed with repeated measure ANOVA, paired t-test and t-test. There was a significant reduction in caregiving burden, depression and anxiety in the intervention group, compared with control group at post treatment and follow-up after 3 months which indicated the continuity of intervention effect. However, in the control group, there was no changes during the sametime. The conclusion of the study was that cognitive behaviour intervention can have significant benefits to caregivers of persons with dementia. In the last part of the study, the suggestions, the limitations, and the direction of the further study were discussed.

Keywords : caregiver, caregiving stress, cognitive-behavioral programme, dementia

부록 1. 치매노인 주부양자 관련 인구통계학적 특성

특 성	개입집단(n=15)		통제집단(n=16)		X ²	p
	N	(%)	N	(%)		
성별	남자	1 (6.7)	5 (31.3)		3.00	.08
	여자	14 (93.3)	11 (68.8)			
결혼상태	미혼	0 (0.0)	2 (12.5)		2.97	.23
	배우자 생존	14 (93.3)	14 (87.5)			
	기타	1 (6.7)	0 (0.0)			
직업	무	11 (73.3)	8 (50.0)		1.77	.18
	유	4 (26.7)	8 (50.0)			
학력	초졸 이하	0 (0.0)	4 (25.0)		6.04	.20
	중졸	1 (6.7)	1 (6.3)			
	고졸	4 (26.7)	6 (37.5)			
	대졸이상	10 (66.7)	5 (31.3)			
노인과의 관계	배우자	0 (0.0)	2 (12.5)		7.46	.11
	딸	8 (53.8)	5 (31.3)			
	아들	1 (6.7)	4 (25.0)			
	며느리	6 (40.0)	3 (18.0)			
	기타	0 (0.0)	2 (12.5)			
도움가족	유	9 (60.0)	6 (40.0)		1.20	.27
	무	6 (40.0)	9 (60.0)			
건강상태	좋음	5 (33.3)	9 (56.3)		4.03	.13
	보통	9 (60.0)	4 (25.0)			
	나쁨	1 (6.7)	3 (18.7)			
나이	40대 이하	9 (60.0)	8 (50.0)		1.94	.38
	50대	5 (33.3)	4 (25.0)			
	60대 이상	1 (6.7)	4 (25.0)			
월수입	100만원 미만	1 (6.7)	2 (12.5)		1.77	.41
	100-200만원 미만	8 (53.3)	11 (68.8)			
	200만원 이상	6 (40.0)	3 (18.7)			
부양기간	5년 이하	10 (66.6)	8 (50.0)		.92	.63
	6-10년	1 (6.7)	2 (12.5)			
	11년 이상	4 (26.7)	6 (37.5)			
부양시간 (1일)	10시간미만	5 (33.3)	5 (31.3)		.16	.92
	10-20시간미만	2 (13.3)	3 (18.8)			
	20시간 이상	8 (53.3)	8 (50.0)			

부록 2. 치매노인 관련 인구통계학적 특성

특 성	개입집단(<i>n</i> =15)		통제집단(<i>n</i> =16)		χ^2	<i>p</i>
	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)		
성별	남자	2 (13.3)	3 (18.7)		.168	.68
	여자	13 (86.7)	13 (81.3)			
결혼상태	사별	11 (73.3)	12 (75.0)		.011	.92
	배우자 생존	4 (26.7)	4 (25.0)			
학력	초등이하	11 (73.3)	13 (81.3)		.278	.60
	중등이상	4 (26.7)	3 (18.7)			
가족력	유	3 (20.0)	5 (31.2)		.368	.54
	무	12 (80.0)	11 (68.8)			
재정상태	좋음	5 (33.3)	2 (12.4)		5.526	.06
	보통	4 (26.7)	11 (68.8)			
	나쁨	6 (40.0)	3 (18.8)			
나이	60대	1 (6.6)	1 (6.3)		.298	.86
	70대	7 (46.7)	6 (37.4)			
	80대	7 (46.7)	9 (56.3)			
약물복용기간	12개월 이하	5 (33.3)	4 (25.0)		.579	.75
	13-24개월	3 (20.0)	5 (31.2)			
	25개월 이상	7 (46.7)	7 (43.8)			
발병 후 기간	12개월 이하	4 (26.7)	4 (25.0)		1.992	.37
	13-24개월	1 (6.7)	4 (25.0)			
	25개월 이상	10 (66.6)	8 (50.0)			
악화 후 기간	12개월 이하	7 (46.7)	7 (43.8)		.726	.70
	13-24개월	2 (13.3)	4 (25.0)			
	25개월 이상	6 (40.0)	5 (31.2)			
진단 후 기간	12개월 이하	7 (46.7)	7 (43.8)		.726	.70
	13-24개월	2 (13.3)	4 (25.0)			
	25개월 이상	6 (40.0)	5 (31.2)			

부록 3. 인지행동 집단상담 프로그램의 개요

회기/주제	내 용	목 적
1. 치매란 무엇인가?	<ul style="list-style-type: none"> - 진행자와 주부양자 소개 - 부양에 따르는 어려움 토로 - 치매진단, 원인, 증상 및 경과 등 교육 - 부양에 대한 역기능적 신념 파악 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매이해와 정서적 지지 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
2. 치매노인과 스트레스	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 취약성 모델 제시 - 질병에 대한 통합 모델 - 치매노인증상에 대한 잘못된 대처방법교육 	<ul style="list-style-type: none"> - 증상에 대한 지식 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
3. 부양상황에 대처하기	<ul style="list-style-type: none"> - 치매노인의 증상 평가 - 주부양자의 잘못된 믿음 수정 - 스트레스 과정모델 제시 - 주부양자의 욕구 파악 - 인지 모델 소개 	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 평가 및 자기이해 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
4. 스트레스 관리와 이완훈련	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스란 무엇인가? - 부정적인 자동적 사고 찾기 - 이완훈련 교육 및 시연 	<ul style="list-style-type: none"> - 지식 및 정보증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
5. 스트레스에 대한 심리적 반응관리	<ul style="list-style-type: none"> - 인지모델 재학습, - 질문기법 설명 및 연습 - 부정적 인지에 대한 논박 연습 - 잘못된 사고나 신념 수정 	<ul style="list-style-type: none"> - 지식 및 정보증가 - 우울감소 - 부양부담감소
6. 스트레스에 대한 행동적 반응관리	<ul style="list-style-type: none"> - 스트레스 대처 행동 원리 - 일반적인 회피부적응적 행동 인식 - 역할연기 모델링 기법 - 행동 변화를 위한 단계 계획 - 시간관리 기술 	<ul style="list-style-type: none"> - 지식 및 정보증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
7. 대처기술 훈련: 행동관리	<ul style="list-style-type: none"> - 치매주부양자 강점과 욕구 파악 - 치매노인의 문제행동 분석 - 개입전략과 적용연습 - 치매노인의 증상 재교육 	<ul style="list-style-type: none"> - 자기 이해와 대처기술 증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
8. 대처기술 훈련: 상실감 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 상실감과 감정반응 교육 - 상실감에 내재된 부정적 자동적 사고 인식 - 소크라테스 식 질문기법 연습 - 대안 제공 - 치매노인에 대한 긍정적인 인지 재 개념화 	<ul style="list-style-type: none"> - 정서적 지지 및 대처기술증가 - 우울 감소 - 불안 감소 - 부양부담 감소