



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

사회복지학 석사학위논문

치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는
인지기능과 정신행동증상
: 돌봄제공자의 치매태도 조절효과 중심으로

2017년 2월

서울대학교 대학원
사회복지학과
권예진

국문초록

치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 인지기능과 정신행동증상 : 돌봄제공자의 치매태도 조절효과 중심으로

서울대학교 대학원
사회복지학과
권 예 진

치매는 뇌의 신경세포가 손상되면서 기억, 언어능력, 지남력, 문제 해결능력, 판단력 등의 인지기능이 저하되고, 망상과 배회 등의 정신증상과 우울, 불안, 초조 등의 심리적 경험이 동반되는 신경정신계 질환으로 노인인구가 증가함에 따라 치매환자의 수 또한 증가하고 있다. 치매로 인한 환자와 가족의 고통이 심각함에도 불구하고, 치매에 대한 의료적 치료가 제한적이기 때문에 심리사회적 개입을 통해 치매환자의 성공적인 적응을 지원할 필요가 있다.

이를 위해 본 연구에서는 적응유연성 모델을 통해 치매환자의 삶의 질에 부정적 영향을 주는 질병관련 위험요인 뿐 아니라 심리사회적 보호요인을 살펴봄으로써 실천적 개입의 근거를 제공하고자 한다. 위험요인으로는 치매의 주증상인 인지기능 저하와 주변증상인 정신행동증상을 설정하였고, 보호요인은 치매 말기에도 환자에게 영

향을 줄 수 있는 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적, 긍정적 태도로 설정하였다. 치매노인실태조사(2010)의 조사대상자 중 응답의 신뢰성을 높이기 위해 MMSE-DS 점수 9이상인 알츠하이머형 치매환자와 돌봄제공자 374쌍에 대한 설문 결과를 활용하여 연구문제를 검증하였다.

연구 문제는 첫째, 위험요인인 인지기능저하, 정신행동증상이 삶의 질에 영향을 미치는가? 둘째, 치매환자의 보호요인인 돌봄제공자의 비편견적·긍정적 태도는 삶의 질에 영향을 미치는가? 셋째, 치매환자의 보호요인은 위험요인의 영향을 조절하는가로 설정하고 위계적 회귀분석을 통해 연구가설을 검증하였다.

분석결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 치매환자의 인지기능 저하정도에 따라 삶의 질에 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 삶의 질은 인지기능 저하가 최경증, 경증으로 진행된 치매환자가 비슷한 수준을 가지며, 중증으로 진행되면 삶의 질이 낮아진 것으로 나타난다. 둘째, 정신행동증상의 빈도가 증가함에 따라 환자의 삶의 질은 낮아지는 것으로 확인되었다. 셋째, 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도를 가질수록 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 미치는 부정적 영향이 감소했다. 넷째, 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도를 가질수록 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 미치는 부정적 영향이 미미하게 증가되었다. 다섯째 인지기능 저하정도가 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향은 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적·긍정적 태도에 따라 달라지지 않았다.

본 연구는 다음과 같은 이론적, 실천적 의미를 가진다. 첫째, 보호요인을 치매 말기에도 개입이 가능한 환경요인에서 확인하므로 연구의 독창성을 갖는다. 둘째, 위험요인의 주효과가 검증됨에 따라서, 인지기능저하를 늦출 수 있는 활동과 정신행동증상을 완화할 수 있

는 돌봄제공자의 적절한 반응에 대한 교육에 대한 필요성이 확인되었다. 셋째, 보호요인과 위험요인의 상호작용효과를 확인하므로 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적인 태도 함양을 위한 실천적 개입지점들을 찾을 수 있었다.

주요어: 적응유연성 모델, 치매, 인지기능, 정신행동증상,
돌봄제공자, 태도, 삶의 질

학번: 2014-22322

목차

제1장 서론	1
제1절 연구의 필요성과 목적	1
제2절 연구문제	5
제2장 이론적 배경	6
제1절 치매환자의 삶	6
제2절 적응 유연성 모델(resilience model)	8
제3절 치매환자의 삶의 질 적응유연성 연구	13
1. 치매환자의 삶의 질	13
2. 치매환자의 삶의 질에 대한 위험 요인	16
3. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 보호요인	24
4. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 기타요인들	31
제3장 연구모형	33
제1절 연구모형	33
제2절 연구 문제 및 연구가설	33
제4장 연구방법	35
제1절 연구대상 및 자료수집	35
제2절 변수의 정의 및 측정	37
제3절 자료분석 방법	41
제5장 연구결과	43
제1절 기초통계	43
1. 대상자의 인구사회학적 특성	43
2. 주요변수의 기술 통계 및 정규성 검토	46

3. 변수 간 상관관계 및 다중공선성 검증	48
제2절 가설검증	50
1. 적응유연성 모델 주효과 분석(위험요인, 보호요인)	50
2. 적응유연성 모델 상호작용효과 분석	54
제6장 결론	60
제1절 연구요약	60
제2절 연구결과 논의.....	64
1. 치매 증상 관련 위험요인과 삶의 질.....	64
2. 돌봄제공자 태도 관련 보호요인과 삶의 질.....	66
3. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 기타 변수들.....	68
4. 돌봄제공자 태도 관련 보호요인의 조절효과.....	70
제3절 연구의 함의.....	72
1. 이론적 함의	72
2. 실천적 함의.....	74
제4절 연구의 한계 및 후속연구제언	76
참고문헌	79
부록 : 측정도구표	94

[표 차례]

<표 1> 변수의 구성 및 측정	40
<표 2> 대상자 인구사회학적 특성	45
<표 3> 주요변수의 기술통계 및 정규성 검토	47
<표 4> 변수 간 상관관계	49
<표 5> 주효과 분석(위험요인, 보호요인, 통제변수)	51
<표 6> 위험요인에 대한 보호요인의 조절효과가 삶의 질에 미치는 영향	56
<표 7> 연구가설 지지 및 기각여부	63

[그림 목 차]

<그림 1> 연구모형	33
<그림 2> 정신행동증상 * 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도 조절효과	59
<그림 3> 정신행동증상 * 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도 조절효과	59

제 1장. 서론

제 1절. 연구의 필요성과 목적

치매는 기억력, 언어능력, 지남력, 문제해결능력, 판단력 등의 인지 기능이 저하 될 뿐 아니라, 망상과 배회 등의 정신 증상과 우울, 불안, 초조, 위축 등의 심리적 경험이 동반되고 증상은 비가역적으로 악화되는 질병이다(Merriam et al., 1998; 김성완 외, 2006). 치매역학조사(2015)에 따르면 2015년 기준 전국의 치매환자는 65만 명으로 추정되고, 앞으로도 치매환자는 기하급수적으로 늘어 2024년에는 100만 명이 될 것으로 추산되고 있다. 또 치매를 돌보는 가족은 약 260만 명에 이르는 것으로 나타났다.

치매는 주 증상인 기억력 감퇴로 자주 약속을 잊고, 중요한 물건을 보관한 장소를 잊으며 심할 경우 음식을 씹고 삼키는 방법, 말하는 방법까지 잊게 된다. 또한 치매환자의 75%는 초조, 우울, 무감동, 망상, 환각, 수면장애 등의 정신행동증상을 경험하게 된다(Iyketosos et al., 2002). 특히 망상 증상이 있을 경우, 돌봄제공자와 망상인지 실제인지 논쟁하는 과정을 거치면서 관계가 악화될 수 있다(Paulsen et al., 2000). 또한, 시간이 지나면서 치매환자의 뇌 신경세포가 대부분 손상되게 되고, 타인의 도움이 없이는 기본적인 생활이 되지 않는 상태에 놓이게 된다(오병훈, 2009). 결국 치매는 본인 뿐 아니라 주변 사람들까지 돌봄으로 인해 지쳐가게 하는 것이다.

이렇게 치매 유병률이 증가하고 치매의 증상에 따른 환자와 가족의 고통이 심한 것을 여러 연구를 통해 파악할 수 있다(Merriam et al., 1998; Ettema et al., 2005, 김성완 외, 2006). 하지만 의료계에서 아직까지 치매에 대한 치료가 제한적이기 때문에 치료가 아닌 주관적인 삶의 질을 향상하는 것이 중요하다는 인식이 높아지고 있다(대한노인정신의학회, 2003, 손현숙 외 2007 재인용). 완치가 불가능한

질병의 경우 단순히 원래상태로의 회복보다 치료 이외에 어떤 방법으로 문제에 따른 부정적 영향을 최소화하면서 삶의 질을 높이느냐가 중요하다(손신영, 2006).

치매환자의 삶의 질을 높이는 것이 중요하지만 치매로 인한 인지능력의 저하는 지속적으로 악화되어 질병의 말기가 되면 당사자에 대한 직접적 개입은 제한적이게 된다(김희경, 이옥란, 2000). 이로 인해 본 연구에서는 치매환자를 둘러싼 환경을 중심으로 사회복지적 개입지점을 찾고자 한다. 많은 치매관련 정책에서도 재정적, 심리사회적 개입을 통해 치매환자의 적응결과 지표인 삶의 질을 의미 있게 유지하는 것을 목표로 하고 있다(Wolverson, Clarke & Moniz-Cook, 2010). 치매환자를 둘러싼 환경 중에서도 돌봄제공자는 가장 많은 시간 치매환자와 접하며 관계를 맺고 영향력을 주고 받는 존재이다(Burgener & Twigg, 2002). 또한 주변 사람들이 어떻게 돌봄을 제공하는가에 따라 치매환자는 자아의식은 영향을 받기 때문에 돌봄제공자 관련 실천적 개입지점을 확인할 필요가 있다(Sabat & Harre, 1992).

따라서 본 연구의 목적은 치매환자의 증상으로 인한 고통에도 불구하고 돌봄제공자 관련 자원을 통해 긍정적인 적응을 할 수 있는지 확인하고자 하는 것이다. 치매환자의 신체적 증상(위험요인)과 심리 사회적 자원(보호요인)이 삶의 질에 미치는 영향에 대한 각각의 선행연구들이 존재했다. 하지만, 치매환자가 가지는 신체적 증상과 심리 사회적 자원의 상호작용을 적응유연성 관점에서 살펴본 연구는 드물었다. 적응유연성 관점은 강점관점과도 연결되어 사회복지의 실천에 유용하게 활용될 수 있을 것이다(백지은, 2012).

선행연구를 살펴보면 대부분 치매환자의 삶의 질에 부정적 영향을 주는 요인으로 신체활동 저하, 인지기능저하, 정신행동증상 삶의 질에 미치는 영향에 대해 주목해왔다. 하지만 신체 활동의 제약은 치매가 중기로 진행되기 전까지는 삶의 질에 비교적 영향을 주지 않는 반면, 치매환자들은 질병의 초기부터 인지기능 저하와 정신행동증상으로 인해 이전과 다른 자신의 모습을 발견하고 불안하며 당황

스러운 감정들을 겪는다고 보고되고 있다(Merriam et al., 1998; Lyketosos et al., 2002; Andersen et al., 2004; 김성완 외, 2006). 따라서 본 연구에서 치매 증상관련 위험요인은 인지기능 저하와 정신행동증상이 삶의 질에 어떠한 부정적 영향을 주는지 살펴보고자 한다.

치매는 부정적인 인식을 내포하는 단어이며, 치매를 진단 받으면 우울감을 느끼며 심지어는 빨리 죽기를 바라기까지 하게 된다. 이러한 부정적인 자기상을 형성하는데 가장 중요한 요인은 사회적 상호작용이다(Emde & Hewitt, 2001: p. 147). 따라서 도움이 치매환자에게 가장 가까이에서 돌봄을 제공하고 많은 시간을 보내는 사람이 어떤 태도, 반응을 보이고 서비스를 제공하는가에 따라 치매환자의 자기상과 삶의 질이 좌우될 수 있다(Gilleard, 1984; Kitwood, 1997). 만약, 돌봄제공자가 치매라는 질병이 주는 편견과 부정적인 인식에 사로잡힌 경우, 왜 치매환자가 문제행동을 했는지 고민하지 않게 되어 치매환자의 니즈에 부합하는 서비스 제공은 어려워지고 결국 삶의 질의 저하를 가져올 수 있다(Algase et al., 1996; Kitwood, 1997). 따라서 돌봄제공자가 치매에 대해 비편견적인 태도를 가지고 치매환자들의 니즈에 맞는 서비스를 제공할 필요가 있다.

또한, 많은 연구들에서 돌봄제공자의 환자에 대한 희망적인 태도, 가치 있게 여기는 태도, 긍정적으로 여기는 태도는 치매환자의 삶의 질에 미치는 긍정적인 영향을 확인하였다(Winzelberg et al., 2005, Zimmerman et al., 2005, Spector & Orrell, 2006, Robichaud et al., 2006). 하지만, 이러한 연구들은 태도에 대한 정의가 불분명하고 인지적, 감정적, 행동적으로 구분되는 태도의 영향력을 알 수 없다는 점에서 한계가 있었다. 또한, 치매의 신체적 증상을 조절하는 돌봄제공자의 태도에 관한 몇 개의 실험 연구를 통해 돌봄제공자의 긍정적인 태도가 정신행동증상의 영향을 조절하여 삶의 질을 향상 시킨다는 것을 밝혀냈다. 즉, 보통 우리가 "예쁜 치매"라고 부르는 정신행동증상이 없는 순수치매는 주변 사람의 긍정적인 태도를 통해 가능하다는 것을 밝혀낸 것이다.

따라서 본 연구에서는 우선 선행 연구들에서 간과했던 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도를 인지적 측면(비편견적), 정서&행동적 측면(긍정적)으로 세분화하여 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 살펴보고자 한다. 또한 치매의 증상인 인지기능저하와 정신행동 증상을 조절하는지 확인하고자 한다. 이렇게, 돌봄제공자 관련 보호요인을 파악함으로써 증가하는 치매환자의 돌봄에 대한 방향성을 제시할 수 있다는 점에서 사회복지 실천적 의미가 있다.

삶의 질을 측정하는 문제에 대해 자기보고식(self-report)과 돌봄제공자를 통한 대리 응답 중 어떤 것이 신뢰성이 더 높은가에 대한 논의가 진행 중이다. 여러 선행연구들에서 대리응답자가 돌봄 부담으로 인해 치매환자의 삶의 질을 평가할 때 편견이 나타나기 삶의 질을 낮게 응답하기 때문에 신뢰성이 떨어진다고 설명한다(Ready et al., 2004; Ettema et al., 2005). 이렇게 환자가 보고한 삶의 질 보다 부양자가 보고한 삶의 질이 낮다고 평가하는 경우 윤리적 문제가 있을 수 있기 때문에 치매당사자의 주관적인 경험이 표현되는 환자 본인이 응답한 삶의 질 척도를 사용할 필요가 있다(Selai, 2001). 또한 국내외 치매 관련 연구들은 치매라는 대상자의 특성상 소규모의 편의표집을 통한 서베이 중심의 연구가 대부분이라는 방법론적 한계를 가졌다(손현숙 외, 2007; 김성완 & 신일선, 2006). 이러한 연구들은 편의 표집으로 인해 외적 타당도가 떨어지며 적은 수의 표본으로 인해 통계적 검정력(Power)이 약하다는 한계를 가지고 있었다. 따라서 본 연구에서는 국내에 적합한 치매 관리 모델의 기반을 제시하기 위해 전국 단위에서 치매환자와 돌봄제공자를 대상으로 조사한 2차 자료를 활용하고자 한다.

따라서 본 연구는 적응 유연성 모형에 따라 치매환자의 삶의 질을 확인함에 있어 증상관련 위험요인으로 인지기능저하와 정신행동 증상을 설정하였고, 보호요인으로는 돌봄제공자의 치매환자에 대한 편견 없는 태도, 긍정적인 태도로 설정하였다. 돌봄제공자 관련 보호요인을 설정함으로써 치매환자 돌봄의 방향성을 제시하고자 한다.

제 2절. 연구문제

본 연구는 어떤 위험요인과 보호요인이 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는지 알아보고 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도가 위험요인의 효과들을 조절하는지 살펴보고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구문제는 아래와 같다.

[연구문제1] 치매환자의 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)은 삶의 질에 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제2] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서&행동적 측면)은 삶의 질에 어떤 영향을 미치는가?

[연구문제3] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서&행동적 측면)는 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)의 영향을 조절하는가?

제 2장. 이론적 배경

본 연구는 치매환자의 삶의 질에 영향을 주는 위험요인과 보호요인, 두 요인간의 상호작용 효과를 적응유연성 모델에 따라 살펴보고자 한다. 따라서 제1절에서는 치매환자의 전반적인 삶에 대해 파악함으로써 연구 대상자에 대한 이해를 돕고자 한다. 제 2절에서는 적응유연성모델을 소개하며 이론에 근거한 분석 방법에 대해 제시한다. 제 3절에서는 치매환자 적응지표로서 삶의 질과 치매환자의 인지기능저하, 정신행동증상, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도가 치매환자의 삶의 질에 어떤 영향을 주는지 선행연구를 통해 살펴볼 것이다.

제 1절. 치매환자의 삶

치매는 태어날 때부터 얻는 병이 아니라 아무 문제없이 생활해오던 사람이 다양한 원인, 특히 노화에 인해 뇌기능이 손상되면서 이전에 비해 인지 기능이 지속적이고 전반적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장을 주는 질병이다(오병훈, 2009).

치매환자들은 병을 진단받은 후 두려움, 좌절, 당황, 불안정과 고립감, 가치 없음과 같은 부정적 감정을 경험한다(Tenniss, 1992; 최윤정 외, 2003). 심한 경우 치매환자로 살 바에는 죽는 게 낫다고 생각하는 경우도 발생한다(최윤정 외, 2003). 1995년 일본존엄사협회에서 3,500명의 회원을 대상으로 노인성 치매에 걸리면 연명치료를 받지 않겠는가라는 질문으로 설문조사를 한 결과 응답자의 85%가 연명치료를 거부하겠다고 응답하였다. 즉 노인성 치매에 걸려 다른 사람의 도움 없이는 화장실도 갈 수 없는 비참한 상태로는 생명을 연장하고 싶지 않다는 의견이 대부분이었던 것이다. 이와 같이 치매는

그 자체로 부정적 스티그마(stigma)를 동반하여 부정적인 자기상을 형성하게 하고 삶을 비참하게 만든다(Jolley & Benbow, 2000).

치매환자의 삶을 깊이 있게 살펴본 질적 연구를 살펴보면, 그들은 과거의 기억과 경험에 의해 위로를 받고, 습관에 대한 유지를 통해 기억 상실 상태에 대처하고 있었다. 또한 다른 사람들이 치매를 바라보는 시선이 두려워 자신의 치매를 숨기고 답답함, 고립감, 우울감을 느끼고 있었다. 결국 그들은 기억상실에 압도되어 죽음이 다가옴을 느끼고, 또 빨리 죽음이 다가오길 바라기도 하였다. 그러면서 생애 대해 무기력해 지고 체념하게 되는 경험을 하게 되는 것이다(최윤정, 2003). 또한 일반 노인, 우울증 노인, 치매 노인의 삶의 질을 비교한 연구(연병길, 서국희, 1999)에서는 치매환자 군이 세 집단 중 가장 삶의 질이 낮은 것으로 드러났다.

하지만, Kitwood(1992)는 치매를 진단 받았다고 하여 삶의 질이 항상 낮은 것은 아니며 그들의 심리적인 욕구 즉, 편안함(comfort), 자기다움(identity), 사회와의 관계(inclusion), 애착(attachment), 활동(occupation) 등이 충족되었을 때 삶의 질은 향상될 수 있다고 설명한다. 또한, 좋은 환경, 긍정적인 돌봄제공자의 가치들이 합쳐져 치매환자의 증상을 완화하고 그들의 삶의 기회를 열 수 있다고 설명하였다. 위와 비슷하게 Hughes(2001)도 치매환자를 맥락적, 외적인 요인들에 영향을 받는 존재로 생각하고, 상황을 해석할 수 있는 존재(situated embodied agent)로 보는 관점을 통해 환자의 삶의 질이 향상될 수 있다고 설명한다. 치매환자는 인지기능저하로 인해 병이 말기로 진행 되면 대부분의 기억이 상실되며, 무슨 말을 하는지 그 내용을 파악할 수 없게 되지만, 실제로는 여전히 모든 감각이 살아있고, 자신의 삶을 결정하는 주체이며, 존경받을 만한 가치가 있다(Brooker, 2003). 그리고 말기로 병이 진행되기까지 오랜 시간이 걸리기 때문에 치매를 진단 받은 후 모든 것을 포기하는 태도는 지양할 필요가 있다(National Institute on Aging, 2003).

제 2절. 적응유연성 모델(resilience model)

적응유연성 모델은 심리적 스트레스 원에 대한 취약성은 동일한 위험 상황에 처하더라도 개인마다 다르게 나타날 수 있고(집단 내부 변량 존재), 개인의 신체적인 혹은 심리적인 특성이 스트레스 원에 대한 취약성을 조절하는지에 중점을 둔다(Rutter, 1985). 적응 유연성이란 적응과 발달을 위협하는 심각한 역경이나 위험에도 불구하고 긍정적 적응을 성취하는 역동적인 과정을 의미한다(Luthar et al., 2000). 이는 병리나 결핍에 관심 갖기보다 문제의 해결을 위한 집단이나 개인의 강점을 강화하려는 강점관점과도 연결되며 사회복지의 실천에 유용하게 사용될 수 있다(백지은, 2012).

선행연구를 살펴보면 치매의 인지기능과 신체기능이 손상되는 증상에 초점을 맞춘 병리적인 관점을 통한 연구가 많이 존재하였다(McKeith, I. & J. Cummings, 2005). 이렇게 치매 증상으로 인한 위험요인에 초점을 맞출 경우 실천적 함의를 찾는데 한계가 있다. 하지만 적응 유연성 모델의 적용을 통해 치매환자의 증상으로 인한 위험요인의 영향을 완화하는 보호요인을 확인하므로 많은 치매환자들에게 희망을 줄 필요가 있다. 즉, 치매가 삶을 어렵게 하지만 그럼에도 불구하고 어떻게 특정 치매환자들은 긍정적으로 살아갈 수 있는가를 제시함으로써 치매를 진단 받아 좌절하는 사람들은 희망을 얻을 수 있다. 따라서 본 연구에서는 적응유연성 모델을 기반으로 치매환자의 삶의 질의 어떤 위험요인과 보호요인에 따라 다르게 나타나는지 설명하고자 한다.

적응유연성 연구는 크게 두 가지로 나뉜다고 볼 수 있다. 첫째 적응유연성을 개인의 성격적인 성향(trait)으로 보는 연구, 즉 인물중심 접근으로 범주적 접근이라고 하며, 변별분석, 군집분석, 변량 분석 또는 단일 사례연구를 통해 적응유연한 집단과 그렇지 못한 집단 간 차이를 검증한다. 하지만, 이 두 집단을 구분하는 기준이 임의적이기 때문에 연구마다 결과의 차이가 발생할 수 있다는 단점이 존

재한다(Luthar et al., 2000). 둘째, 적응유연성을 위험요인과 결과요인 사이를 보호요인이 조절하는 전체적인 적응과정으로 보는 연구가 있다. 이러한 연구는 주효과 모형, 간접적 모형, 상호작용 모형으로 변수들을 구성하고, 그중에서 상호작용모형(interaction model)의 해석에 중점을 둔다(Masten et al., 2001).

본 연구에서는 치매환자에게 작용하는 위험요인과 보호요인의 상호작용을 살펴보고자 한다. 주효과 모형에서 검증되는 위험요인은 치매의 병리적 특성에 초점을 맞추고자 한다. 치매는 뇌의 신경세포가 대부분 손상되어 기억, 판단 및 신체적 활동을 어렵게 하는 신경정신계 질환이다(오병훈, 2009). 뇌 신경세포의 손상으로 인해 치매 환자는 신체적 활동 능력이 감소하여 다른 사람에게 의존하게 되고 삶의 질에 부정적 영향을 주기도 하지만, 치매 초기에는 큰 차이가 나타나지 않는다(Andersen et al., 2004). 반면 대부분의 치매환자들은 중심증상인 인지기능의 저하를 경험할 때, 이전과는 다른 자신의 모습을 발견하면서 스트레스를 받게 된다(Merriam et al., 1998; Ettema et al., 2005, 김성완 외, 2006). 특히, 인지기능 저하되는 모습은 치매의 전조 증상이라고도 볼 수 있는데, 조금 전에 했던 일 또는 생각을 자주 잊어버리고, 돈이나 열쇠 등 중요한 물건을 보관한 장소를 잊어버리는 등의 경험을 하게 된다(Morris et al., 2001). 이러한 인지기능의 저하가 심각해지면 세수하는 방법, 대소변을 본 후 뒤처리하는 방법, 말하는 방법까지도 잊게 되어 다른 사람의 도움이 없이는 살아가기 어려운 상태가 된다. 또 노인들에게 사회적인 삶과 활동을 잃어버리게 되는 것이 부정적인 삶의 질을 가져오는 것은 요인이라는 연구가 있다(Xavier et al., 2003). 치매로 인해 겪게 되는 인지 저하라는 증상으로 인해 길을 잃어 버려 독립적으로 하던 외부활동을 줄이고, 자신에게 인지적인 문제가 있다는 것을 보이지 않기 위해 사회적인 삶의 영역을 줄이고자 한다. 이와 같이 인지저하는 치매환자들의 독립적인 생활영역을 줄이고 사회적인 관계를 약하게 하여 삶의 질에 부정적인 영향을 준다.

치매의 주변증상으로는 정신행동증상이 있으며 치매환자에게 흔하게 나타난다. 초조, 우울, 무감동, 망상, 환각, 수면장애 등이 주 내용으로 초기 인지저하 증상을 보이는 사람의 43%, 치매환자의 75%가 이러한 증상 등을 경험하였다고 응답한 연구결과가 있다(Lyketos et al., 2002). 예를 들어 망상의 경우 가족을 보고도 다른 사람이 가족으로 변장하여 자신을 위협한다고 생각하고 공격적인 행동 및 불안함을 보인다. 사실 관계를 설명하더라도 망상증상이 나타나면 쉽게 설득이 되지 않고, 오히려 환자와 다른 주장을 하는 돌봄제공자와 관계가 악화될 수 있다(Paulsen et al., 2000). 이런 망상이 계속 반복되고 돌봄제공자는 망상을 인정하지 않는 환자로 인해 극도의 스트레스를 받게 된다. 이와 같이 정신행동증상은 특히, 돌봄제공자의 스트레스와 우울과 관련되어 고용을 어렵게 하고 돌봄 지출을 크게 하는 요인이 된다. 가족인 돌봄제공자가 지치거나, 더 이상 유료 간병인과 같은 돌봄제공자를 고용하지 못할 경우 요양원과 병원 전거라는 결과를 이끌기도 한다. 생활환경을 전반적으로 바꾸는 병원과 요양원에서의 전거는 당사자에게 큰 스트레스 요인이 될 뿐만 아니라, 이로 인한 돌봄 지출은 증가되고 또 환자와 가족의 부담으로 이어지게 된다(Rubinstein et al., 1992, Sink et al., 2005). 이렇게 치매환자에게서 흔하게 관찰되는 정신행동증상은 환자와 가족, 돌봄제공자의 삶에 부정적 영향을 줄 수 있는 위험요소로 생각된다. 따라서 본 연구에서는 이러한 치매로 인한 증상(인지기능저하, 정신행동증상)들을 위험요인으로 설정하고자 한다.

일반적으로 보호요인의 경우 크게 개인적 자원과 가족 및 지역사회 자원 등으로 나눌 수 있다(Garney, 1993). 개인적 자원은 개인의 성격, 교육 수준, 소득 수준, 건강 수준이 될 수 있고, 가족 및 지역사회 자원은 결혼 여부, 가족 및 친구의 지지, 종교 모임, 문화적 영향이 있을 수 있다(Foster, 1997). 치매환자의 경우 병이 진행되면서 사회생활이나 일상생활이 어려워지게 되고 결국 타인의 도움을 받고 살아가기 때문에 돌봄제공자가 어떤 태도와 행동을 취하는가

는 삶의 질을 결정하는 중요한 요소이다(Karlawish et al., 2001; Terada et al., 2013). Sabat & Harre(1992)의 연구에서 치매환자의 자아의식은 질병의 후기까지에도 남아있으며, 주변사람들이 어떻게 치매환자에게 반응하고, 다루는가에 따라 영향을 받는다고 설명하고 있다. Kitwood(1997)는 치매 증상으로 인해 고통을 겪더라도 인간 중심 돌봄(Person centered care)이 그 영향을 조절하여 치매환자의 삶의 질을 유지할 수 있다고 설명하고 있다. 인간 중심 돌봄은 치매에 대한 편견 없이 왜 문제 행동을 하는가에 대해 성향(기질, 능력), 대처방식, 개인생활사, 건강상태, 사회·심리 등을 생각하여 돌봄에 반영하는 것이다. 예를 들어 주변 사람을 때리거나 의자를 던지는 등의 공격적인 행동을 할 때, 치매의 증상이라고 단정하지 않고, 과거의 경험이나 본인의 어떤 성향, 불편감 때문에 그런 행동을 하는 게 아닐까 의문이 선행된다면, 환자에게 필요한 돌봄을 제공할 수 있고 결국, 환자의 삶의 질에 긍정적 변화를 가져오게 된다. 즉, 치매환자가 보이는 이상행동을 뇌신경 장애로 인한 증상이라는 편견 없이 네 가지 요소(성향, 대처방식, 개인생활사, 건강상태, 사회·심리)를 염두에 두고 돌봄을 제공한다면 아이디어가 끊임없이 떠오를 것이고 그 아이디어를 바탕으로 대응하면 치매환자의 상태도 호전된다고 설명하고 있다. 이러한 인간중심적 돌봄을 제공할 때 환자의 삶의 질이 향상된다는 연구결과가 다수 존재한다(Terada et al., 2013).

또한, NDB(the need-driven dementia-compromised behavior model) 모델에 따르면 비명, 물리적 공격, 방황 등의 행동은 치매환자의 충족되지 못한 욕구를 대변하며, 이를 충족시키기 위해 치매환자 각각에 대한 이해가 필요하다고 설명하고 있다. 또 돌봄제공자는 치매환자와의 사회적 상호작용에 참여하여 행동의 원인을 찾아야 한다고 말하고 있다. NBD 이론에서는 사회적 상호작용에 의한 개입을 통해서 치매환자의 삶이 강조되고, 환자의 “여기-지금(here & now)”의 상태에서 소통하는 것을 중요하게 여긴다(Algase et al.,

1996). 이와 같이 돌봄제공자의 치매환자에 대한 반응과 행동은 환자의 삶에 많은 영향을 미치며, 이를 결정하는 변수는 태도이다 (Sivace & Crano, 1982). 돌봄제공자의 치매에 대한 태도는 치매환자와의 직접적인 경험을 통해 형성되기 때문에 돌봄 행동을 예측할 가능성이 높기 때문이다(Regan & Fazio, 1977).

본 연구에서는 치매환자가 가진 위험요인과 보호요인이 각각 적응결과에 미치는 독립적인 효과를 검증하는 주효과 모형과 위험요인이 적응에 미치는 효과가 보호요인들(조절변수)에 의해 달라짐을 설명하는 상호작용모형을 검증하고자 한다. 적응유연성 모델에 근거한 치매환자의 보호요인과 상호작용효과를 확인하여 통해 사회복지 실천 개입의 근거로 활용할 수 있다(Luthar, 1993; Masten et al., 2001; 신현숙, 2003; 정미경 외, 2010). 또한 상호작용모형은 특정한 개입프로그램의 이론적 근거뿐만 아니라 어떠한 대상자에게서 가장 효과적인 결과를 산출할 수 있는지를 알려 줄 수 있기 때문에 개입 대상의 특성에 따라 차별화된 프로그램을 개발할 수 있게 해준다는 의의를 갖는다(차유림, 2012).

본 연구는 치매환자 당사자의 삶의 질을 높이기 위해 사회복지 실천영역에서 어떠한 개입이 필요한지 논의하는 것이 목적이기 때문에 위험요인과 보호요인이 치매환자의 적응결과에 미치는 주효과 모형과 위험요인과 보호요인의 상호작용을 보는 상호작용 모형을 구성하여 연구를 진행하고자 한다.

제 3절. 치매환자의 삶의 질 적응 유연성 연구

1. 치매환자의 삶의 질

1) 정의

삶의 질은 기존에 수명 연장에 중점을 두던 의학적 관점에서 삶의 의미와 환자의 질적인 삶이 고려되어야 한다는 필요성에 의해 중요성을 인정받게 되었다. 이후 치매환자의 삶의 질은 치매 돌봄 서비스의 중요한 결과지표, 치료의 결과지표, 적응지표로 사용되고 있다(Gonzalez-Salvador, 2000; Wolverson, Clarke & Moniz-Cook, 2010; 김성완 & 신일선 2006;). 실제 많은 치매관련 정책에서도 재정적, 심리사회적 개입을 통해 치매환자의 적응결과 지표인 삶의 질을 의미 있게 유지하는 것을 목표로 하고 있다(Wolverson, Clarke & Moniz-Cook, 2010).

삶의 질의 용어는 정확히 규정되어 있지 않으며 연구자의 연구 목적, 상황, 연구 대상 등에 따라 상이하게 개념화되는 경향을 보였다. 선행 연구들에서 삶의 질의 대한 정의를 주관적 측면의 삶의 질과 객관적, 주관적인 영역이 포괄된 삶의 질로 구분해 볼 수 있다. 주관적 측면에서 삶의 질에 대한 정의는 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각(WHO, 1993)이 있다. 객관적 영역과 주관적인 영역이 포괄된 삶의 질에 대한 정의는 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적 물질적 생활 여건 뿐 아니라 주관적인 생활 만족의 정도 등을 포함하는 종합적이고 포괄적인 개념(오영희 외, 2005)이 있다.

본 연구에서는 치매환자들의 직접적인 경험에 초점을 맞추고자 주관적인 측면에서 삶의 질을 정의하고자 한다. 주관적인 측면의 삶의 질은 타인의 기준이 아닌 치매환자 자신의 기준으로 자신의 삶에 대해 어떻게 느끼는지 확인할 수 있다는 장점이 있다(Diener,

1997). 따라서 삶의 질에 대한 정의는 행복, 만족, 긍정적인 정서, 사기 등의 개념이 내포된 주관적 안녕감을 의미하는 것으로 한다(Diener, 2000).

2) 측정방법

치매환자는 삶의 질 응답방법에 있어 자기보고식(self-report)과 돌봄제공자를 통한 대리 응답이 존재하는데, 어떤 방식이 응답의 신뢰성이 더 높은가에 대한 논의가 진행 중인 상황이다. Rabin & Kasper(1997)은 치매환자 인지적 부족으로 인해 신뢰성 있는 응답을 얻기 어렵기 때문에 반드시 관찰 가능한 행동과 표현을 통해 돌봄제공자의 대리응답으로 측정해야 한다고 주장한다. 하지만, 많은 연구에서 대리응답자는 치매환자 본인이 삶에 질에 대해 자기보고식 응답 할 때보다 치매환자의 삶의 질이 낮다고 평가하는 체계적인 오류가 발생하였다. 선행연구를 통해 그 이유를 종합했을 때 첫째, 대리응답자가 돌봄 부담으로 인해 치매환자의 삶의 질을 평가할 때 편견이 나타나기 때문이다(Ready et al., 2004; Ettema et al., 2005). 둘째, 환자가 자신의 기능 정도에 대해 부분적으로 인식하거나, 병식이 부족하기 때문으로 정리할 수 있다(김성완 & 신일선, 2006). 이렇게 환자가 보고한 삶의 질 보다 부양자가 보고한 삶의 질이 낮다고 평가하는 경우 윤리적 문제가 있을 수 있다(Selai, 2001).

자기보고식 측정으로 삶의 질을 측정할 경우 직접적으로 주관적 경험, 기분상태, 느낌을 설명할 수 있으며, 이는 당사자의 자율성을 존중하는 것으로 윤리적 기준을 충족할 수 있다는 장점이 존재하였다(Logsdon et al., 2002). 또한 최근에 치매 정도가 경한 사람과 중한 사람들에게 자기보고식으로 삶의 질을 측정하는 경우가 늘고 있고, 삶의 질 이슈에 관해 일관적이고 신뢰할 만한 정보를 제공하고 있다고 평가되고 있다(Trigg et al., 2012). 하지만 치매가 진행될수

록 언어능력, 통찰력, 판단 능력 등의 손상을 입어 그들의 주관적인 세계인 삶의 질을 파악하는 것이 쉽지 않다는 한계가 존재한다 (Albert et al., 1996; Karlawish et al., 2000). 이와 같이 자기보고식 (self-report)과 돌봄제공자를 통한 대리 응답 모두 장점과 한계가 존재하기 때문에 치매환자의 삶의 질에 대해 함께 보고하여 각 응답의 한계를 보완하여야 한다(Ready et al., 2004; 김성완 외, 2006). 하지만 본 연구에서는 돌봄제공자의 태도라는 조절 변수가 포함되어 삶의 질을 돌봄제공자가 대리 응답할 경우 응답자가 같아 조절 변수의 순수한 영향력을 확인하기 어렵다. 따라서 환자의 주관적인 삶에 대한 이해를 돕는 환자가 응답한 삶의 질 변수를 종속변수로 사용하고자 한다.

또 삶의 질은 단일 척도로 측정하는 방법과 다차원으로 측정하는 방법이 존재하고 각각의 장단점이 있다. 먼저 삶의 질을 다차원으로 측정하기 위해서는 객관적이고 주관적인 측면의 안녕(wellbeing)을 포함해야 한다(Carla et al., 2007). 주관적인 영역은 인지된 삶의 질, 심리적 웰빙, 가족관계, 자존감, 행복감 등을 포함하고, 객관적인 영역은 행동적 능력, 자기 돌봄 능력, 의미 있는 시간의 활용, 사회적 활동 등을 포함하여 삶의 질을 측정한다(Lawton, 1991). 삶을 다양한 측면으로 구분하여 삶의 질을 측정할 경우, 다양한 측면의 삶이 상호작용한 결과를 살펴볼 수 있고, 응답의 신뢰성을 높이기도 한다(Sloan et al., 2002).

반면, 삶의 질을 단일 척도로 측정하는 것은 간단하기 때문에 중증의 질병을 겪고 있는 사람들의 전반적인 삶의 질을 측정하기 용이하다. 또한 응답률을 높이면서 다차원적 삶의 질 척도와 같은 수준의 타당도를 가진다(Sloan et al., 2002). 본 연구의 대상은 치매환자로 설문을 정확하게 이해한 응답을 얻기 위해 삶의 질을 단일 척도로 측정하고자 한다. 또한 환자가 보고한 삶의 질 변수에서 신뢰성을 확보하기 위해 인지기능저하가 심각한 대상은 연구에서 제외하고자 한다(MMSE-DS<9).

2. 치매환자의 삶의 질에 대한 위험요인

: 인지기능저하, 정신행동증상

1) 위험요인

위험요인은 부정적 적응결과 발생과 관련된 개인, 환경 특징들로서 부정적 측면이 확실하며, 생활사건에 대하여 객관적인 위험상황들을 뜻한다(Masten, 2001).

대부분의 치매환자들은 중심증상인 인지기능 장애와 더불어 주변 증상인 우울증이나 편집증적 망상 등의 정신행동증상을 경험한다(김도관, 2000). 인지기능은 누구나 연령이 증가하면서 서서히 저하되며, 또 노화로 인한 기억력 감퇴 현상이 두드러진 노인들도 있다. 인지기능 장애는 초기에는 단순히 기억력 감퇴현상으로 어려움을 겪지만, 장애가 심해질수록 우울 증상이나 불안 등의 감정적 안정성이 파괴되고 또 정상적인 일상생활을 영위하기가 어렵게 만든다(오현숙, 2012).

또, 정신행동증상은 치매의 주변 증상으로 환자의 스트레스, 삶의 질과 조호 부담의 결정요인이 된다고 설명되고 있어, 주목 받고 있다(McKeith & Cummings, 2005; Ryu et al., 2011). 누가 자신의 물건을 훔쳐간다고 생각하는 도둑 망상의 경우 환자들이 자신의 물건을 어디에 두었는지 정확히 기억하지 못하는데서 비롯되는 것이다. 또한 가족이 낯선 사기꾼이라고 생각하는 망상은 인지기능 중의 인식의 통합능력이 손상되어 실인증이 발생하여 자신의 가족들을 식별하지 못하게 되어 생기는 잘못된 믿음이다. 그리고 치매환자의 망상은 공격적인 행동으로 발전할 수 있다. 망상 이외에도 환각, 오식별, 우울, 초조 등의 증상은 돌봄제공자와 환자의 삶의 질을 저하시키는 요인이 된다(김도관, 2000).

(1) 인지기능의 저하

인지기능은 인간이 사고나 감지의 대상을 생각하고 느끼고 기억하는 것으로 정보를 선택, 습득, 분류, 통합하는 수용 기능과 정보의 저장과 인출을 나타내는 기억과 학습기능, 정보의 조직과 재조직의 사고기능, 정보를 의사소통하거나 행위를 하는 표현기능으로 정의할 수 있다(Lezak, 1995, 황중남 & 권순만, 2009 재인용). 구체적으로는 시간 및 장소에 관한 지남력, 기억 등록 및 회상, 주의 집중력, 언어능력(이름대기, 따라 말하기), 구성능력, 실행능력 등을 포함한다(Folstein et al., 1975). 치매환자들은 이러한 인지기능저하로 인해 생활의 변화와 삶의 균형을 무너뜨리는 스트레스를 받게 된다(Ettema et al., 2005).

인지기능의 저하가 삶의 질에 영향을 미치는 선행연구를 살펴본 결과, 질병에 관계없이 인지기능의 저하는 삶의 질과 부정적 관계를 가지는 것으로 나타났다. 뇌졸중 환자를 대상으로 인지기능과 삶의 질의 상관관계를 살펴본 연구 결과에서 두 변수는 정적 상관관계를 보였다. 특히, 뇌졸중 환자에게는 사회적 역할 관련 삶의 질과 인지기능의 정적 상관관계가 강하게 나타났다(이혜선, 2013). 조현병 환자를 대상으로 한 연구에서도 인지기능의 저하는 사회적 영역의 삶의 질에 영향을 주는 것으로 나타났다(Alptekin et al., 2005). 파킨슨병 환자까지도 인지기능저하는 삶의 질의 변량의 많은 부분을 설명하는 것으로 나타났다(Schrag et al., 2000). 이러한 연구들을 통해 치매를 진단받지 않더라도 인지기능의 저하를 경험할수록 사람들의 삶의 질은 낮아짐을 확인할 수 있었다.

인지기능의 손상과 치매환자의 삶의 질의 관계는 여러 연구들에서 논의된 바 있다. Albert 등(1996)은 관찰 가능한 행동을 통해서 인지기능저하가 알츠하이머형 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보았다. 연구 결과 인지기능 손상이 심해질수록 삶의 질은 통계적으로 유의한 감소를 보였지만, 관찰 가능한 행동(라디오 듣기, 티

비보기, 외부활동 하기, 읽기)만을 통해서 삶의 질을 측정했기 때문에, 치매환자의 주관적인 세계를 직접적으로 접근하지 못했다는 한계를 지닌다.

Logsdon 등(1999a)의 연구에 따르면 알츠하이머형 치매환자가 직접 보고한 삶의 질과 인지기능은 정적관계가 있었으나, 돌봄제공자가 보고한 환자의 삶의 질과 인지기능은 관계가 없는 것으로 나타났다. 이 연구는 자기보고(self-report), 돌봄제공자 보고를 통해 삶의 질을 측정했다는 점이 의미가 있었지만, 단순 상관관계를 통계적으로 검증하여, 인지기능의 저하라는 위험요인이 삶의 질에 어느 정도 영향력을 미치는지 검증하지 못했다는 한계를 가지고 있었다.

Logsdon 등(2002b)이 수행한 이후의 연구에서는 MMSE 점수를 가지고 치매환자를 낮은 인지(MMSE \leq 16), 중간 인지(17 \leq MMSE \leq 21), 높은 인지(MMSE \geq 22) 집단으로 구분하여 다차원적 삶의 질(행동적 유능, 심리적 상태, 신체적 기능, 대인관계)의 평균에 집단 간 차이가 통계적으로 유의한 차이가 있는지 검증하였다. 치매환자가 응답한 삶의 질의 평균은 집단 간 통계적으로 유의한 차이가 발생하였지만, 돌봄제공자가 대리 응답한 삶의 질의 평균은 집단 간 차이가 없었다. 이 연구는 인지기능 차이에 따른 집단 간 삶의 질의 평균 차이를 살펴보았다는 점에서 이전의 연구와 다른 정보를 제공해 주었지만, 세 집단 중 어떤 집단 간의 삶의 질에 차이가 나는지 제시하지 않았다는 한계가 존재한다. 또한 인지기능 수준을 나타내는 MMSE 척도는 교육정도에 의해 영향을 많이 받는데 이 연구의 대상자는 미국인들이기 때문에 한국의 대상자와 교육수준이 다르고 인지기능 수준을 구분하는 기준선 또한 한국에서 사용되는 기준과 달라 외적타당도가 떨어진다(Kim, T. H. 외 2010). Sonnen(2008)의 연구에 의하면 인지기능이 환자 직접 보고와 돌봄제공자가 대리보고한 삶의 질에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 치매에 대한 통찰력이 낮고, 인지기능의 손상이 심할 때 치매환자가 직접 보고한 삶의 질은 높은 것으로 나타났다. 반면, 치매에 대한 통

찰력이 높고, 인지기능의 손상이 적을 때 돌봄제공자가 대리 응답한 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이 연구에서는 치매에 대한 환자의 통찰력과 인지기능의 상호작용이 삶의 질에 미치는 영향을 보여주었다는 점에서 의미가 있었지만, 돌봄제공자를 치매환자의 관계(배우자, 자녀, 손자 등)에 따라 구분하지 않아 외부효과가 개입되었을 수 있다는 한계가 존재한다.

치매환자의 삶의 질 변화를 2년 동안 살펴본 연구 결과 삶의 질은 시간이 지남에 따라 통계적으로 유의하게 감소하는 추세를 보였다. 또한 2년 후 인지기능의 삶의 질에 대한 설명력(R^2)이 5.9%에서 40% 정도로 급격하게 증가하는 것으로 나타났다. 이는 치매가 진행될수록 인지기능이 삶의 질에 미치는 영향이 커진다는 것을 의미한다(Missotten et al., 2007). Logsdon 등(2002b)의 연구와는 반대로 Ready와 동료들의 연구(2004)에서는 환자가 보고한 삶의 질과 인지기능의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않았지만, 주 돌봄제공자가 응답한 삶의 질과 인지기능의 상관관계는 통계적으로 유의한 것으로 드러났다.

국내연구에서도 학습이나, 지각, 추론, 문제해결 및 기억 등을 포함하고 있는 일반 노인의 인지기능의 차이에 따라 삶의 질의 차이가 있었음을 분석한 연구가 존재했다(박미정, 2011). 김성완 & 신일선(2006)은 51명의 지역사회에 거주하는 알츠하이머형 병 환자 대상으로 연구를 진행하였는데, 치매 당사자가 보고한 삶의 질은 인지기능과 상관관계가 존재하지 않았으나, 돌봄제공자의 대리응답을 통한 삶의 질은 인지기능과 통계적으로 유의한 상관관계가 존재하였다. 이 연구의 표본은 51명으로 통계적 검정력이 작기 때문에 인지기능과 삶의 질 간의 상관관계를 설명하지 못했을 가능성이 존재한다.

이와 같이 국내외 많은 선행 연구들은 인지기능의 저하가 치매환자의 삶의 질에 미치는 부정적 영향, 관계를 보여주고 있었다. 하지만, 몇 연구의 결과는 인지기능과 치매환자의 삶의 질과의 관계가 유의하지 않다고 설명하고 있다. Banerjee 등(2006)의 연구에서는

치매환자의 인지기능은 건강관련 삶의 질의 변량을 설명하지 않았으며 오히려 정신행동증상과 환자의 나이가 치매환자의 삶의 질을 설명하는데 중요한 변수가 된다고 보고하고 있다. 또한 Anderson(2004)의 연구를 살펴보면, 세 집단의 인지기능 차이 따라 건강관련 삶의 질에 차이가 나지 않는 것으로 나타나는데, 이는 치매의 특성으로 많이 발생할 수밖에 없는 응답의 결측치로 인한 결과일 수 있다고 설명하고 있다.

인지기능저하와 치매환자의 삶의 질과 관계를 살펴본 선행연구들의 연구 결과가 혼재함으로 두 변수의 영향력에 대한 논란의 여지가 남아있다. 따라서 본 연구에서는 인지기능저하가 치매환자들의 삶의 질에 어떤 영향을 주는지에 대해 전국 단위의 대상자의 설문 응답을 통해 파악하고자 한다. 이를 통해 기존 국내연구가 가지는 한계였던 적은 표본 수를 보완하여 분석하고자 한다. 또한 국외 연구의 경우 한국과 교육수준이 달라 인지기능의 정도를 구분하는 기준 척도를 한국에 그대로 적용할 수 없다는 한계가 있었다. 따라서 본 연구에서는 한국 치매환자의 교육수준을 고려하여 충화한 MMSE 척도의 정상규준을 사용하고자 한다.

(2) 정신행동증상

정신행동증상(Behavioral and Psychological symptoms of Dementia)은 망각, 환각, 초조/공격성, 우울, 불안, 들뜬 기분, 무감동/무관심, 탈억제, 과민/불안정, 이상운동, 수면, 식욕/식습관 변화와 같은 내용을 포함한다. 이는 치매환자의 90%에게 영향을 미치며, 병의 경과 전반에 걸쳐 나타난다(Cerejeira et al., 2012).

인지장애가 시작되면서 약 80%의 치매환자들이 적어도 한 가지 이상의 정신행동증상을 보이고 있고, 가장 빈번한 증상으로는 무감동, 우울, 초조/공격성 순으로 나타나고 있다(Murman & Colenda,

2005). 또한 행동심리증상의 양상은 시간이 경과함에 따라 변화를 보이는데 정동증상(우울, 불안, 들뜬 기분, 초조)은 치매초기에 나타나고, 초조나 망상 등은 중증도 치매환자에게서 흔하다가 병이 더 진행하면 감소하는 경향이 있다. 우울증은 시간이 지나면 증상 발현의 빈도 감소 및 증상 정도가 경해지는 반면, 무감동이나 이상 행동은 빈도와 심각도가 증가한다. 초조와 배회와 같은 활동성 장애는 오랜 시간 지속되는 경향이 있는 반면, 우울증상, 불안 등은 1년 이상 지속되는 경우가 드물다고 한다(Aalten et al., 2005).

기존의 치매관련 대부분 연구들은 인지능력의 저하와 기능적 손상에 초점을 맞추어 왔고, 상대적으로 정신행동증상은 덜 중요하게 여겨왔다. 하지만 최근의 여러 연구에서 정신행동증상은 환자의 스트레스, 삶의 질과 조호 부담의 결정요인이 된다고 설명되고 있어, 주목 받고 있다(McKeith & Cummings, 2005; Ryu et al., 2011).

치매 돌봄제공자를 대상으로 한 질적 연구들에서 치매환자의 폭언, 공격적 행동으로 지쳐가는 돌봄제공자의 모습을 볼 수 있었다. 이런 정신행동증상이 반복적으로 나타나면서 돌봄제공자들이 지치게 되고, 치매환자들은 사회적인 관계에서 고립되게 된다(오진주, 2003; 김은하, 2016). Hoe 등(2007)의 연구에서도 따르면 정신행동증상 중 우울, 과민반응, 무관심 등은 환자가 응답한 삶의 질 보다 가족 돌봄제공자가 응답한 삶의 질에 강한 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한 정신행동증상으로 인해 치매환자와 가족들은 경제적인 부담을 느낄 수 있다. 이스라엘에서 정신행동증상으로 인해 드는 직·간접적 비용을 추산하였을 때 대략 치매환자에게 들어가는 비용 중 30%를 차지하며 연 \$4115가 발생한다고 한다(Schnaider., et al., 2002). 여러 연구들을 통해서 정신행동증상은 치매환자들을 돌봄제공자의 삶의 질에 부정적 영향을 주어 사회적인 관계에서 고립시키며, 경제적인 부담요인으로 작용하여 치매환자의 삶의 질에 영향을 줄 수 있다는 것을 보여주었다.

실제 Samus 등(2005)의 연구에서는 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 연구에서는 정신행동증상을 초조&공격, 무관심, 우울, 과민반응 등의 요인으로 구분하여 각 증상이 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보았다는 점에서 의미가 있었다. 또한 정신행동증상은 치매 말기에도 지속되어 삶의 부정적인 영향을 줄 수 있다. 가장 빈번한 증상은 냉담(Apathy)이며, 불안, 초조, 이상행동 등이 나타난다(Koopmans et al., 2008). Banerjee 등(2005)의 연구에서는 정신행동증상은 돌봄제공자가 대리 응답한 건강관련 삶의 질(DEMQOL-Proxy)과 부적 상관관계를 밝혔는데, 돌봄제공자가 대리 응답한 삶의 질만을 보고함으로 응답의 신뢰성이 떨어진다는 한계가 있다.

김성완&신일선(2006)의 연구에서는 정신행동증상이 환자가 보고한 삶의 질과 돌봄제공자가 보고한 삶의 질과 부적 상관관계가 밝혀졌지만, 표본 수가 51명으로 매우 적어 외적타당도가 떨어진다는 한계가 있었다. Matsui 등(2006)은 지역사회 내에서 거주하는 알츠하이머형 치매환자들의 삶의 질의 결정요인을 살펴보았다. 삶의 질은 환자 본인의 응답과 돌봄제공자의 응답으로 측정되었는데, 환자 본인의 응답에서 약한 인지저하(MMSE \geq 21) 집단과 심한 인지저하(MMSE<21) 집단에서 모두 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 영향을 주는 것으로 나타났다. 돌봄제공자의 응답에서도 같은 결과가 나타났다. 다만, 인지기능에 따라 두 집단으로 나누었는데, 각 집단 안에 인지정도의 차이가 크게 나기 때문에 동질적인 집단이라고 보기 어렵다는 점에서 한계가 존재하였다. 대부분의 연구에서 정신행동증상이 치매환자의 삶의 미치는 부정적인 영향에 대해 보고하였지만, Ballard 등(2001) 연구에 따르면 정신행동증상과 삶의 질에 미치는 영향은 밝혀지지 않았고, 오히려 항정신병 약(신경이완제)을 복용하는 것이 삶의 질에 부정적 영향을 주는 것으로 나타났다.

많은 연구들이 횡단연구로 진행되어서 정신행동증상과 삶의 질 간의 인과관계를 파악하기 어려웠지만, Tatsumi 등(2009)는 종단연

구를 통해 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질 사이의 인과관계를 파악하고자 하였다. 이 연구에서는 정신행동증상을 세 가지 영역으로 구분하여 각 영역과 삶의 질 변화와의 상관관계를 검증하였다. 세 영역은 첫째 기분요인 둘째 정신증적 요인 셋째, 다행감 요인(Euphoria)으로 구분된다. 정신행동증상들 중에서도 기분요인과 정신증적 요인이 치매환자의 삶의 질 변화와 관련된 증상들이 밝혀졌다. 종단연구를 통해 정신행동증상과 삶의 질 간의 인과관계를 파악한 점은 매우 의미가 있지만, 2년 뒤에 연구에 참여하지 않은 사람이 30%나 되며, 연구에 참여한 사람과 안한 사람의 인지기능 기준선(base line)에 통계적으로 유의한 차이가 존재했으며, 중도 탈락된 대상자는 더 심한 퇴행을 겪었을 가능성이 있어 데이터의 체계적인 오류(Systematic error)가 의심된다.

대부분의 선행연구들에서는 정신행동증상과 치매환자의 삶의 질 사이의 부적 상관관계가 있다고 밝혀졌다. 다만 국내 연구에서 정신행동증상과 삶의 질과의 관계를 살펴본 연구는 소수였고, 적은 수의 표본을 가지고 연구하였기 때문에 외적 타당도가 떨어진다는 한계가 있었다(김성완 & 신일선, 2006). 본 연구에서는 치매 클리닉에 방문한 돌봄제공자 표본을 전국 단위에서 확보한 자료를 사용하여 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 영향에 대해 살펴보고자 한다.

3. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 보호요인

: 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도

1) 보호요인

보호요인은 위험요인이 부적응적 결과로 이어지는 것을 조절하는 역할을 한다(Rutter, 1985). 적응 유연성 연구에 따르면, 보호요인은 개인적 보호요인(높은 지능, 안정된 기질, 내적 통제소재, 자기 효능감, 긍정적 정서), 가족관련 보호요인(애착, 정서적 지지, 물질적 지지, 가정환경, 의사소통방식, 가정의 사회 경제적 지위), 지역사회 관련 보호요인(또래관계, 거주 지역, 외부지지체계, 친밀한 대인관계 형성)등이 있다(신현숙, 2003). 이렇게 적응유연성 관련 연구들은 위험을 겪고 있는 개인에게 보호요인으로 작용하는 심리사회적 요인에 대해 주목하고 있다. 치매관련 연구에서도 병리적 증상이 삶에 미치는 영향 뿐 아닌, 그들이 살고 있는 환경, 다른 사람들에게 어떻게 대해지는지와 같은 심리 사회적 요소들에 대해 주목할 필요가 있다(Kitwood, 1997; Sabat, 2001; Harris 외, 2002; Scholl & Sabat, 2008). 그중에서도 돌봄제공자는 치매환자와 가장 밀접한 관계를 맺고 영향력을 주고받는 행위자로서 돌봄제공자 관련 보호요인을 파악하는 것은 의미 있다(Burgener & Twigg, 2002; 이영희 외, 2008). 또한 치매는 증상이 지속적으로 악화되어 말기가 되면 인지기능의 저하로 당사자에 대한 사회 복지적 개입은 매우 어렵지만, 환경적 요인에 개입하는 것은 질병이 악화되어도 가능하다(김희경 & 이옥란, 2000). 또한, 치매환자의 자아의식은 말기까지 남아있어, 주변사람들이 치매환자에게 어떻게 반응하고 다루는가에 따라 영향을 받기 때문에 보호요인은 환경적 요인 관련하여 설정하고자 한다(Sabat & Harre, 1992).

2) 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도

(1) 돌봄제공자

일본의 치매 연구자인 오이겐(2008)은 치매의 중심증상은 인지기능저하이며 주변증상은 피해망상, 야간 섬망, 환각, 공격적 인격 변화 등의 정신행동증상으로 정의 내리고 있다. 그는 애정과 노력만 있다면 대부분의 경우 인지능력이 저하된 사람이 안심할 수 있는 환경을 만들어 줄 수 있고, 이를 통해 삶의 질을 높일 수 있다고 주장한다. 즉, 치매환자가 안심할 수 있는 환경을 만들어 주고 그들의 삶의 질을 유지할 수 있도록 하는데, 돌봄제공자의 역할이 크다고 설명한다.

실제로 Burgener & Twigg (2002)의 연구에서 돌봄을 받는 대상자들의 행동의 2/3은 돌봄제공자의 요인에 의해 많은 부분 영향(생산적 활동, 기능적 능력, 심리적 웰빙)을 받는 것으로 나타났다. 또한 많은 연구들에서 돌봄제공자에게 인간중심적 돌봄을 제공하는 방법들을 교육시킨 이후에 치매 증상이 완화되고 삶의 질이 높아진다는 것을 밝혀냈다(McCallion et al., 1999; Coyle, J., & Williams, B., 2001).

인간 중심적 돌봄에 관련한 이론을 만든 Kitwood(1997) 또한, 치매환자의 자아를 손상시키는 것은 신경학적 요인보다 사회 심리학적 요인이 더 크게 작용하고 있다고 설명하고 있다. 인간의 지위의 핵심은 본질적으로 사회적인 것이므로 가장 가까이에서 돌봄을 제공하고 많은 시간을 보내는 사람이 그들을 인간으로 존중해주는 것은 치매환자의 삶의 질을 좌우하는 큰 요소로 작용할 수 있다. 또 상징적 상호주의 이론에 따르면 자아는 사회적 대상으로 획득되는 것이라고 설명한다(Emde & Hewitt, 2001: p. 147). 치매환자들은 신생아와 마찬가지로 돌봄제공자들과의 사회적 상호작용을 통하여 내적 주체적 세계를 만들어 가기 때문에 돌봄제공자의 역할은 매우

중요하다(Gilleard, 1984). 또 치매환자의 경우 다른 사람들의 반응(태도)에 민감하고, 편견은 부정적 자기상 형성에 관여하게 되고 쉽게 내재화되는 특성을 가지기 때문에 돌봄제공자의 부정적인 태도, 편견은 치매환자들에게 부정적인 영향을 줄 수 있다(Harris et al., 2008; O'Connor & McFadden, 2010; Sabat, 2001).

(2) 태도

태도란 경험을 통해 조직화 되는 것으로서 태도 대상과 상황에 대한 개인의 반응에 직접적이거나 역동적으로 영향을 미치는 정신적 신경적 준비상태이며 인간의 행동을 이해하는 기본적인 개념이다(Allport, 1935). 많은 학자들에 따르면 태도는 세가지 요소(tripartite model)를 포함한다(Insko & Schopler, 1967). 첫째, 인지적 구성요소는 태도 대상에 대한 지식이나 신념을 의미하는데 이는 태도 대상에 대한 사고를 반영하는 것이다. 둘째, 감정적인 구성요소는 범주화된 집단과의 긍정적 혹은 부정적 경험과 관련해 그 집단에 대한 감정을 갖는 것이다. 셋째, 행동적인 구성요소 태도 대상에 대한 신념이 행동적인 의도나 행동으로 드러나는 것이다. 태도 대상에 대한 신념이 좋은 것이라면 그 대상에 접근 하려 할 것이고 좋지 않은 것이라면 회피하거나 대립하려고 할 것이다. 즉, 어떤 대상에 대한 호불호가 사회적 행동으로 나타나게 되는 것이다.

태도는 행동을 이해하는데 중요한 요인이라는 점에서는 학자들의 이견이 없지만, 태도가 행동을 예측할 수 있다는 것에 대해 학자들 사이의 의견이 다르다(Breckler, 1984; Ajzen & Fishbein, 2005). 태도가 행동을 결정할 수 없는 이유는 태도와 행동 사이에 외부요인이 강한 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 즉 다른 요인의 영향으로 태도 자체는 변하지 않았어도 태도와 반대의 행동이 나타날 수 있다.

하지만 태도가 대상에 직접 참여한 경험이 많은 경우, 태도가 행동

을 예측의 가능성을 높인다(Sivace & Crano, 1982)고 한다. 왜냐하면 직접적 경험을 통한 태도는 그렇지 않은 것들 보다 빈번하게 생각되고, 그래서 우리들의 마음에 신속하게 떠오르기 때문이다. 태도가 언제나 행동의 예측을 가능케 하는 것은 아니지만, 치매 돌봄제공자의 환자에 대한 태도 같이 대상에 직접 참여한 경우 돌봄제공자의 태도는 돌봄 행동을 예측 할 수 있는 가능성이 높다. 즉 치매 환자의 돌봄을 위해 많은 시간을 함께 보내는 돌봄제공자의 태도는 돌봄 행동을 예측 할 수 있기 때문에 본 연구에서는 돌봄제공자의 태도를 주요 변수로 보고자 한다.

(3) 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도가 삶의 질에 미치는 영향

1)Kitwood(1997)의 인간 중심 돌봄에 관한 이론과 2)NDB(the need-driven dementia-compromised behavior model) 모델에 따르면, 치매환자의 행동을 모두 병의 증상으로 생각하는 편견은 환자의 니즈를 충족시키는 돌봄을 제공하기 어렵게 한다고 설명한다. 반대로, 돌봄제공자가 치매환자에 대한 편견 없고 긍정적이며, 가치 있게 여기는 태도를 가질 때. 그들에게 필요한 돌봄을 제공하여 삶의 질에 긍정적인 영향을 줄 수 있을 것이라고 설명하고 있다.

돌봄제공자의 태도와 치매환자의 삶의 질의 관계에는 여러 선행 연구에서 논의한 바 있다. Holst & Hallberg(2003)의 질적 연구에 따르면 치매환자는 기억력의 저하 등의 증상을 겪으면서 수치스럽고, 슬픈 감정 등을 경험하지만, 돌봄제공자가 어떻게 반응하느냐에

1) Kitwood(1997) 치매에서 오는 이상행동을 성향(기질, 능력), 대처방식, 개인 생활사, 건강상태, 사회 심리 등의 관점에서 고민하여 서비스를 제공할 필요성에 대해 설명하는 이론

2) NDB(the need-driven dementia-compromised behavior model) 공격적 행동, 비명, 방황 등의 행동은 치매환자의 충족되지 못한 욕구를 대변하며, 이를 충족시키기 위해 치매환자와의 사회적 상호작용이 필요하다고 설명하는 이론

따라 삶의 의미를 찾게 됨을 보여주고 있다. Winzelberg 등(2005)의 연구에서는 간호조무사들이 좋은 교육 및 훈련을 받았다고 생각하는 것과 그들의 인간 중심적인 태도와 환자들의 삶의 질 사이에 긍정적인 상호관계가 있음을 보여주었다. 돌봄제공자의 태도가 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 주는 것을 밝히는 초기 연구였다는 점에서 의미가 있었다. 하지만, 삶의 질 변수가 간호조무사가 인지한 환자의 삶의 질로 측정 되어 주관적으로 환자의 삶을 이해하는데 한계가 있었다.

치매환자의 주관적인 삶의 질을 이해하고자 자기보고식 척도로 삶의 질을 측정한 Zimmerman 등(2005)의 연구에서 직원의 희망적인 태도는 치매환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다지만, 인간 중심적인 태도의 영향력은 통계적으로 검증되지 않았다. Spector & Orrell(2006)의 연구에서는 직원의 요소 직업만족도, 희망적 태도, 인간 중심적 태도와 치매환자의 삶의 질(자기보고식) 사이의 상관관계를 살펴보았다. 이 연구 결과에서는 Zimmerman 등(2005)의 연구와 마찬가지로 희망적 태도만이 치매환자의 삶의 질 사이의 정적 관계가 있음이 드러났다. 이 연구들은 돌봄제공자의 태도를 희망과 인간 중심 돌봄으로 나눈 이론적 근거가 부족하고, 인지적, 감정적, 행동적으로 구분되는 태도(tripartite model)의 영향력을 알 수 없다는 점에서 한계가 있다.

Robichaud 등(2006)은 인터뷰를 통해 치매환자가 거주시설을 집처럼 편안하게 느끼게 하기 위해 필요한 요소들을 밝혔다. 치매환자들의 응답을 통해 돌봄제공자로부터 그들의 필요, 관심 등이 존중받는 것과 직원들의 행동과 태도를 통해 치매환자가 유능감을 인지하는 것이 거주시설에 적응하는데 중요한 요소임을 알 수 있었다. 치매환자와의 인터뷰를 통해 그들의 주관적인 생각과 감정을 이해할 수 있었다는 점에서 의미가 있었지만, 구체적으로 직원들의 어떤 태도가 영향을 미쳤는지 서술되지 않은 점에서 한계가 있다.

장우심(2008)은 집단 인정치료가 치매 노인에게 미치는 영향에 대

한 실험연구를 진행했다. 이 연구를 통해 가치 존중, 이해하는 태도가 주는 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 알 수 있었다. 인정 치료는 치매환자가 왜 문제행동을 일으켰는지에 대해 공감과 경청하고, 치료자가 현재의 환자의 모습을 인정하고, 그들의 감정표현을 신뢰하는 것을 바탕으로 한 치료 방법이다. 치료자의 비편견적이고 치매환자를 인정하는 태도를 통해 삶의 질과 인지기능이 향상되었지만 문제행동 감소에는 영향을 주지 않은 것으로 나타났다. 이 연구는 치매환자에 대한 태도의 개념을 바탕으로 프로그램을 진행하였다는 점에서 사회복지 분야의 실천적 함의를 가지지만, 모집단 선정에서 시설 사회복지사에 의해 중증의 치매노인은 제외하였기 때문에 모든 상태의 치매노인에게 일반화하기 어렵다는 한계를 가진다.

치매 돌봄제공자의 태도와 치매 증상과의 조절효과에 대한 연구는 일본의 오키나와현 사시키에서 발견할 수 있었다. 이 연구는 주변사람과의 관계가 좋아 안심할 수 있는 환경이 주어진다면, 인지기능이 저하된 노인이 자신의 삶과 타인의 삶을 힘들게 하는 정신행동증상을 보이지 않고 평온하게 평범한 삶을 살 수 있다는 것을 보여준다. 주변사람과의 관계가 좋기 위해서는 주변 사람들의 치매환자에 대한 긍정적이고 편견 없는 태도가 전제된다. 또한 오이젠은 인간관계가 ‘좋은 군’과 ‘나쁜 군’을 나눠 인지저하의 각 단계에서 정신행동증상의 발현을 조사했다. 결과는 큰 차이를 보였다. ‘좋은 군’에서의 정신행동증상의 발현은 경증 인지기능 저하군에서 10%, 중등도 저하군에서는 20%에 불과했으나 ‘나쁜 군’에서는 각각 30%, 60%로 높았다. 이 연구를 통해 치매에서 중요한 것은 타인과의 ‘연결’이라는 것이 드러났다. 타인과의 연결을 통해 인지기능이 저하되더라도 정신행동증상이 조절되어 평안하고 행복한 삶을 누릴 수 있다는 것이다(오이젠, 2008).

반면, Edvardsson 등(2008)의 연구에 따르면 요양사들이 긍정적으로 돌봄을 제공하는 분위기에서는 탈출이나, 배회, 공격적 행동과 같은 정신행동증상이 반대의 분위기의 시설보다 적게 나타나는 것

으로 나타났다. 하지만 인지적 요소의 태도는 정신행동증상을 조절하지 못하는 것으로 나타났다. Chang & Lin (2005)의 연구에서도 정신행동증상의 하나인 식이장애를 돌봄제공자의 긍정적인 치매태도가 조절한다는 것을 증명했다. 실험집단은 교육을 통해 통제집단보다 더 긍정적인 태도와 식이장애 관련 지식을 가지게 되었다. 이러한 긍정적인 태도와 식이장애 관련 지식을 통해 그들이 돌보는 치매환자는 식이장애 증상이 조절되어 오랫동안, 자주 음식을 섭취하는 것으로 나타났다. 이 연구는 돌봄제공자의 긍정적인 태도가 삶의 질의 영향을 미치는 것은 아니었지만, 긍정적인 태도가 치매의 증상을 완화할 수 있다는 점을 살펴보았다는 점에서 의미가 있었다.

치매환자는 비가역적으로 병이 진행되면서 돌봄제공자에게 의존도가 높아지며, 가장 가까이에서 돌봄을 제공하는 사람들의 태도, 행동, 반응들에 영향을 받는다. 특히, 돌봄제공자는 꾸준하고 직접적으로 돌봄에 참여하기 때문에 태도가 행동을 예측할 가능성이 높다(Sivace & crano, 1982). 따라서 본 연구는 지금까지 살펴본 돌봄제공자의 태도가 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 논의를 바탕으로, 네트워크 내 적응적 지지인 돌봄제공자의 치매태도를 치매환자의 삶의 질에 보호요인으로 확인하고자 한다(Foster, 1997). 선행 연구들에서 간과했던 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도를 인지적 측면, 정서&행동적 측면으로 세분화하여 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향력을 살펴보고자 한다. 또한 치매의 증상인 인지기능저하와 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 영향을 조절하는지 확인하고자 한다.

4. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 기타요인들 : 환자의 나이, 성별, 교육, 독거여부, 공존질환

본 절에서는 인지기능저하, 정신행동증상, 치매 돌봄제공자의 태도를 제외하고도 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌거나 예상되는 요인들을 고찰하고자 한다.

먼저 인구사회학적 변수인 나이는 치매환자의 삶의 질에 영향을 미칠 가능성이 높다. Missotten 등(2007)의 연구에 따르면 치매를 겪는 시간이 지날수록 삶의 질은 낮아지는데, 이 결과는 나이가 들면서 병이 진행되어 삶의 질이 낮아지는 것이라고 해석할 수 있다. 또한 많은 연구들에서 상관관계 분석을 통해 치매환자의 나이가 높을수록 삶의 질은 낮다고 보고하고 있다(Albert et al., 1996; Matsui et al., 2006; Tatsumi et al., 2009). 돌봄제공자의 대리응답을 통해 측정된 삶의 질에도 나이는 부적 영향을 주는 것으로 나타났다(Banerjee et al., 2006). 국내 연구에서는 나이는 치매환자의 삶의 질과 관계가 있다는 결과(박미정, 2011; 손현숙 외, 2012)와 없다는 결과(신희영, 2006; 배윤조, 2012)가 혼재하였다.

둘째, 일반 노인들의 경우 남성의 삶의 질이 여성보다 높은 것으로 나타났다(오현숙, 2012). 하지만, 치매환자의 경우 성별에 따라 삶의 질에 차이가 발생하지 않는다는 결과(Albert et al., 1996; Matsui et al., 2006; Wetzels et al., 2010; 배윤조, 2012)가 대부분이었다. 연구 대상의 표집방법과 표본의 수에서 차이가 나므로 기본적인 인구학적 변수인 성별은 통제하고자 한다.

셋째, 인구학적 변수인 교육수준을 통제하고자한다. Logsdon 등(2002)의 연구에 따르면 교육수준에 따라 치매환자 삶의 질에 통계적으로 유의미한 차이가 나지 않았다. Matsui 등(2006)에 따르면 돌봄제공자가 응답한 삶의 질과 치매환자가 응답한 삶의 질은 교육수준에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 하지만, 삶의 질에 관한 많은 연구들에서 교육수준이 높은 사람들이 그렇

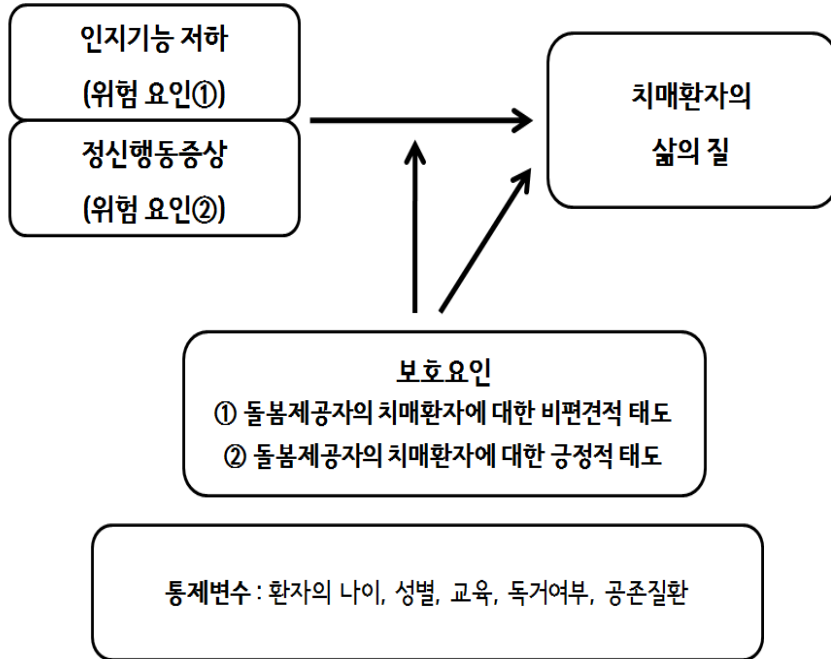
지 않은 사람에 비해 즐겁고 자신 있는 삶을 살고 있다고 보고하고 있기 때문에 교육수준 변수를 통제할 필요가 있다(Glenn & Weaver, 1981; Keyes et al., 2002).

넷째, 선행연구들을 통해 거주형태에 따라 삶의 질에 차이가 난다는 것을 발견할 수 있었다. Harris 등(2008)의 질적 연구에서는 독거보다 자녀 및 배우자와 동거할 경우 삶의 질에 긍정적 영향을 준다고 설명하고 있다. 또한 독거노인의 경우 소외감과 외로움으로 인해 정신건강이 좋지 않을 수 있으며, 건강관리 또한 소홀히 할 수 있다는 연구결과도 존재하였다(Kim & Jung 2002).

마지막으로 노인의 만성질환의 보유수, 심각도에 따라 삶의 질이 차이가 난 연구들을 참고하여 치매환자의 공존질환을 통제하고자 한다(박미정, 2011). 많은 연구들을 통해 건강상태에 따라 삶의 질이 달라질 수 있음이 보고되어 왔다(Palmore, 1979; Bergner, 1989). 또 이미숙(2012)의 연구에서는 만성질환이 유병률이 높은 집단일수록 삶의 질이 낮다고 보고되었다.

3장. 연구 모형

제 1절. 연구모형



<그림 1> 연구모형

제 2절. 연구 문제 및 연구가설

[연구문제1] 치매환자의 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)은 삶의 질에 영향을 미치는가?

<연구가설 1-1> 인지기능의 저하정도에 따라 치매환자 삶의 질에 차이가 있을 것이다.

<연구가설 1-2> 정신행동증상의 빈도에 따라 치매환자의 삶의 질에 차이가 있을 것이다.

[연구문제2] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서&행동적 측면)은 삶의 질에 영향을 미치는가?

<연구가설 2-1> 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비판견적 태도 정도에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.(인지적 측면)

<연구가설 2-2> 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도 정도에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.(정서&행동적 측면)

[연구문제3] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도; 인지적 측면, 정서&행동적 측면)는 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)의 영향을 조절하는가?

<연구가설 3-1> 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비판견적 태도를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-2> 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-3> 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비판견적 태도를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-4> 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도를 가질수록 작아질 것이다.

제 4장. 연구방법

제 1절. 연구대상 및 자료수집

3)본 연구는 보건복지부의 연구용역사업인 2010년 치매노인실태조사(Nationwide Survey on Dementia care in Korea: NaSDeCK)의 자료를 활용하고자 한다. 이 자료는 치매환자와 돌봄제공자를 대상으로 한국 치매환자의 돌봄 행태와 정신적, 신체적, 경제적 부담을 추정하고 조호 부담을 결정하는 요인 모델을 도출하여 국내에 적합한 치매 관리 모델의 기반을 제시하기 위해 전국 단위에서 조사되었다. 전국 단위에서 조사하였다는 점에서 연구의 외적 타당도를 높일 수 있고, 치매환자와 돌봄제공자 쌍으로 조사하여 두 대상의 상호작용을 살펴볼 수 있게 하였다. 치매노인실태조사 자료(2010)는 치매환자의 병리적 증상과 돌봄제공자 요인의 상호작용을 보고자 하는 본 연구에 매우 적합하다고 판단되어, 2차 데이터로 활용하고자 한다.

1. 표본 추출

4)전국 15 개 대학병원 치매클리닉에 2010 년 12 월 1 일부터 2011년 8월 31일까지 내원한 알츠하이머 치매환자 중 돌봄제공자를 동반한 자원자 468쌍을 추출하였다. 이후 응답의 신뢰성을 확보하기 위해 MMSE-DS 점수 9이상인 치매환자와 돌봄제공자 374쌍만을 연구대상으로 포함하였다. 치매환자와 그 돌봄제공자를 쌍으로 구성하고

-
- 3) 본 연구는 보건복지부 연구용역사업 (No. 08-2010-049) 및 보건산업진흥원 질 한국복지기술개발 사업(HI09C1379 (A092077))의 지원에 의해 이루어진 연구이다.
- 4) 전국 15개의 대학 병원: 건국대학교병원, 순천향대학교부천병원, 인하대학교 병원, 단국대학교 병원, 충남대학교 병원, 제주대학교 병원, 인제대학교 상계백병원, 서울대학교 병원, 강원대학교 병원, 경기도립노인전문병원, 건국대학교 충주병원, 동국대학교 경주병원, 경북대학교 병원, 경상대학교 병원

종속변수인 삶의 질의 경우, 당사자 응답과 돌봄제공자 응답을 모두 조사하여 분석에서 이를 짝지어 사용하였다.

2. 연구대상자

1) 치매환자

치매관리법(2015)에서 치매는 퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력, 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애로 정의 된다. 본 연구에서는 한국어판 ⁵⁾CERAD-K 치매 임상평가집과 ⁶⁾CERAD-K 신경심리평가를 이용하여 치매라고 진단받은 사람들을 대상으로 하였다. 또한 치매로 진단된 대상자에게 치매의 원인 감별진단을 위해 뇌 CT 또는 MRI를 시행하여, 알츠하이머형 치매로 분류된 표본만을 연구에 포함시켰다. 이는 치매의 종류가 매우 다양하고 증상도 종류에 따라 다르게 나타나 동질적 집단으로 구분하기 어렵기 때문이다(김태유 외, 2006).

2) 돌봄제공자(Care giver)

돌봄제공자는 비공식적으로 특별한 조직체거나 관리체계를 갖추지 않고 비체계적으로 보호서비스를 제공하는 가족, 친척, 친구 및 이웃 등을 의미한다(치매노인실태조사, 2010). 돌봄제공자의 조작적 정의는 함께 살면서 돌보는 부양자 혹은 동거하진 않지만, 지난 한 달 간 주 2회 이상 환자 부양에 참여한 사람으로 한다.

-
- 5) CERAD-K 치매 임상평가집: 미국 국립보건원 주도 하에 미국 각 주의 치매연구센터들이 치매 진단 및 등록에 공통으로 사용하기 위해 개발된 진단 평가 집으로 현재 12 개 국어로 번역되어 40 여 개국에서 널리 이용되고 있으며, 병리 진단과의 진단 일치도가 가장 높은 치매 임상 진단 평가 도구이다.
- 6) CERAD-K 신경심리평가집은 범주형 언어유창성 검사, 단축형 보스턴 명명검사, 간이 정신상태검사, 단어 목록 기억 검사, 시공간 구성 검사, 단어 목록 회상 검사, 단어 목록 재인검사, 시공간 구성 회상 검사, 길 만들기 검사 등 9 개의 소검사로 구성되어 있는 포괄적 신경 심리검사 도구이다.

제 2절. 변수 정의 및 측정

1. 종속변수: 치매환자의 삶의 질

본 연구에서 치매환자의 삶의 질은 행복, 만족, 긍정적인 정서, 사기 등의 개념이 내포된 주관적 안녕감을 의미한다(Diener, 2000).

치매환자의 삶의 질을 환자 본인의 응답으로 평가한다. 전체적인 생활을 묻는 단일 문항으로 구성되어 있고 각 문항의 점수 범위는 1점(나쁘다)에서 4점(매우 좋다)이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다. (Logsdon et al., 2002).

2. 독립변수: 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)

1) 인지기능저하

인지기능은 인간이 사고나 감지의 대상을 생각하고 느끼고 기억하는 것으로 정보를 선택, 습득, 분류, 통합하는 수용 기능과 정보의 저장과 인출을 나타내는 기억과 학습기능, 정보의 조직과 재조직의 사고기능, 정보를 의사소통하거나 행위를 하는 표현기능으로 정의할 수 있다(Lezak, 1995, 황종남, 권순만, 2009 재인용).

본 연구에서는 치매 선별용 간이정신상태검사(Mini-mental status examination for Dementia Screening: MMSE-DS)를 사용하여 치매환자의 인지기능저하 정도를 측정한다. 비교적 짧은 시간 내에 시간 및 장소 지남력, 기억 등록 및 회상, 주의 집중력, 언어능력(이름대기, 따라 말하기), 구성능력, 실행능력 등 다양한 인지 영역을 포괄적으로 측정할 수 있다(Folstein et al., 1975).

MMSE-DS는 총 19문항(30점 만점)으로 구성되어 있으며 점수가

높을수록 인지 기능이 유지되는 것으로 볼 수 있으나, 학력 및 연령, 성별이 점수에 영향을 주고 있으므로 이에 따라 층화된 정상기준을 활용하여 해석해야 한다. 본 연구에서는 한국 노인들의 학력, 연령, 성별을 고려하여 인지기능 수준을 층화한 정상기준을 사용하겠다. 인지기능에 따라 최경도 17점 이상, 경도, 13점 이상, 중등도 9점 이상, 중증 9점미만 구분하였고, 최경도 집단을 준거로 하여 범주형 변수로 분석을 실시하였다(Kim et al., 2010). 인지기능의 손상이 중증(MMSE-DS 9미만)의 경우 자기보고식 삶의 질에 대한 응답을 신뢰할 수 없으므로 연구대상에 포함하지 않는다(Logsdon et al., 2002). Kim 외(2010)의 연구에서 평정자간 신뢰도는 .97이었으며, 검사 재검사 신뢰도는 .86이었다.

2) 정신행동증상

치매환자에게 나타날 수 있는 정신장애에 의해 발현되는 불안, 초조, 배회 등의 행동장애나 지각(perception), 사고(thought), 정서 등의 증상을 말한다(세계노인정신의학회, 오병훈, 2009 재인용).

정신행동증상은 신경정신행동검사(Neuropsychiatric Inventory, NPI) 도구를 사용하여 측정한다. 돌봄제공자와 인터뷰를 통해 평가하며 지난 한 달을 기준으로 12 가지 행동에 관하여 질문을 하여 특정 이상 행동(망상, 환각, 초조/공격성, 우울, 불안, 들뜬 기분, 무감동/무관심, 탈억제, 과민/불안정, 이상 운동, 수면, 식욕/식습관)이 있다고 한 경우 그 빈도(1-4 점)를 합으로 총점(최고 48점)을 계산했다. 빈도를 통해 객관적으로 정신행동증상의 정도를 파악할 수 있고, 점수가 높을수록 정신행동증상이 심각하다는 것을 의미한다(Cummings et al., 1994). 신뢰도(Cronbach's α statistic)는 .88로 높은 내적 일관성을 가진다.

3. 조절변수: 돌봄제공자의 치매태도

태도는 사람, 사건, 물체에 대한 반응으로 감정적, 인지적, 행동적 구성요소를 포함한다(O'Connor & McFadden, 2010). 따라서 치매태도는 치매환자에 대한 감정적, 인지적 행동적 구성요소를 포함한 반응이라고 정의내릴 수 있다.

돌봄제공자의 치매태도를 측정하는 문항은 총 20문항이며 하부항목은 인지적인 측면을 평가하는 지식척도(Dementia Knowledge) 10문항과 정서 및 행동을 평가하는 안정척도(social comfort) 10문항을 포함한다. 지식 척도는 대상에 대한 지식과 신념을 의미하는 인지적인 구성요소를 포함하며 점수가 높을수록 치매환자에 대해 비편견적인 태도를 가지고 있다는 것을 의미한다. 또한 정서와 행동을 평가하는 안정척도는 점수가 높을수록 치매에 대한 긍정적인 태도를 가지고 있다는 것을 의미한다(O'Connor & McFadden, 2010). 신뢰도(Cronbach's α statistic)는 0.83으로 높게 나타났다.

4. 통제변수

본 연구에서는 연구 문제는 분석 모형의 명확성을 높이기 위해 치매환자의 삶의 질에 영향을 미친다고 밝혀졌거나 예상되는 변인들인 치매환자의 나이, 성별, 교육, 독거여부, 공존질환 등을 통제하고자 한다. 나이, 교육기간은 비율척도로 측정되었으며, 성별과 독거여부는 명목척도로 측정되었다. 성별은 남성은 0으로 여성은 1로 가변수화 하여 사용하였으며, 독거여부도 비독거는 0으로, 독거는 1로 가변수화 하였다. 공존질환으로 인한 부담은 누적질환 평가척도(Cumulative Illness Rating Scale; CIRS)를 사용하여 측정한다. 이 척도는 크게 14가지 영역의 질환들을 평가하여 각 영역에서 0점(없음)부터 4점(극심)까지 채점을 한다. 14가지 영역의 질환은 심장질환, 혈관, 혈액 질환, 호흡기 질환, 안과 및 이비인후질환, 상부위장

관 질환, 하부위장관 질환, 간질환, 신장질환, 비뇨생식기질환, 근골격 및 피부질환, 신경질환, 내분비, 대사 및 감염성질환, 정신질환을 포함한다. 총점은 최대 56점이며 중증도 점수가 높을수록 공존질환으로 인한 부담이 크다는 것을 의미한다. Williamson 외(1992) 연구에 따르면 신뢰도(Cronbach α statistic)는 .85로 나타났다.

<표 1> 변수의 구성 및 측정

구분	구분	빈도(명) 백분율(%)
종속변수	삶의 질	전체적 생활을 묻는 단일문항 (1~4: 점수가 높을수록 삶의 질이 높음)
독립변수	인지기능	MMSE-DS (0~30: 점수가 높을수록 인지기능 높음) 중증도 ≥ 9 , 경도 ≥ 13 , 최경도 ≥ 17
	정신행동증상	NPI (0 ~ 48: 점수가 높을수록 정신행동증상 빈도 높음)
통제변수	나이	비율척도
	성별	남성=0, 여성=1
	교육기간	비율척도
	독거여부	비독거=0, 독거=1
	공존질환	CIRS (0~56: 점수가 높을수록 공존질환으로 인한 부담이 큼)
조절변수	돌봄제공자 태도 (인지적)	Dementia Attitude Scale: 지식척도 (10~70: 점수가 높을수록 치매환자에 대해 비편견적인 태도를 가짐)
	돌봄제공자 태도 (정신&행동적)	Dementia Attitude Scale: 안정척도 (10~70: 점수가 높을수록 치매환자에 대해 긍정적인 태도를 가짐)

제 3절. 자료 분석 방법

본 연구는 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 치매 증상관련 위험요인과 돌봄제공자의 태도관련 보호요인의 영향력을 확인하고, 위험요인이 삶의 질에 미치는 영향을 조절하는 보호요인의 효과를 확인하고자 한다. 이를 위해 2010년 치매노인실태조사 자료를 활용하였다. 중증의 치매환자(MMSE-DS<9)는 응답의 신뢰성을 보장할 수 없으므로 연구대상에서 제외하였다. 또한 종속변수인 삶의 질은 치매환자 본인의 응답(PQOL)을 사용하여 변수 사이의 영향력을 확인하였다.

연구 문제 및 가설검증을 위한 데이터 분석은 다음과 같은 순서로 진행하였다. 첫째, 치매환자의 인지기능저하 정도를 세 단계로 구분한다. MMSE-DS 점수를 기준으로 최경도는 17점 이상, 경도, 13점 이상, 중등도 9점 이상으로 나눈다. 이후, 치매환자의 인구사회학적 변수(성별, 교육, 나이, 공존질환, 독거여부, 동거가족)와 주요변수(인지기능, 정신행동증상, 환자가 응답한 삶의 질, 돌봄제공자가 응답한 삶의 질)의 특성을 알아보기 위해 빈도분석과 기술통계를 실시한다.

둘째, 통제변수와 주요변수를 포함하여 Pearson 단순상관관계 분석을 실시하였다. 이를 통해 변수 간 다중공선성 여부를 확인하고, 추가로 분산팽창인자(VIF) 및 공차한계(TOL)을 확인하여 다중공선성을 확인하였다.

셋째, 치매환자의 삶의 질에 대한 위험요인과 보호요인의 주효과와 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 위계적 회귀 분석을 통해 검증하였다. 회귀분석에 앞서 회귀분석의 기본가정(잔차의 정상성, 선형성, 동변량성, 독립성)을 충족하는지 확인하였다. 위험요인에 해당하는 인지기능저하 정도를 더미변수로 구분 하였고, 정신행동증상 빈도를 포함하고, 보호요인에 해당하는 돌봄제공자의 치매환자에 대한 인지적, 정서 & 행동적 측면의 태도를 포함하였다. 보호요인의

위험요인에 대한 조절효과를 검증하기 위해 각 변수의 상호작용항을 생성하였다. 상호작용항은 다중공선성 문제를 예방하기 위해 평균중심화(mean-centering)하였다. <Model 1>에서 위험요인, 보호요인 통제변수를 포함하여 다중회귀 분석을 실시하였고, <Model 2>에서 위험요인, 보호요인, 통제변수, 위험요인×보호요인 상호작용항을 포함하여 회귀 분석하였다.

사회과학 연구에서는 대개 $p < .05$ 의 유의수준을 기준으로 회귀계수가 통계적으로 유의미한지를 결정한다. 하지만, 회귀분석을 통한 조절효과 분석은 검정력이 약하다는 한계가 있어 연구자의 판단 하에 통계수준을 $p < .10$ 으로 하는 경우도 있다(박현선, 이상균, 2008). 이에 본 연구자는 조절효과 검증을 적극적으로 시도하고자 다중회귀분석에서 $p < .10$ 의 유의수준을 적용하고자 한다.

제 5장. 연구결과

제 1절. 기초통계

1. 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구의 대상자들이 갖는 일반적인 인구사회학적 특성은 다음의 <표2>과 같다. 최중증의 치매환자(MMSE-DS<9)를 제외한 연구 대상자의 기초 통계 결과, 남성은 85명(36.5%) 여성은 148명(63.5%)를 차지했다. 노인성 질병인 치매환자를 대상으로 연구를 진행했기 때문에 대상자의 93%가 60대 이상이었으며, 이들의 평균연령은 약 76세로 나타났다. 또 70 ~ 80대의 비율이 약 82%로 연구 대상자의 대부분을 차지하였다.

학력은 무학이 145명(62.2%)으로 높은 비율을 보였으며, 초등학교 졸업, 고등학교 졸업, 전문대학 졸업 이상의 학력을 가진 대상자의 비율은 약 12%로 비슷하게 나타났다. 초졸 이하의 대상자만을 포함하면 174명으로 전체의 약 75%를 차지한다. 교육 기간의 평균은 6년 4개월로 나타났다.

치매환자의 경우 신체적 증상으로 인해 혼자 생활하는 비중이 18명(7.7%)으로 매우 적게 나타났으며 215명(92.3%)은 가족과 함께 생활하는 것으로 보고되었다. 동거 유형을 세부적으로 살펴보면 배우자와 사는 가족은 85명(36.5%)이고, 배우자와 가족과 함께 사는 가족은 49명(21%)이다. 배우자 이외의 가족과 함께 사는 경우는 77명(33%)로 드러났다.

본 연구에서 독립 변수 중 하나인 인지기능저하정도의 경우 최중증의 인지기능의 저하를 보이는 대상자를 제외하고, 최경도(MMSE 17-30점), 경도(MMSE 13-16점), 중증도(MMSE 9-12점)의 인지기

능정도를 가진 세 유형으로 대상자를 구분하였다. 최경도의 인지기능저하 정도를 가진 대상자들은 114명(48.9%)였으며, 경도의 인지기능저하 정도를 가진 대상자들은 68명(29.2%), 중증도의 경우 51명(21.9)가 해당되었다.

<표 2> 대상자 인구사회학적 특성

(N=233)

변수	구분	빈도(명)	백분율(%)
인지기능저하 정도 (독립변수)	최경도(MMSE-DS 17-30점)	114	48.9
	경도(MMSE-DS 13-16점)	68	29.2
	중증도(MMSE-DS 9-12점)	51	21.9
성별	남	85	36.5
	여	148	63.5
연령	60대 미만	7	3.0
	60대	34	14.6
	70대	106	45.5
	80대	84	36.1
	90대 이상	2	.9
학력	무학	145	62.2
	초등학교 졸업	29	12.4
	고등학교 졸업	29	12.4
	전문대학 졸업 이상	30	12.9
독거여부	독거	18	7.7
	비독거	215	92.3
동거가족	배우자	85	36.5
	배우자와 가족	49	21.0
	배우자 이외의 가족	77	33.0
	기타	4	1.8

2. 주요변수의 기술통계 및 정규성 검토

본 연구에 사용된 주요 변수들의 기술 통계 분석 결과는 다음 <표3>와 같다. 주요 변수의 분산성을 확인하기 위해 평균과 표준편차, 최대값 및 최소값을 살펴보았다. 또한 변수별 정규성을 검증하고자 왜도, 첨도를 확인하였다.

종속변수로 사용한 삶의 질(치매환자 응답)의 평균은 2.17, 표준편차는 .73으로 나타났다.

독립변수인 인지기능은 MMSE-DS를 비율변수로 증화하지 않았을 때 평균은 16.67로 나타났고, 최소값은 9, 최대값은 29로 9미만의 MMSE-DS 점수를 가진 치매환자는 연구 대상에 포함하지 않았다. 정신행동증상은 평균 6.88, 표준 편차 7.37로 나타났고, 0에서부터 36점의 점수 차를 보여주었다. 이러한 큰 표준편차는 치매환자 사이에 정신행동증상의 빈도의 격차가 크다는 것을 설명한다.

조절변수인 돌봄제공자의 태도의 관한 변수는 인지적 요소를 반영하는 치매에 대한 비편견적인 태도와 정서·행동적 요소를 반영하는 치매에 대한 긍정적인 태도로 구분한다. 돌봄제공자의 치매에 대한 비편견적인 태도는 평균이 41.67(70점 만점)이고, 표준편차가 9.84이며, 긍정적인 태도는 평균이 36.8(70점 만점)이고 표준편차가 7.69로 나타났다.

정규성 분포를 가정으로 하는 회귀분석을 진행하기 위해 연구의 주요 변수들이 정규성을 충족하는 지 확인하였다. 왜도의 절대값이 3미만이고, 첨도의 절대값이 10미만에 해당하면 정규성 가정을 충족하는 것으로 본다. 본 연구의 경우 각 변수들의 왜도와 첨도를 살펴본 결과 정규성 가정의 기준에 부합하였다.

<표3> 주요변수의 기술통계 및 정규성 검토 (N=233)

변수		평균	표준 편차	최소값	최댓값	왜도	첨도	
종속 변수	삶의 질 (치매환자 응답)	2.17	.73	1.0	4.0	.209	-.184	
독립 변수	위험요인	인지기능 (MMSE-DS)	16.67	4.65	9	29	.418	-.478
		정신행동증상	6.88	7.37	0.0	36.0	1.423	2.022
	보호요인	돌봄제공자의 치매에 대한 비편견적 태도	41.67	9.84	10.0	68.0	-.569	.873
		돌봄제공자의 치매에 대한 긍정적 태도	36.08	7.69	10.00	66.00	-.048	1.291

3. 변수 간 상관관계 및 다중공선성 검증

다음으로 가설 검증에 앞서 종속변수와 독립변수 간의 상관관계를 확인하고, 독립변수 사이에 다중공선성(Multicollinearity)이 존재하는지 살펴 보았다. 그 결과는 <표4>에 정리되어 있다.

종속변수인 치매환자의 삶의 질과 통계적으로 유의한 상관관계를 가지는 변수로는 교육 기간, 공존질환, 정신행동증상 등이 있었다. 교육기간과 삶의 질(환자응답)은 정적 관계($r=.146, p<.05$)를 가지는 것으로 나타났다. 공존질환은 치매 이외의 진단 받은 병으로 인한 고통의 정도로 삶의 질과 부적 관계($r=-.251, p<.01$)를 가지는 것으로 나타났다. 선행연구를 통해 삶의 질의 위험요인으로 검증된 정신행동증상 역시 삶의 질과 부적 관계($r=-.218, p<.01$)가 나타났다. 삶의 질과 상관관계를 보인 변수는 질병관련 변수들과 인구사회학적 변수로 나타났으며, 보호요인 관련 변수는 포함되지 않았다.

다음으로 독립변수간의 상관관계를 살펴보면 돌봄제공자의 치매에 대한 비편견 정도와 정신행동증상($r=-.132, p<.01$)은 통계적으로 유의미한 부적 상관관계를 가지는 것으로 확인되었다. 즉, 돌봄제공자의 치매에 대한 비편견정도가 높을수록 정신행동증상의 빈도는 낮다는 의미이다. 또한 태도의 인지적 측면(비편견적 태도)과 정서·행동적 측면(긍정적 태도) 사이에 정적 상관관계($r=.388, p<.01$)가 나타났다.

마지막으로 독립변수와 통제 변수 간의 상관관계를 살펴본다. 나이가 많을수록 교육기간은 낮은 것으로 확인되었으며, 남자에 비해 여성일수록 교육기간이 낮았고($r=-.421, p<.01$), 독거로 지내는 경우가 많았으며($r=.186, p<.01$), 공존질환을 더 적게 가졌다($r=-.150, p<.05$). 또 교육기간이 높을수록 독거로 지내는 경우는 적게 나타났다($r=-.185, p<.01$).

변수간의 상관관계가 0.7이상이면 다중공선성을 의심할 수 있지만, 연구 모형에 포함된 독립변수와 통제변수 사이의 상관관계를 분석한 결과 다중공선성이 의심될 만한 수준의 상관관계는 확인 되지 않았다. 분산팽창인자(VIF)를 확인한 결과 2.5이하로 나타나 다중공선성 문제가 나타날 가능성이 낮았다(김태근, 2006).

<표 4> 변수 간 상관관계 (N=233)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.성별	1										
2.독거	.186**	1									
3.나이	.023	.063	1								
4.교육기간	-.421**	-.185**	-.280**	1							
5.공존질환	-.150*	-.123	.078	-.027	1						
6.경도 인지저하	-.043	.062	-.049	.050	-.028	1					
7.중증도 인지저하	.099	.002	.070	-.086	-.155*	-.340**	1				
8.정신행동증상	.083	.119	.007	-.067	-.010	.058	.002	1			
9. 돌봄제공자의 치매에 대한 비편견적 태도	.078	-.039	.061	.021	-.013	-.122	.060	-.132*	1		
10. 돌봄제공자의 치매에 대한 긍정적 태도	.054	.026	.012	-.021	-.056	.033	.007	-.086	.388**	1	
11.삶의 질	.089	-.022	.017	.146*	-.251**	.021	-.094	-.218**	.033	.076	1

* P<.05, ** P<.01,*** P<.001

※ 참고: 인지기능 저하에 대한 준거 집단은 최경증 인지기능저하(MMSE-DS>16)

제 2절. 가설검증

본 연구에서 검증하고자 하는 연구가설의 기각여부를 판단하기 위해 위계적 회귀분석을 통하여 통계적 검증을 실시하였다. 회귀분석에 앞서 회귀분석의 기본가정들인 잔차(residual)의 선형성, 동변량성, 정상성, 독립성을 살펴보기 위해 잔차검증을 실시하였다. 잔차의 산점도, Q-Q plot, 히스토그램을 확인 한 결과 오차의 정규성과 등분산성을 충족하며, Durbin-Watson을 이용하여 잔차의 자기 상관을 검정한 결과 1.833으로 오차의 자기 상관이 없는 것으로 나타났다.

회귀분석의 기본가정 검증 후 치매로 인한 위험요인과 돌봄제공자 관련 보호요인의 주효과와 보호요인의 위험요인에 대한 상호작용효과를 확인하였다. <Model 1>에서는 인구사회학적 변수(성별, 독거여부, 나이, 교육기간)와 공존질환의 영향을 통제한 상태에서 위험요인, 보호요인이 삶의 질에 영향을 미치는 지 확인하고자 한다. <Model 2>에서는 위험요인과 보호요인의 상호작용이 삶의 질에 영향을 미치는지 살펴본다.

1. 적응유연성 모델 주효과 분석(위험요인, 보호요인)

Model 1: 주효과 모형(위험요인, 보호요인)

$$Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6D_6 + b_7D_7 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + e$$

Y : 환자가 응답한 삶의 질

D₁ : 성별(남=0, 여=1)

D₂ : 독거여부(비독거=0, 독거=1)

X₃ : 나이

X₄ : 교육 기간

X₅ : 공존질환

D ₆ : 경증 인지기능저하
D ₇ : 중증 인지기능저하
X ₈ : 정신행동증상
X ₉ : 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도(인지적 측면)
X ₁₀ : 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도(정서·행동적 측면)

<표 5> 주효과 분석(위험요인, 보호요인, 통제변수) (N=233)

변수	Model 1		
	B	S.E	β
성별	.263	.105	.175*
독거여부	-.078	.172	-.029
나이	.010	.006	.106
교육기간	.029	.010	.213**
공존질환	-.055	.014	-.254***
경증 인지기능저하	-.041	.105	-.026
중증 인지기능저하	-.255	.116	-.146*
정신행동증상	-.021	.006	-.216***
돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도	-.003	.005	-.041
돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도	.005	.006	.056
상수		1.499	
R ²		.176	
Adjusted R ²		.139	
F		4.745***	

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

※ 참고: 인지기능 저하에 대한 준거 집단은 최경증 인지기능저하(MMSE-DS>16)

적응 유연성 모델에 따른 치매환자의 삶의 질에 영향을 주는 위험요인과 보호요인에 대한 다중회귀 분석결과는 <표5>에서 확인 할 수 있다. 치매환자의 삶의 질에 대한 본 연구의 회귀모형은 Adjusted $R^2=.139$ 로 약 14%의 설명력을 가졌으며 통계적으로 유의미한 모델임이 증명되었다 ($F=4.745$, $p<.001$).

1) 위험요인의 삶의 질에 미치는 영향

[연구문제1] 치매환자의 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)은 삶의 질에 영향을 미치는가?

<연구가설 1-1> 인지기능의 저하정도에 따라 치매환자 삶의 질에 차이가 있을 것이다.

→ 지지, 최경증과 중증 인지기능 저하 집단 사이에서 삶의 질의 차이를 보인다.

<연구가설 1-2> 정신행동증상의 빈도에 따라 치매환자의 삶의 질에 차이가 있을 것이다.

→ 지지, 정신행동증상의 빈도가 증가할수록 치매환자의 삶의 질은 감소한다.

중증 인지기능저하($\beta=-.146$, $p<0.05$)의 환자는 최경증 인지기능저하(기준집단)가 있는 치매환자 보다 통계적으로 유의미하게 삶의 질(환자응답)이 낮은 것을 볼 수 있다. 경증과 최경증 인지기능저하 수준을 가진 치매환자의 삶의 질에는 통계적으로 유의미한 차이가 발생하지 않았지만 β 값이 $-.026$ 로 경증의 인지기능저하를 경험하는 최경증의 인지기능저하를 경험하는 환자에 비해 미미하게 삶의 질이 낮음을 추측할 수 있다. 즉, 삶의 질(환자응답)은 최경증, 경증으로 인지기능저하가 진행된 치매환자가 가장

비슷하게 높고, 중증 일수록 낮아진다는 것을 보여준다(최경증=경증>중증). 또 다른 치매의 증상인 정신행동증상의 빈도의 증가($\beta=-.216$, $p<0.001$)는 삶의 질의 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또 표준화 계수 값을 살펴보았을 때 공존질환 다음으로 삶의 질에 영향을 미치는 가장 영향력 있는 요인은 정신행동증상의 빈도였다. 정신행동증상의 빈도가 한 단위 증가할 때 삶의 질은 .216만큼 낮아지는 것을 의미한다. 위와 같은 분석을 치매의 주 증상인 인지기능 저하와 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 위험요인으로 작용한다는 것이 밝혀졌다.

2) 보호요인이 삶의 질에 미치는 영향

[연구문제2] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서 & 행동적 측면)은 삶의 질에 영향을 미치는가?

<연구가설 2-1> 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도 정도(인지적 측면)에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.

→ 기각, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도 정도에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 나지 않는다.

<연구가설 2-2> 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도 정도(정서 & 행동적 측면)에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.

→ 기각, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도 정도에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 나지 않는다.

치매환자의 삶의 질에 긍정적 영향을 주는 외적 요인인 돌봄제공자의 태도 관련 가설검증 결과는 다음과 같다. 돌봄제공자의 치매환자에 관한 인지적 측면의 태도가 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향은 통계적으로 검증되지 않았다. 또한 돌봄제공자의 정서&행동적 측면의 태도는 환자의 삶의 질에 미치는 영향이 통계적으로 검증되지 않았다. 따라서 <연구가설 2-1, 2-2>는 기각된다.

3) 기타변수가 삶의 질에 미치는 영향

통제 변수의 경우 성별($\beta=.175, p<0.05$), 교육기간($\beta=.213, p<0.01$), 공존 질환($\beta=-.254, p<0.001$)이 삶의 질에 통계적으로 유의한 것으로 밝혀졌다. 여성이 남성에 비해 삶의 질이 높으며, 교육기간이 높을수록 삶의 질이 높다. 공존질환의 경우 직접적인 치매 증상은 아니지만, 전반적인 건강수준을 보여주는 변수로 삶의 질에 강한 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 주효과 분석에서 포함된 변수 중에 공존질환의 표준화 계수 가장 컸고, 이는 공존질환으로 인한 부담이 한 단위 증가할 때 삶의 질은 .254만큼 낮아지는 것을 의미한다.

2. 적응유연성 모델 상호작용효과 분석

[연구문제3] 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도; 인지적 측면, 정서&행동적 측면)는 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)이 삶의 질에 미치는 영향을 조절하는가?

<연구가설 3-1> 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도(인지적 측면)를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-2> 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도(정서·행동적 측면)를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-3> 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도(인지적 측면)를 가질수록 작아질 것이다.

<연구가설 3-4> 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도(정서·행동적 측면)를 가질수록 작아질 것이다.

Model 2: 상호작용 효과 분석

$$Y = a + b_1D_1 + b_2D_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6D_6 + b_7D_7 + b_8X_8 + b_9X_9 + b_{10}X_{10} + b_{11}D_6X_9 + b_{12}D_7X_9 + b_{13}X_8X_9 + b_{14}D_6X_{10} + b_{15}D_7X_{10} + b_{16}X_8X_{10} + e$$

Y : 환자가 응답한 삶의 질(PQOL)

D₁ : 성별(남=0, 여=1)

D₂ : 독거여부(비독거=0, 독거=1)

X₃ : 나이

X₄ : 교육 기간

X₅ : 공존질환

D₆ : 경증 인지기능

D₇ : 중증 인지기능

X₈ : 정신행동증상

X₉ : 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도(인지적 측면)

X₁₀ : 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도(정서·행동적 측면)

<표 6> 위험요인에 대한 보호요인의 조절효과가 삶의 질에 미치는 영향 (N=233)

변수	Model 1			Model 2		
	B	S.E	β	B	S.E	β
성별	.263	.105	.175*	.258	.105	.171*
독거여부	-.078	.172	-.029	-.051	.173	-.019
나이	.010	.006	.106	.013	.006	.133*
교육기간	.029	.010	.213**	.029	.010	.213**
공존질환	-.055	.014	-.254***	-.057	.014	-.263***
경증 인지기능저하(A)	-.041	.105	-.026	-.183	.153	-.115
중증 인지기능저하(B)	-.255	.116	-.146*	-.513	.184	-.293**
정신행동증상(C)	-.021	.006	-.216***	-.040	.009	-.408***
돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도(D)	-.003	.005	-.041	-.007	.007	-.095
돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도(E)	.005	.006	.056	.018	.009	.194*
A*D				-.001	.012	-.008
B*D				.020	.013	.144
C*D				.001	.001	.132 ⁺
A*E				-.023	.014	-.159
B*E				-.023	.018	-.117
C*E				-.002	.001	-.226**
상수		1.499			1.418	
R ²		.176			.228	
Adjusted R ²		.139			.171	
R ² change		.003			.052	
F(Δ F)		4.745***			3.988***(2.423*)	

⁺ p<.1 * p<.05 ** p<.01 ***p<.001 ※ 참고: 인지기능 저하에 대한 준거 집단은 최경증 인지기능저하(MMSE-DS>16)

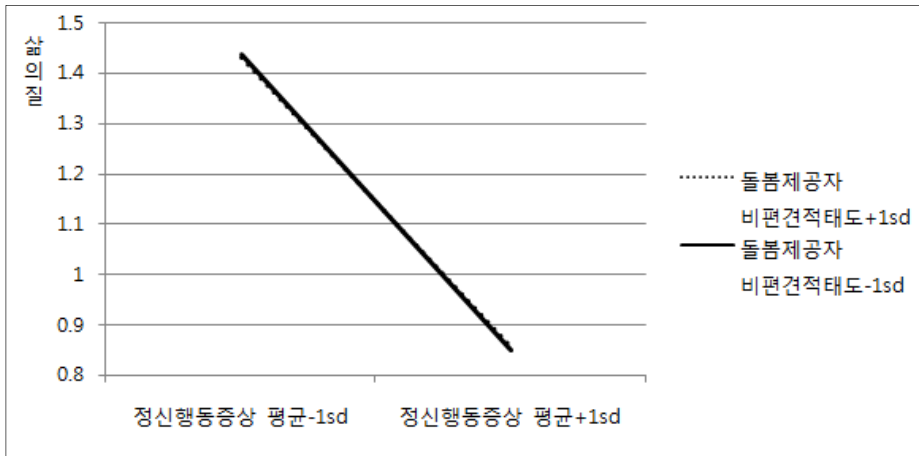
<Model 2>에서 상호작용항을 포함한 독립, 통제변수들은 삶의 질의 변량을 17% 설명하고 있다($F=3.988$, $p<0.001$). 조절효과를 검증하기 위해 위계적 회귀분석에서는 R^2 변화량에 대한 F값과 상호작용항의 회귀계수가 통계적으로 유의할 경우 조절효과가 있다고 보고할 수 있다. 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도 관련 상호작용항을 투입했을 때, 통계적으로 유의한 것으로 나타났다($\Delta R^2=0.052$, $\Delta F=2.423$, $P<0.05$).

정신행동증상과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도의 상호작용항의 회귀계수는 통계적으로 유의했다($\beta=.132$, $p<0.1$). <그림 2>를 통해 상호작용효과를 직관적으로 살펴보았다. 돌봄제공자들이 치매에 대한 비편견적인 태도를 많이 가진 집단은 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부정적 영향이 감소하는 것으로 나타났다. 즉, <연구가설 3-3> 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매에 대해 비편견적 태도(인지적 측면)를 가질수록 작아질 것이라는 지지된다.

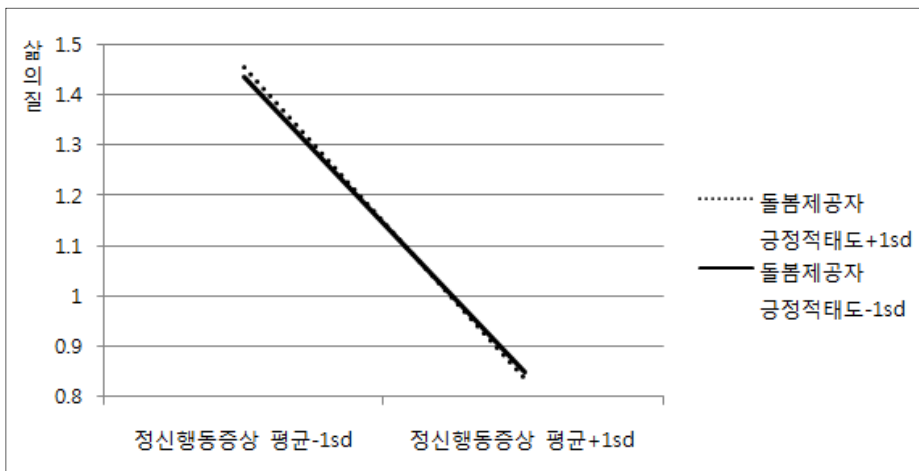
또 회귀계수의 유의도를 보면, 독립변수인 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향은 통계적으로 유의미하였으며($\beta=-.408$, $p<0.001$), 조절변수인 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도의 영향 또한 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($\beta=.194$, $p<0.05$). 위험요인인 정신행동증상과 보호요인인 돌봄제공자의 긍정적 태도의 상호작용항이 치매환자의 미치는 영향은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($\beta=-.226$, $p<0.01$). 상호작용 효과를 <그림3>을 통해 살펴보았다. 두 변수 간의 상호작용 효과는 독립변수(정신행동증상)와 조절변수(돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적인 태도)의 평균을 중심으로 ± 1 표준편차 떨어진 집단의 종속변수 값 비교한다. 정신행동증상의 빈도가 적은 집단과 많은 집단에서 돌봄제공자가 치매에 대해 긍정적인 태도를 보다 많이 가진 경우와 덜 가진 경우

에 삶의 질이 어떤 차이를 보이는 가를 살펴보았다. 그 결과 <연구
가설 3-4>는 가설과 반대방향으로 지지되어 돌봄제공자가 치매에 대
해 긍정적으로 생각할수록 삶의 질(PQOL)에 미치는 정신행동증상의 미
미하지만 부적 영향력이 증가하는 것으로 나타났다.

인지기능저하 수준과 돌봄제공자의 치매에 대한 인지적, 정서&행
동적 태도 사이에는 삶의 질에 대한 상호작용효과가 통계적으로 증
명되지 않았다. 따라서 <연구가설 3-1, 3-2>는 기각된다.



<그림2> 정신행동증상 * 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도 조절효과



<그림3> 정신행동증상 * 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도 조절효과

제 6장. 결론

제 1절. 연구요약

본 연구의 목적은 치매의 증상 관련 위험요인과 돌봄제공자의 태도(인지적, 정서&행동적 측면)가 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 살펴본 후, 위험요인의 부정적 영향이 돌봄제공자의 비판견적·긍정적 태도에 따라 조절되는지 확인하는 것이다.

치매환자의 삶의 질에 영향을 주는 요인을 파악하는 초기의 연구에서는 치매의 중심증상인 인지기능저하와 주변증상인 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부정적 영향을 주로 살펴보았다(Logsdon, 2002; Matsui et al., 2006; Tatsumi et al., 2009; Kim et al., 2010; 김성완 & 신일선, 2006). 많은 연구들에서는 치매의 중심증상인 인지기능저하 정도를 MMSE 점수를 비율변수로 투입하여 삶의 질의 미치는 영향을 파악하였는데, 이 경우 해석이 직관적이지 않다는 한계가 있었다. 이러한 한계를 극복하기 위해 본 연구에서는 국내 노인의 학력, 연령, 성별을 고려하여 층화된 정상규준을 사용하여 인지기능저하 정도를 더미변수로 구분하여 독립변수로 투입하였다.

또한, 이론과 선행연구들은 치매환자와 많은 시간을 보내는 돌봄제공자의 태도와 니즈에 맞는 서비스 제공에 따라 삶의 질의 차이가 발생함에 주목했다(Algase et al., 1996; Kitwood, 1997; Zimmerman et al., 2005; Spector & Orrell, 2006). 이 연구들은 돌봄제공자가 대리 응답한 삶의 질과 치매환자가 직접 응답한 삶의 질 변수를 종속변수로 투입하여 각 돌봄제공자의 태도(희망, 인간중심적 태도)가 주는 영향력을 분석했다. 돌봄제공자의 태도가 삶의 질에 미치는 영향에 대해 알 수 있었지만, 위험요인의 영향을 조절하는 것은 파악할 수 없었다. 또한 돌봄제공자의 태도를 희망적, 인간중심적으로 파악하여 태도를 구분하는 이론적 근거가 미흡하다는

한계가 존재했다. 따라서 본 연구에서는 태도를 세 가지로 나눌 수 있다는 이론에 따라 제공자의 태도를 인지적, 정서·행동적 구성요소로 나누어 변수의 영향력을 살펴보았다(Insko & Schopler, 1967). 이렇게 적응유연성 모델에 따라 돌봄제공자의 태도를 보호요인으로 투입하여 사회복지적 개입지점을 찾고자 하였다.

이를 위해 본 연구는 치매노인실태조사(2010) 자료를 활용하였다. 전국 단위에서 치매환자와 돌봄제공자를 쌍으로 조사한 자료이기 때문에 두 대상의 상호작용을 살펴볼 수 있었다. 특히, 종속변수인 삶의 질을 환자 본인이 응답한 변수 자료로 분석하고자 하였다.

각 연구문제 및 연구가설 검증 결과는 다음과 같다.

첫째, <연구문제 1>은 치매 증상관련 위험요인이 환자의 삶의 질에 미치는 영향을 확인하기 위한 것으로 주효과 모형을 통하여 검증하였다. 주효과 모형에는 위험요인인 정신행동증상, 인지기능 저하 집단을 더미변수로 경증, 중증 집단을 투입하고 최경증 집단을 기준으로 삼았다. 보호요인과 통제변수를 포함하였다. 분석 결과, 인지기능 저하 정도에 따라 치매환자의 삶의 질에 통계적으로 유의미한 차이가 발생하는 것으로 나타났다. 중증의 인지기능저하를 가진 치매환자는 최경증 인지기능저하가 있는 집단보다 삶의 질이 낮은 것으로 나타났지만, 경증과 최경증의 인지기능 집단 사이에는 삶의 질에 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 또 다른 치매의 주변증상인 정신행동증상은 치매환자의 삶의 질에 강한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 본 연구에서 설정한 치매 증상관련 위험요인은 삶의 질에 부정적 영향을 주는 것으로 밝혀져 <연구가설 1-1, 1-2>는 지지된다.

둘째, <연구문제 2>는 돌봄제공자의 비편견적·긍정적 태도가 치매환자의 삶의 질에 긍정적 영향을 주는지 확인하기 위한 것이다.

<연구문제 2>의 검증을 위해 보호요인, 위험요인, 통제 변수를 포함한 모형을 다중회귀분석 하였다. 그 결과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도(인지적 측면)의 영향은 통계적으로 증명되지 않았다. 또한 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도(정서&행동적 측면)의 영향도 증명되지 않았다. 따라서 본 연구에서 설정한 환경적 보호요인은 삶의 질에 통계적으로 영향을 주지 않는 것으로 나타나 <연구가설 2-1, 2-2>는 기각된다.

셋째, <연구문제 3>은 위험요인이 삶의 질에 미치는 영향을 보호요인이 조절하는지 확인하기 위해 보호요인의 상호작용모형을 설정하였다. 위험요인과 보호요인의 상호작용항을 평균중심화 하여(mean-centering) 투입하고, 주효과 모형을 투입하여 상호작용 모형을 구성하였다. 분석결과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도 관련 상호작용 모형은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 그중에서도 정신행동증상과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적·긍정적 태도에 관한 상호작용항이 통계적으로 유의미하였다. 돌봄제공자들이 치매환자에 대해 비편견적인 태도를 많이 가질수록 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부정적인 영향이 감소하여 <연구가설 3-3>은 지지된다. 또한 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적으로 생각할수록 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부적 영향력이 미미하게 증가하여 <연구가설 3-4>는 반대방향으로 가설이 지지되었다. 반면 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적·긍정적 태도는 인지기능 저하 수준에 따라 삶의 질에 미치는 부정적인 영향을 조절하지 못하는 것으로 나타나 <연구가설 3-1, 3-2>는 기각된다.

본 연구에서 검증하고자 한 연구문제와 가설 검증 결과는 <표 7>과 같다.

<표 7> 연구가설 지지 및 기각여부

■ 연구문제 1. 치매환자의 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)은 삶의 질에 어떤 영향을 미치는가?	
연구가설 1-1. 인지기능의 저하정도에 따라 치매환자 삶의 질에 차이가 있을 것이다.	지 지
연구가설 1-2. 정신행동증상의 빈도에 따라 치매환자의 삶의 질에 차이가 있을 것이다.	지 지
■ 연구문제 2. 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서·행동적 측면)은 삶의 질에 영향을 미치는가?	
연구가설 2-1. 돌봄제공자가 치매환자에 대한 비편견적 태도 정도(인지적 측면)에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.	기 각
연구가설 2-2. 돌봄제공자가 치매환자에 대한 긍정적 태도 정도(정서·행동적 측면)에 따라 치매환자의 삶의 질은 차이가 있을 것이다.	기 각
■ 연구문제 3. 치매환자의 보호요인(돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도: 인지적 측면, 정서·행동적 측면)은 위험요인(인지기능저하, 정신행동증상)의 영향을 조절하는가?	
연구가설 3-1. 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도를 가질수록 작아질 것이다.	기 각
연구가설 3-2. 치매환자의 삶의 질에 인지기능저하 정도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도를 가질수록 작아질 것이다.	기 각
연구가설 3-3. 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도를 가질수록 작아질 것이다.	지 지
연구가설 3-4. 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상 빈도가 미치는 영향은 돌봄제공자가 치매환자에 대해 긍정적 태도를 가질수록 작아질 것이다.(반대 방향)	지 지

제 2절. 연구결과 논의

1. 치매 증상관련 위험요인과 삶의 질

치매의 증상들은 환자들의 독립 생활영역을 줄이고 사회적인 관계를 악화시키며, 이로 인해 삶의 질에 부정적 영향을 미치게 된다. 본 연구에서는 치매의 병리적 특성에 초점을 맞추어 중심증상인 인지기능저하와 주변증상인 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 위험요인을 작용할 것이라는 연구가설을 설정하고 분석하였다. <Model 1>에서 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 인구 사회학적 변수와 보호요인을 통제된 상태에서 위험요인이 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였다.

그 결과, 인지기능저하 수준의 따라 환자가 응답한 삶의 질은 통계적으로 유의미한 차이가 검증되었다. 세부적으로는 중증의 인지기능저하를 겪는 사람보다 최경증의 인지기능저하를 겪는 사람의 삶의 질은 높았으며, 경증과 최경증 인지기능 차이는 삶의 질에 통계적으로 유의미한 차이가 나지 않았다.

이 결과는 인지기능의 저하가 치매환자의 삶의 질과 부정적인 관계가 있다는 대부분의 선행연구를 지지하는 것으로 볼 수 있다 (Albert, 1996; Logsdon et al., 1999a; Logsdon et al., 2002b; Missotten et al., 2007). 본 연구는 Logsdon 등(2002b)이 수행한 연구방법과 같이 최중증은 인지기능 저하 환자는 배제하고, 중증, 경증, 최경증의 인지기능 저하 집단을 구분하여 삶의 질에 차이가 있는지 살펴보았고, 연구결과도 동일하게 나타났다. 몇 연구에서는 인지기능 차이가 치매환자의 삶의 질에 영향을 주지 않는다고 보고하고 있는데, 이는 건강관련 삶의 질이라는 종속변수를 투입하였기 때문으로 생각된다(Banerjee et al., 2006; Anderson, 2004). 종합하면,

인지기능의 저하는 전반적인 삶의 질에 부정적인 영향을 미치나 건강관련 삶의 질에는 통계적 영향이 증명되지 않았다. 또한 표본의 수가 매우 적을 경우도 인지기능과 삶의 질의 관계가 통계적으로 나타나지 않았다(김성완 & 신일선, 2006). 따라서 치매환자의 삶의 질을 증진시키기 위해 비가역적인 인지기능의 저하를 늦추기 위해 노력할 필요함을 알 수 있다. 이를 위해 치매를 진단 받았다고 할지라도 운동, 원예 프로그램, 음악 프로그램 등 뇌의 운동을 돕는 활동을 꾸준히 할 필요가 있다.

두 번째로, 치매의 주변 증상인 정신행동증상의 빈도가 증가하는 삶의 질의 부정적 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 부적 영향력은 인지기능의 손상보다 강한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 것은 국내외 많은 선행연구들의 결과와 일치하였다(Samsus et al., 2005; Banerjee et al. 2005, Tatsumi et al. 2009, 김성완 & 신일선, 2006). 본 연구에서는 돌봄제공자와 관련있는 보호요인을 투입하였기 때문에 돌봄제공자가 치매환자의 삶의 질에 대한 대리응답을 포함하지 않았다. 하지만, 많은 선행연구들에서 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 영향은 돌봄제공자의 대리응답이 환자의 응답보다 강하게 나타났다음을 보여주고 있다. 이는 정신행동증상이 돌봄제공자의 부담을 증가시키는 주요인이기 때문에 그들은 치매환자의 삶의 질을 더 낮게 평가했기 때문으로 추측할 수 있다(Hoe et al. 2007; Karlawish et al. 2001). 이와 같이 정신행동증상은 돌봄제공자의 부담을 증가시키는 요인이고, 결과적으로 대부분의 시간을 함께 보내는 돌봄제공자와 치매환자의 사회적 관계를 악화시켜 환자의 삶의 질에도 부정적 영향을 주는 것으로 추측할 수 있다. 또한 본 연구에서는 치매가 중증으로 진행된 환자는 연구대상자에서 제외하였기 때문에 치매 말기에도 지속되는 정신행동증상의 부정적 영향력을 파악할 수

없다. 하지만, Raymond 등(2008)의 연구에 따르면 정신행동증상은 치매 말기에도 지속되어 삶의 질에 지속적으로 부정적인 영향을 준다고 추측할 수 있다.

여러 연구들에서 돌봄제공자와 치매환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 정신행동증상의 발현을 줄이기 위해 신경정신계 의약품인 도네페질을 투약할 것을 제안하고 있다(Holmes, 2004; Cummings et al., 2006). 하지만, Ballard 등(2001)의 연구에서 정신행동증상보다 항정신병 약을 복용하는 것이 삶의 질에 부정적 영향을 미친다고 설명하기 때문에 정신과 약 이외의 정신행동증상의 발현을 줄이기 위한 방법을 찾는 것이 필요하다. 그 예로는 편안한 거주 환경과 돌봄제공자의 인간 중심 돌봄이 있을 수 있다(Cohen-Mansfield & Werner, 1998; 오이겐, 2008; Edvardsson, 2008; Chang & Lin, 2005).

2. 돌봄제공자 태도 관련 보호요인과 삶의 질

치매환자의 경우 점차 인지기능의 손상 및 신체 기능의 손상이 진행되기 때문에 타인의 도움을 받고 살아간다. 특히, 주 돌봄제공자가 치매환자에게 어떤 태도를 취하는가에 따라 삶의 질이 달라질 수 있기 때문에 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적·긍정적 태도를 보호요인으로 설정하였다. 인구 사회학적 변수와 치매 증상 관련 위험요인의 영향을 통제한 상태에서 보호요인의 영향력을 살펴 보았다.

연구 결과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도(인지적 구성요소)와 긍정적 태도(정서·행동적 구성요소)는 삶의 질에 영향을 주지 않는 것으로 검증되었다. 기존의 돌봄제공자의 태도 관련 연구에서는 태도를 희망적인 태도와 인간중심적인 태도로 구분하여

삶의 질과의 상관관계를 파악하였다. 연구에 따라 희망적 태도가 삶의 질과 관련 있기도 하였고(Zimmerman et al., 2005; Spector & Orrell, 2006), 인간 중심적 태도가 삶의 질과 관련되기도 하였다(Winzelberg et al., 2005). 본 연구는 기존의 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도와 치매환자의 삶의 질을 살펴본 연구와 다르게 태도를 인지적, 정서·행동적 구분하였기 때문에 정확한 비교는 어렵다. 하지만, 선행연구와 다르게 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도는 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(Winzelberg et al., 2005; Zimmerman et al., 2005; Spector & Orrell, 2006). 이는 선행연구들의 연구대상자는 거주시설에서 모집된 반면 본 연구의 대상자는 지역사회 내에서 거주하고 있는 치매환자이기 때문이라고 추측할 수 있다. 상대적으로 거주시설의 경우 가족이 아닌 임금근로자가 치매환자를 돌보기 때문에 그들이 환자를 대하는 태도에 따라 돌봄의 질이 달라지고 이는 치매환자의 삶의 질로 연결될 수 있다. 반면, 지역사회 내에서 거주하고 있는 치매환자의 돌봄제공자는 대부분이 가족으로 치매환자의 증상들을 접하기 이전에 치매환자와의 추억이 있다. 지역사회에 있는 돌봄제공자에게는 치매환자에 대한 인지적 태도와 정서적 행동적 태도가 돌봄 행동의 질을 결정하는데 상대적으로 덜 중요한 역할을 하는 것으로 추측할 수 있다. 오히려 환자와 돌봄제공자의 친밀함 정도가 현재의 돌봄행동을 결정할 수 있는 요인이 될 수 있다(Kramer, 1993).

정리하자면 요양원이나 요양병원 같은 시설에서 일하는 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적인 태도, 긍정적 태도가 치매환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 요인이 될 수 있다, 하지만 돌봄제공자가 가족일 때는 치매환자에 대한 태도(인지적 요소, 정서·행동적 요소)가 치매환자의 삶의 질에 미치는 영향이 다른 요인들로 인해 상대적으로 적게 나타남을 알 수 있었다.

3. 돌봄제공자 태도 관련 보호요인의 조절효과

본 연구에서는 치매환자의 삶의 질에 치매증상인 인지기능저하와 정신행동증상이 미치는 영향이 돌봄제공자의 비편견 태도, 긍정적 태도에 따라 다르게 나타나는지 확인하기 위해 상호작용 모형 (Model 2)을 구성하고 분석하였다. 상호작용 모형의 R^2 변화량에 대한 F값과 상호작용항의 회귀계수가 통계적으로 유의한 것으로 나타나 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적·긍정적 태도는 위험요인에 대한 조절효과를 가지는 것으로 해석할 수 있다. 상호작용항 중에서 보호요인은 인지기능저하에 따른 부정적 영향을 조절하지 않는 것으로 드러났고, 정신행동증상의 부정적 영향을 조절하는 것으로 나타났다.

돌봄제공자의 태도 관련 보호요인은 인지기능저하가 삶의 질에 미치는 영향을 조절하지 않는 것으로 밝혀졌다. 인지기능저하는 치매의 주증상으로 투약이나, 뇌의 활동을 돕는 프로그램의 참여를 통해 진행을 더디게 할 수 있지만(김희경 & 이옥란, 2000; 임상용 & 광이섭, 2004; 김형희 & 최외선, 2010; 박창기 외, 2015), 상대적으로 삶의 질에 간접적으로 영향을 주는 돌봄제공자 태도 관련 요인으로 는 치매의 증상을 조절하기 어려운 것으로 드러났다.

정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부정적 영향을 조절하는 상호작용 모형 분석에 앞서 Pearson 상관관계 분석을 확인해 본 결과 정신행동증상의 빈도와 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적 태도는 부적 상관관계를 보였다. 즉, 돌봄제공자가 치매환자에 대해 비편견적 태도를 가질수록 정신행동증상의 빈도는 낮게 나타난다는 것이다. 위계적 회귀분석 결과 치매환자의 삶의 질에 정신행동증상이 미치는 부정적 영향은 돌봄제공자가 치매에 대해 비편견적 태도를 가질수록 작아진다는 것을 확인할 수 있었다. 이러한 결과는 돌

봄제공자 태도관련 요인이 정신행동증상을 조절하여 환자의 삶의 질에 영향을 준다는 선행연구들과 일치하였다(Chang & Lin, 2005; 오이젠, 2008). 따라서 돌봄제공자는 치매환자를 대하는 비편견적안 태도를 함양할 필요가 있다. 이를 위해 교육, 현장에서 일하는 경험 이 필요하다.

또, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 긍정적 태도가 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부정적인 영향을 미미하지만 강화하는 결과(환자 응답 삶의 질)를 보였다. 이러한 결과는 정신행동증상의 빈도를 돌봄제공자의 관찰 결과를 기준으로 측정했기 때문일 수 있다. 돌봄제공자가 치매환자를 편안하게 생각하고 긍정적인 태도를 가지고 있어 정신행동증상을 주의 깊게 관찰하여 정신행동증상의 빈도가 높다고 응답 했을 가능성 있다. 또한, 연구가설과 반대되는 결과는 돌봄제공자의 많은 비중이 여성이었기 때문일 수 있다. 본 연구에서 여성이 돌봄제공자의 64%를 차지하였으며, 일반적으로 여성이 돌봄을 제공하는데 더 적극적이기 때문에 정신행동증상이 삶의 질에 미치는 부적 영향을 쉽게 관찰했을 가능성이 있다(Kramar et al., 1995).

4. 치매환자의 삶의 질에 영향을 미치는 기타 변수들

본 연구에서는 치매환자의 삶의 질에 영향을 주는 것으로 선행연구들에서 확인된 인구사회학적 변수의 영향력을 통제하고자 하였다. 치매환자의 나이, 성별, 교육수준, 독거여부, 공존질환 등을 포함하여 연구 모형을 구성하였다. 연구결과는 환자가 응답한 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 성별, 교육기간, 공존질환으로 요약할 수 있다.

첫째, 성별에 따라 환자가 응답한 삶의 질의 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 여성일 경우 삶의 질(환자응답)이 더 높게 나왔으며 이는 성별의 영향력이 검증되지 않은 선행연구들과 차이가 있었다(Albert et al., 1996; Matsui et al., 2006; Wetzels et al., 2010; 배윤조, 2012).

둘째, 독거여부에 따라 삶의 질에는 통계적으로 유의미한 차이가 나지 않는 것으로 확인되었다. 이는 연구 대상자의 92%가 가족과 동거하기 때문에 혼자 생활하는 치매환자의 삶의 질과 비교가 어렵다. 이는 거주 형태가 독거일 때 동거보다 삶의 질이 좋지 않다는 선행연구들과 차이가 있었다(Kim & Jung, 2002; Harris et al., 2008)

셋째, 환자의 나이가 삶의 질에 미치는 영향은 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 국외의 선행연구들에 따르면 나이와 삶의 질은 관계가 없는 것으로 나타났다(Albert et al., 1996; Missontten et al., 2007). 반면 국내의 연구 결과들은 나이가 삶의 질(환자응답, 돌봄제공자 대리응답)에 영향을 주지 않는 것으로 밝혔다(신희영, 2006; 배윤조, 2012). 따라서 본 연구는 국외의 연구들과 일치하는 모습을 보였다.

넷째, 교육수준은 환자가 응답한 삶의 질에 영향을 주는 것으로

이러한 연구결과는 많은 선행연구들과 맥락을 같이 하였다(Glenn & Weaver, 1981; Keyes et al., 2002; Logsdon et al., 2002).

마지막으로 치매 이외의 기타 건강상의 문제는 환자가 응답한 삶의 질에는 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 건강수준이 좋지 않을수록 삶의 질에 부정적인 영향을 준다는 많은 선행 연구들과 동일하다(Palmore, 1979; Bergner, 1989; 이미숙, 2012). 하지만 선행연구들에서 치매환자가 다른 질병으로 인해 아프다고 표현하지 않는 경우 주관적 고통에 대해 알 수 없기 때문에 공존질환이 삶의 질(돌봄제공자 대리응답)에 미치는 영향력은 통계적으로 검증되지 않았다(Rabin & Kasper, 1997). 본 연구에서는 치매환자가 직접 삶의 질을 응답하기 때문에 돌봄제공자가 대리응답한 삶의 질을 종속변수로 투입했을 때와 다른 결과를 얻을 수 있었다.

제 3절. 연구의 함의

1. 이론적 함의

본 연구가 갖는 이론적 함의는 다음과 같다.

첫째, 치매환자의 삶의 영향을 주는 보호요인을 돌봄제공자의 태도와 관련하여 확인하고자 한 점이다. 치매환자의 삶의 질에 관한 대부분의 선행 연구들은 인구사회학적 변수와 치매 증상 관련한 변수의 영향력을 살펴보았다. 또한, 많은 의학계의 연구를 통해 치매 증상관련 변수가 삶의 질에 미치는 영향을 확인하였고 이러한 증상을 완화하기 위한 방법들을 간구해왔다. 본 연구는 기존의 치매환자의 삶의 질 관련 연구의 한계를 보완하고자, 적응유연성 모델을 적용하여 보호요인의 위험요인에 대한 조절효과를 확인하고자 하였다. 그 중에서도 치매환자를 둘러싸고 있는 환경 중 한 부분인 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도와 관련하여 보호요인을 확인하고자 시도하였다. 연구 결과 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비판견적 태도는 위험요인에 대한 조절효과가 있는 것으로 밝혀졌다. 본 연구는 치매환자의 내적 요인이 아닌 환경적 요인이 삶의 질에 미치는 영향을 확인한다는 점에서 독창성을 갖는다.

둘째, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 태도와 관련하여 이론적 틀을 재구성했다는 점이다. 선행연구들에서 치매환자에 대한 태도는 보통 희망적, 인간 중심적으로 구분하여 연구모형에 투입하였다. 이러한 태도의 구분 방법은 추상적인 개념으로 이론적 배경을 찾기 어렵다. 따라서 본 연구에서는 태도를 인지적, 정서적, 행동적 세 가지로 구분하는 모델(tripartite model)을 사용하여 돌봄제공자의 태도 관련 보호요인을 구성하였다(Insko & Schopler, 1967). 그 중 태도의 인지적 구성요소는 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비판견적 태도라

는 의미를 가지어, 전인적인 돌봄(person-centered care)과 연결될 수 있다. 본 연구는 태도 이론에 근거하여 보호요인을 확인한다는 점에서 이론적 함의를 갖는다.

셋째, 치매환자에 대한 전국단위의 데이터를 사용하여 기존에 국내 연구가 가지고 있던 방법론적 한계를 극복하고자 한 점이다. 선행연구들은 치매환자라는 대상자의 특성상 소규모의 편의 표집을 통한 서베이 연구가 대부분이었다. 이 경우 적은 대상자 수로 인해 통계적 검정력이 약하여 가설을 검증하기 쉽지 않다. 특히 삶의 질은 많은 독립변수들의 영향을 받는데, 표본은 적고 독립변수는 많은 경우 가설 검증에 문제가 될 수 있다. 또한, 본 연구에서는 전국 15개의 대학병원 치매 클리닉에 돌봄제공자를 동반한 자원자를 연구 대상으로 선정하였기 때문에 연구결과를 국내에 적용할 수 있는 외적 타당도를 확보할 수 있다는 함의를 가진다.

2. 실천적 함의

본 연구가 갖는 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 치매의 주 증상인 인지기능저하를 늦출 수 있는 프로그램 참여나 활동이 필요하다는 점이다. 본 연구결과 인지기능저하 정도는 치매환자의 삶의 질에 영향을 주었다. 최경증과 경증 사이의 인지기능저하에서는 삶의 질에 통계적으로 유의미한 차이가 발생하지 않았지만, 중증과 최경증 사이에서 삶의 질의 차이가 검증되었다. 국내외 여러 연구들에서 인지기능저하를 늦추는 프로그램이나 활동의 효과성을 밝힌 연구들이 존재한다. 이 연구들에서 꾸준한 운동(엄상용 & 광이섭, 2004), 원예 프로그램(박창기 외, 2015), 음악 프로그램(김희경 & 이옥란, 2000), 미술 프로그램(김형희 & 최외선, 2010) 등은 인지기능의 저하를 늦춘다고 보고하였다. 실제 치매를 진단 받더라도 말기로 병이 진행되기까지 많은 시간이 걸리기 때문에 여러 가지 프로그램 참여나 활동을 통해 인지기능의 저하를 늦출 필요가 있다.

또 최근 인지 비축이론(cognitive reserve theory)에 따르면, 치매환자의 교육 수준이 높을수록, 직업을 가졌던 경험이 있을수록, 노후에 여가활동에 참여 할수록 인지가 비축되어 치매로 인한 인지기능저하 증상의 발현을 늦춘다고 한다(Stern, 2012). 최종 학력이 낮고 과거 직업을 가졌던 경험이 없는 사람이라도 노후에 여가활동에 참여하고, 교육에 참여하고, 일자리 사업에 참여함으로써 인지를 비축하여 병리적 증상을 예방할 필요가 있다.

둘째, 정신행동증상에 대한 돌봄제공자의 반응에 대해 교육이 필요하다. 정신행동증상은 치매의 주변증상이지만, 빈도의 증가에 따라 돌봄제공자와 치매환자의 삶의 질에 부정적 영향을 주는 것을 알 수 있었다(McKeith & Cummings, 2005; Matsui et al., 2006; Tatsumi et al., 2009; Ryu et al., 2011). 정신행동증상을 완화할 수

있는 돌봄제공자의 효과적인 대처방법에 대해 교육이 필요하다. 치매환자가 정신행동증상을 보였을 때, 돌봄제공자는 그 원인에 대해 생각해보고, 언제, 어디서, 어떻게 행동하는지 자세히 관찰한 후 적절한 대처 방법을 적용해야 한다(Opie et al., 1999). 치매노인의 행동이 잘못되었다고 지적하는 것이 아니라 그들이 표현하는 감정을 인정해 줄 때 오히려 정신행동증상을 완화할 수 있다(Feil, 1972). 이렇게 돌봄제공자는 교육을 통하여 정신행동증상에 대한 적절한 대처 방법을 터득할 필요가 있다.

셋째, 돌봄제공자의 치매환자에 대한 비편견적인 태도의 함양을 위한 교육이 필요하다는 점이다. 비편견적인 태도란 인지적 측면의 태도를 의미하는데, 본 연구에서 돌봄제공자의 비편견적인 태도가 치매환자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 또한, 이러한 태도의 함양을 통해 치매환자들도 서로 다른 욕구가 있고, 창조적일 수 있고, 감정이 있다고 생각하여, 환자가 아니라 하나의 인격체로 존중할 수 있게 된다. 이는 환자의 삶의 긍정적인 영향을 줄 수 있는 인간 중심 돌봄(person centered care)의 기초가 될 수 있다(Kitwood, 1997). 돌봄제공자들에게 비편견적인 태도를 함양시키기 위해서 치매에 대해 정확한 정보를 제공하는 교육이 필요하며, 실제 클리닉에서의 치매환자를 직접 만나며 얻은 경험도 도움이 된다고 한다(Chodosh et al., 2006). 따라서 치매의 증상과 환자의 특성에 대한 정확한 이해를 바탕으로 치매환자에 대한 편견 없는 태도를 함양할 필요가 있고, 이를 위해서 직접 환자를 대하는 충분한 경험을 쌓고 관련 교육을 듣도록 제안할 수 있다.

제 4절. 연구의 한계 및 후속연구 제언

본 연구는 치매의 주 증상인 인지기능저하와 주변증상인 정신행동증상이 치매환자의 삶의 질에 어떤 영향을 미치는지 확인하고, 보호요인인 돌봄제공자의 비편견적, 긍정적 태도가 삶의 질에 미치는 영향을 확인 하였다. 더 나아가 치매 증상 관련 위험요인이 삶의 질에 미치는 효과가 돌봄제공자의 태도에 의해 달라지는지 확인 하였다. 적응유연성 모델을 바탕으로 연구 모형의 논리를 구성하고, 이론과 방법론적으로 선행연구들의 한계를 극복하고자 하였으나, 다음과 같은 부분에서 한계를 가진다.

첫째, MMSE-DS 9점 미만의 최중증 치매환자는 포함하지 않았다는 점이다. 본 연구에 사용된 삶의 질 척도는 MMSE-DS 9점 이상의 점수를 받은 환자들에게 적합하다고 검증되었기 때문에 최중증의 치매환자는 연구대상에 포함하지 않았다(Logsdon et al., 2002). 치매는 병인 진행될수록 인지기능이 저하되어 결국 말을 할 수 없게 되기 때문에 말기의 치매환자를 대상으로 서베이 조사는 매우 어렵다. 하지만, 말기의 치매환자들도 가치가 있고, 의식이 있기 때문에 그들의 삶의 질에 대한 관심이 필요하다(Campbell & Guzman, 2004). 후속연구에서는 최중증 환자도 연구 대상으로 포함하여 그들의 삶의 질을 향상할 수 있는 보호요인을 확인할 필요가 있다.

둘째, 편의 표집 방법으로 전국의 15개의 대학병원의 치매 클리닉을 다니는 환자와 돌봄제공자를 연구의 대상으로 한정 시켰다는 점이다. 확률 표집으로 통계적 검정력(Power)이 충분한 정도의 치매환자와 돌봄제공자의 응답을 동시에 얻는 것은 시간과 비용에 대한 부담이 커, 대부분의 치매관련 연구는 클리닉에 방문한 대상자를 연구대상에 포함시킨다. 하지만 본 연구는 지역사회에 있는 의원 수준이 아닌 대학병원에서 클리닉을 다니는 사람들을 연구대상으로 설

정하였다. 접근성이 다소 떨어지고 비용이 상대적으로 비용이 높은 대학병원을 다니는 치매환자와 돌봄제공자의 특성은 대부분의 치매환자들과 다르게 편향되었을 수 있다(White et al., 1961). 따라서 이후 확률표집방법으로 치매환자를 추출하여 연구의 외적 타당도를 확보할 필요가 있다.

셋째, 돌봄제공자의 태도 변수를 통해 보호요인을 확인하고자 하였으나, 본 연구의 대상자는 지역사회에 거주하고 있는 치매환자와 그 돌봄제공자이기 때문에 가족이 96%가 가족으로 나타났다. 이 돌봄제공자는 치매환자를 환자로 대하기보다 가족으로 대하기 때문에 치매환자에 대한 편견과 부정적인 태도의 영향에서 좀 더 자유롭다. 따라서 시설입소자를 대상으로 같은 연구를 진행해볼 필요가 있다. 또한 태도와 행동이 직접적으로 연결되지 않을 가능성도 있다(Lapierre, 1934). 돌봄제공자의 태도는 돌봄 행동에 직접적으로 영향을 주는 대표 변수지만, 주관적으로 측정하는 변수이기 때문에 돌봄제공자는 사회적으로 바람직한 응답을 했을 가능성이 있다(Paulhus, 1984). 따라서 객관적으로 측정할 수 있는 돌봄 행동을 보호요인으로 확인하는 후속연구가 필요하겠다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 적응유연성 모델을 활용하여 치매환자의 삶의 영향을 주는 보호요인을 돌봄제공자의 태도 관련하여 확인을 시도한 국내 첫 연구라는 점에서 의미가 있다. 두 번째로 보호요인을 치매 말기에도 개입이 가능한 환경요인(돌봄제공자 비편견·긍정적 태도)에서 확인하므로 사회복지 실천적 개입지점들을 살펴볼 수 있다는 점에서 함의를 제공하였다. 이론적으로는 기존의 태도 이론을 참고하여 태도를 세 가지로 구분하여 모형에 투입했다는 의미가 있었다. 마지막으로 분석에 있어서 전국 단위에서 치매환자와 돌봄제공자를 쌍으로 모집하여 대상으로 투입하였다는 점에서

의미가 있다. 본 연구 결과를 바탕으로 모든 치매환자가 편안하고 행복한 삶을 살 수 있도록 하는 방법에 대한 연구가 확대되길 바란다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 김형희, 최외선 (2010). "색채경험을 통한 집단미술치료가 치매노인의 인지와 정서에 미치는 영향." 미술치료연구 17: 1447-1472.
- 김혜숙, 구재관, 손용민 (2014). "등급 외 치매노인주간보호 프로그램을 이용하는 초기치매노인 가족의 부양부담 변화에 대한 연구." 노인복지연구 66(0): 167-188.
- 김희경 & 이옥란 (2000). "음악요법이 치매노인의 인지기능, 치매 행동 및 정서에 미치는 영향." 성인간호학회지 12(3): 463-476.
- 김희경, 이옥란 (2000). "음악요법이 치매노인의 인지기능, 치매 행동 및 정서에 미치는 영향." 성인간호학회지 12(3): 463-476.
- 박미정 (2011). "노인의 인지기능과 균형능력 및 삶의 질." 기초간호자연과학회지 13(2): 185-192.
- 박창기, 박연희, 박진희 & 임은애. (2015). 치매노인을 위한 원예치료 프로그램이 인지기능과 일상생활동작 및 균형 능력에 미치는 영향. 2015 정기총회 및 춘계학술대회.
- 박현선, 이상균 (2008). 청소년기 비행친구의 영향에 대한 보호요인의 조절효과: 자아존중감, 부모애착 및 지도감독을 중심으로. 사회복지연구, 37, 399-427.
- 배윤조 (2012). "사회 연결망 유형과 치매노인의 삶의 질." 한국산학기술학회논문지 13(11): 5218-5228.
- 백지은 (2012). "전 생애과정적 관점에서 바라본 한국노인들의 적응 유연성에 대한 연구." 한국사회복지조사연구 33(단일호): 175-199.
- 손신영 (2006). 농촌 노인의 삶의 질 모형구축. 서울, 서울대학교 대학원. 국내박사학위논문.
- 손현숙, 박세정 (2007). "치매노인의 삶의 질에 관한 연구." 복지행

- 정논총 17(1): 153-176.
- 신현숙 (2003). "적응유연성 연구의 전망: 개념 및 방법론적 문제와 학교." 教育學研究 41(2): 431-456.
- 신희영(2006)."지역사회거주치매환자에서 한국관삶의 질-알츠하이머병 척도개발을위한예비연구."예방의학회지39(3):242-248.
- 엄상용 & 곽이섭 (2004). "규칙적인 운동이 여성 치매환자의 인지 기능과 혈중지질 성분에 미치는 영향." 체육과학연구 15(1): 57-65.
- 연병길, 서국희, 류성곤, 임종우, 방현숙, 신지용, 한창완(1999). "정상 노인 및 노인 치매환자와 우울증 환자의 삶의 질 비교." 노인정신의학 3: 157-164.
- 오병훈 (2009). "치매의 행동·정신 증상 진단 및 관리." J Korean Med assoc 52(11): 1048.
- 오영희, 배화옥, 김윤신 (2006). "연구논문 : 우리나라 노인의 주관적 건강인식과 신체적 및 정신적 기능상태의 관련성 연구." 한국노년학 26(3): 461-476.
- 오진주 (2003). "연구논문 : 치매시설 생활보조원의 노인돌봄 경험." 한국노년학 23(1): 75-92.
- 오현숙 (2012). "노인의 기분상태, 인지기능 및 삶의 질의 관계." 한국 노년학연구 21(-): 117-132.
- 윤수진, 이운환, 손태용, 오현주, 한근식, 김경희 (2002). "지역사회 노인의 치매와 우울증의 관련요인." 한국노년학 21(3): 59-73.
- 윤정현, 기백석, 남범우, 김상국 (1998). "알츠하이머형 치매의심 노인에서 행동 정신병리와 치매 정도와의 관계." 노인정신의학 2(1): 73-77.
- 이미숙 (2012). "농촌지역 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 건강관련 요인-신체기능, 인지기능, 만성질환 유병율 및 영양진단." 대한지역사회영양학회지 17(6): 772-781.

- 이혜선 (2013). "뇌졸중 노인의 인지기능과 삶의 질 상관관계." 대한인지재활학회지 2(1): 45-57.
- 장우심 (2008). "치매노인에게 미치는 영향에 관한 연구." Journal of the Korean Gerontological Society 28(4): 1023-1039.
- 장윤옥 (2003). "치매노인 부양주부의 가정자원에 따른 부양스트레스." 한국가정관리학회 21(3): 157-169.
- 정미경, 이규미 (2010). "연구 논문 : 노인의 스트레스, 우울, 낙관주의 및 적응유연성의 경로분석." 한국노년학 30(2): 629-642.
- 조맹제 (2009). "국내 치매 노인 유병률 현황과 위험요인." 보건복지포럼: 43-48.
- 차유림 (2012). 부모사별 청소년의 적응에 관한 연구. 서울, 서울대학교 대학원. 국내박사학위논문.
- 최애나, 류기광 (2007). "집단음악치료가 치매노인의 인지기능, 우울정서, 삶의 질 및 정신행동증상에 미치는 효과." 특수교육재활과학연구 46(3): 143-174.
- 최윤정, 이민영, 조미자, 문정신(2003). "치매 노인 여성의 체험연구." 한국노년학 23(1): 113-128.
- 최정신, 권오정, 김대년 (2002). "치매노인 부양경험 유무에 따른 부양요구의 차이와 치매노인 부양실태." 대한가정학회, 40(5): 195-210.
- 최희경 (2010). "신노년 정책 담론에 대한 비판적 재검토." 한국사회정책 17(3): 41-65.
- 치매노인실태조사 (2010). 보건복지부

2. 국외문헌

- Albert, S., Castillo Castaneda, C., Sano, M., Jacobs, D.M., Marder, K., Bell, K., Bylsma, F., Lafleche, G., Brandt, J & Albert, M. (1996). "Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies." *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11), 1342-1347.
- Aalten, P., de Vugt, M., Jaspers, N., & Verhey, F. (2005). "The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two year longitudinal Maasbed study." *International journal of geriatric psychiatry* 20(6):523-530.
- Ajzen, I. and M. Fishbein (2005). "The influence of attitudes on behavior." *The handbook of attitudes* 173: 221.
- Algase, D, Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). "Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior." *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 11(6): 10-19.
- Andersen, C., Wittrup-Jensen, K., Lolk, A., Andersen, K., Kragh-Sørensen, P (2004). "Ability to perform activities of daily living is them a infact or affecting quality of life in patients with dementia." *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 52.
- Banerjee, S C Smith, D L Lamping, R H Harwood, B Foley, P Smith, J Murray, M Prince, E Levin, A Mann, M Knapp. (2005). "Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease." *The American journal of geriatric psychiatry* 13(6): 469-474.
- Banerjee, S., Smith, S., Lamping, D., Harwood, R., Foley, B.,

- Smith, P., Murray, J., Prince, M., Levin, E., & Mann, A. (2006). "Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia." *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 77(2): 146-148.
- Ballard, C., Fossey, J., Chithramohan, R., Howard, R., Burns, A., Thompson, P & Fairbairn, A. (2001). Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *Bmj*, 323(7310), 426-427.
- Breckler, S. J. (1984). "Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude." *Journal of personality and social psychology* 47(6): 1191.
- Brooker, D.(2003). "What is person-centred care in dementia?" *Reviews in clinical gerontology*, 13(03), 215-222.
- Bruhn, J.(1984). "Therapeutic value of hope." *Southern medical journal*, 77(2), 215-219.
- Burgener, S. & P. Twigg (2002). "Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia." *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 16(2): 88-102.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, EB (2012). "Behavioral and psychological symptoms of dementia." *Frontiers in neurology*, 3.
- Chang, C. C. and L. C. Lin (2005). "Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients." *Journal of clinical nursing* 14(10): 1185-1192.
- Coyle, J., & Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person centredness in secondary care. *Journal of advanced*

- nursing, 36(3), 450-459.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J.(1994). "The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia." *Neurology*, 44(12), 2308-2308.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Bravo, G., Boutin, C.(2002). "Predictors of handicap situations following post-stroke rehabilitation." *Disability and rehabilitation*, 24(15), 774-785.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40(1-2), 189-216.
- Emde, R. N. & J. K. Hewitt (2001). *Infancy to early childhood: Genetic and environmental influences on developmental change*, Oxford University Press.
- Ettema, T. P., Dröes, R., de Lange, J., Ooms, M., Mellenbergh, G., & Ribbe, M. (2005). "The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease." *International Psychogeriatrics*, 17(03), 353-370.
- Feil, N. (1972). "A new approach to group therapy with the senile psychotic aged." 25th An.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R.(1975). "Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Foster, J. R.(1997). "Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data." *Psychiatric Quarterly*, 68(3), 189-219.
- Frost, M. H. & J. A. Sloan (2002). "Quality of life

- measurements: a soft outcome or is it?" *The American journal of managed care* 8(18 Suppl): S574-579.
- Garnezy, N. (1993). "Children in poverty: Resilience despite risk." *Psychiatry* 56(1): 127-136.
- Gilleard, C. (1984). *Living with dementia: Community care of the elderly mentally infirm*, Routledge
- Glenn, N. D. & C. N. Weaver (1981). "Education's effects on psychological well-being." *Public Opinion Quarterly* 45(1): 22-39.
- Harris, P. B. & C. Durkin(2002). "Building resilience through coping and adapting." *The person with Alzheimer's disease: Pathways to understanding the experience*, 165-184.
- Hill, N. L., Kolanowski, A. M., Milone Nuzzo, P., & Yevchak, A. (2011). Culture Change Models and Resident Health Outcomes in Long Term Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 30-40.
- Hoe, J., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2007). "Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER AD study." *International journal of geriatric psychiatry* 22(10): 1031-1036
- Holst, G., & Hallberg, I. R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18(6), 359-365.
- Hughes, J. C.(2001). "Views of the person with dementia." *Journal of Medical Ethics*, 27(2), 86-91.
- Insko, C. A. & J. Schopler (1967). "Triadic Consistency: A statement of affective-cognitive-conative consistency." *Psychological Review* 74(5): 361.

- Jolley, D. & S. Benbow(2000). "Stigma and Alzheimer's disease: causes, consequences and a constructive approach." *International Journal of Clinical Practice*, 54(2), 117-119.
- Karlawish, J., Casarett, D., Klocinski, J & Clark, C. (2001). "The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience." *Journal of the American*
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). "Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions." *Journal of personality and social psychology* 82(6): 1007.
- Kim, T. H., Jhoo, J. H., Park, J. H., Kim, J. L., Ryu, S. H., Moon, S. W., Choo, I. H., Lee, D. W., Yoon, J. C., & Do, Y. J.(2010). "Korean version of mini mental status examination for dementia screening and its' short form." *Psychiatry investigation*, 7(2), 102-108.
- Kitwood, T.(1987). "Explaining senile dementia: the limits of neuropathological research." *Free Associations*, 1(10), 117-140.
- Kitwood, T.(1997) *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Koopmans, R. T., van der Molen, M., Raats, M., & Ettema, T. P. (2009). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(1), 25-32.
- LaPiere, R. T. (1934). "Attitudes vs. actions." *Social forces* 13(2): 230-237.
- Lawton, M. P.(1991). "A multidimensional view of quality of life in frail elders." *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 4-27.
- Lawton, M. P.(1994). "Quality of life in Alzheimer disease."

- Alzheimer Disease & Associated Disorders, 8, 138-150.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L.(2002). "Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment." *Psychosomatic medicine*, 64(3), 510-519.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L.(1999). "Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports." *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 21-32.
- Luthar, S.(1993). "Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience." *Journal of Child psychology and Psychiatry* 34(4): 441-453.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B.(2000). "The construct of resilience: A critical evaluation and guide lines for future work." *Child development*, 71(3), 543.
- Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*, 288(12).
- Masten, A. S. & J. D. Coatsworth(1998). "The development of competence infavorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children." *American psychologist*, 53(2), 205.
- Matsui, T., Nakaaki, S., Murata, Y., Sato, J., Shinagawa, Y., Tatsumi, H., & Furukawa, T(2006). "Determinants of the quality of life in Alzheimer's disease patients as assessed by the Japanese version of the Quality of Life - Alzheimer's Disease Scale." *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 21(3), 182-191.
- McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D., & Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively

- with nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 39(5), 546-558.
- McKeith, I. & J. Cummings(2005). "Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders." *The Lancet Neurology*, 4(11), 735-742.
- Merriam, A. E., et al. (1988). "The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease." *Journal of the American Geriatrics Society* 36(1): 7-22.
- Merriam, Arnold E, Aronson, Miriam K, Gaston, Patricia Wey, Su Ling, Katz, Ira(1988)."The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease." *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(1), 7-22.
- Missotten, Ylief, M., Paquay, D., De Lepeleire, L., Buntinx, J., & Fontaine (2007). "Quality of life in dementia: a 2 year follow up study." *International journal of geriatric psychiatry* 22(12): 1201-1207.
- Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D. W., Price, J. L., Rubin, E. H., & Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 58(3), 397-405.
- National Institute on Aging. General information: Alzheimer's disease. 2003. Retrieved May 17, 2006, from <http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/AlzheimersInformation/GeneralInfo/>
- O'Connor, M. L. & S. H. McFadden(2010). "Development and psychometric validation of the Dementia Attitudes Scale." *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010.
- Opie, J., Rosewarne, R., & O'Connor, D. (1999). "The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a

- systematic literature review." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33(6): 789-799.
- Palmore, E. (1979). "Predictors of successful aging." *The gerontologist* 19(5 Part 1): 427-431.
- Paulhus, D. L. (1984). "Two-component models of socially desirable responding." *Journal of personality and social psychology* 46(3): 598.
- Paulsen, J. S., Salmon, D. P., Thal, L. J., Romero, R., Weisstein - Jenkins, C., Galasko, D., & Jeste, D. V. (2000). Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology*, 54(10), 1965-1971.
- Rabins PV & Kasper JD(1997). Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer DisAssocDisord*, 11(6), 100 - 104.
- Ready, R., Ott, B., & Grace, J. (2004). "Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease." *International journal of geriatric psychiatry*, 19(3), 256-265.
- Regan, D. T., & Fazio, R. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(1), 28-45.
- Robichaud, L., Durand, P., Bédard, R., & Ouellet, J. (2006). "Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73(4): 245-251.
- Rowe, J. W. & R. L. Kahn (1998). "Successful aging: The MacArthur foundation study." New York: Pantheon.
- Rozanova, J. (2010). "Discourse of successful aging in The

- Globe & Mail: Insights from critical gerontology." *Journal of Aging Studies*, 24(4), 213-222.
- Rubinstein, R. I., & Parmelee, P. A. (1992). Attachment to place and the representation of the life course by the elderly. In *Place attachment* (pp. 139-163).
- Rutter, M. (1985). "Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder." *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Rutter, M. (2012). "Resilience as a dynamic concept." *Development and psychopathology*, 24(02), 335-344.
- Ryu, S.-H., Ha, J. H., Park, D. H., Yu, J. H., & Livingston, G. (2011). "Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly." *International Psychogeriatrics*, 23(02), 214-220.
- Sabat, S. R. (2001). *The experience of Alzheimer's disease: Life through a tangled veil*, Blackwell Oxford.
- Schnaider Beerl, M., Werner, P., Davidson, M., & Noy, S. (2002). The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(5), 403-408.
- Scholl, J. M. & S. R. Sabat (2008). "Stereotypes, stereotype threat and ageing: implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer's disease." *Ageing and Society*, 28(01), 103-130.
- Schrag, A., et al. (2000). "What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease?" *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 69(3): 308-312.
- Shin, I.-S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., &

- Cummings, J. (2005). "Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease." *The American journal of geriatric psychiatry* 13(6): 469-474.
- Sink, K. M., Holden, K. F., & Yaffe, K. (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *Jama*, 293(5), 596-608.
- Sivacek, J. & W. D. Crano (1982). "Vested interest as a moderator of attitude - behavior consistency." *Journal of personality and social psychology* 43(2): 210.
- Sonnen, J. A., Montine, K. S., Quinn, J. F., Kaye, J. A., Breitner, J. C., & Montine, T. J. (2008). Biomarkers for cognitive impairment and dementia in elderly people. *The Lancet Neurology*, 7(8), 704-714.
- Spector, A. & M. Orrell (2006). "Quality of life (QoL) in dementia: a comparison of the perceptions of people with dementia and care staff in residential homes." *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 20(3): 160-165.
- Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., Sato, J., Mimura, M., & Furukawa, T. (2009). "Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: A two year follow up study." *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(3), 374-384.
- Tennis, L. (1992). "Alzheimer's Diary: I Have What!" *The Caregiver: Newsletter of the Duke Family Support Program* 12(6): 6-13.
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., ... & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry research*, 205(1), 103-108.

- Teresa González Salvador, Constantine G. Lyketsos, Alva Baker, Linda Hovanec, Carmel Roques, Jason Brandt, Cynthia Steele(2000)."Quality of life in dementia patients in long term care." *International journal of geriatric psychiatry* 15(2),181-189.
- Trigg, R.,Watts, S., Jones, R., Tod, A., & Elliman, R.(2012). "Self-reported quality of life ratings of people with dementia: the role of attitudes to aging." *International Psychogeriatrics* 24(07): 1085-1093.
- Waxman, H. M., Astrom, S., Norberg, A., & Winblad, B.(1988). "Conflicting attitudes toward euthanasia for severely demented patients of health care professionals in Sweden." *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(5), 397-401.
- Wetzels, R., Zuidema, S., De Jonghe, J., Verhey, F., & Koopmans, R(2010). "Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia." *Dementia and geriatric cognitive disorders* 29(3): 189-197.
- White, K., Williams, T., & Greenberg, B. (1961). "The ecology of medical care." *N Engl J Med* 265(18): 885-892.
- Winzelberg, G. S., et al. (2005). "Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities." *The gerontologist* 45(suppl 1): 106-114.
- Wolverson, E. L., Christopher Clarke, Esme Moniz-Cook(2010). "Remaining hopeful in early-stage dementia: A qualitative study." *Aging & mental health*, 14(4), 450-460.
- Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39.
- Zimmerman, S., et al. (2005). "Dementia care and quality of life

in assisted living and nursing homes." *The gerontologist*
45(suppl 1): 133-146.

부록: 주요 변수에 대한 측정도구 설문

- 종속변수

1. 치매환자 삶의 질(치매환자용)

검사자는 지침에 따라 질문을 하고 어르신에 응답에 따라 합당한 곳에 표시(○)합니다.

번호	문항내용	나쁘 다	그저 그렇 다	좋다	매우 좋다
1	요즘 삶(또는 생활)을 전체적으로 평가한다면 어떻습니까?	①	②	③	④
총점		/4			

2. 치매환자 삶의 질(돌봄제공자 응답용)

다음은 _____ 어르신의 삶의 질에 관한 질문입니다. 어르신의 현재 상황(최근 몇 주간)을 평가해주셔야 합니다. 항목에 대해 의문나는 사항이 있으시면, 이 설문지를 준 사람에게 질문하여 주십시오. 가장 합당한 곳에 표시(○)하십시오.

번호	문항내용	나쁘 다	그저 그렇 다	좋다	매우 좋다
1	요즘 삶(또는 생활)을 전체적으로 평가한다면 어떻습니까?	①	②	③	④
총점		/4			

- 독립변수

1. 인지기능저하(MMSE for Dementia Screening)

번호	문항내용	응답 X	응답 ○
1	올해는 몇 년도 입니까?	①	①
2	지금은 무슨 계절입니까?	①	①
3	오늘은 며칠입니까?	①	①
4	오늘은 무슨 요일입니까?	①	①
5	지금은 몇 월입니까? (피검자가 음력을 사용하면 음력으로 묻는다)	①	①
6	우리가 있는 이 곳은 무슨 도 / 특별시 / 광역시입니까?	①	①
7	여기는 무슨 시 / 군 / 구 입니까?	①	①
8	여기는 무슨 구 / 동 / 읍 입니까?	①	①
9	우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까?	①	①
10	이 장소의 이름이 무엇입니까?	①	①
11	<p>지금부터 제가 세 가지 물건의 이름을 말씀드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어볼 것이니 들으신 물건의 이름을 잘 기억하고 계십시오.</p> <p>①나무 ②자동차 ③모자</p> <p>이제 000님께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해 보세요.</p>	①	①
		①	①
		①	①

12	100에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	㉠	㉠
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	㉠	㉠
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	㉠	㉠
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	㉠	㉠
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	㉠	㉠
13	조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀해 주십시오. ①나무 ②자동차 ③모자	㉠	㉠
14	제가 하는 말을 끝까지 따라 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따라 하십시오. 간 장 공 장 공 장 장	㉠	㉠
15	지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오. 제가 종이를 한 장 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려놓으십시오.	㉠	㉠
	● 오른손으로 받는다.	㉠	㉠
	● 반으로 접는다.	㉠	㉠
	● 무릎 위에 놓는다.	㉠	㉠
16	(접친 오각형 그림을 가리키며) 여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그려보십시오.	㉠	㉠
17	옷은 왜 빨아서 입습니까?	㉠	㉠
18	“티끌 모아 태산”은 무슨 뜻 입니까?	㉠	㉠
총점			/30

2. 정신 행동 증상(신경정신 행동 검사)

1) 망상

환자가 사실이 아닌 것을 사실이라고 믿고 있습니까? 사람들이 자기를 해치려고 한다든가, 무엇을 훔쳐간다고 주장합니까? 또는 가족을 가족이 아닌 다른 사람이라고 믿거나, 자기 집을 자기 집이 아니라고 말한 적이 있습니까? (단순히 의심하는 정도가 아니라 실제로 그렇다고 확신하고 있는 정도를 말합니다.)

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하십시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	다른 사람이 해치려 해서 자신이 위험에 처해 있다고 믿고 있습니까?	①	①	②
2	다른 사람들이 물건을 훔쳐간다고 믿고 있습니까?	①	①	②
3	배우자가 바람을 피운다고 믿고 있습니까?	①	①	②
4	모르는 사람이 자기 집에 살고 있다고 믿고 있습니까?	①	①	②
5	배우자나 가족을 다른 사람이라고 믿고 있습니까?	①	①	②
6	자기 집을 다른 사람의 집으로 믿고 있습니까?	①	①	②
7	가족들이 자기를 버리려 한다고 믿고 있습니까?	①	①	②
8	텔레비전이나 잡지의 등장인물이 실제로 집안에 있다고 믿습니까? 그들과 대화를 하려 하거나 응대하려는 모습을 보입니까?	①	①	②
9	그 밖에 다른 비정상적인 믿음이 있습니까?	①	①	②
10	빈도	① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)		

2) 환각

환자가 헛것을 보거나 듣는 것 같습니까? 존재하지 않은 것을 보거나 듣거나 경험합니까? 죽은 사람이 살아 있다고 믿는 것과 같은 잘못된 믿음이 아니라 장면이나 소리를 실제로 경험하는 것을 말합니다. 옆방에 사람이 없는데 있다고 믿는 것은 망상이고, 존재하지 않는 사람이 바로 앞에 보이거나 소리를 내는 것처럼 행동하는 것은 환각입니다.

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하십시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	어떤 목소리를 듣는다고 말하거나 듣는 것처럼 행동합니까?	①	①	②
2	그 장소에 존재하지 않는 사람과 대화를 할 때가 있습니까?	①	①	②
3	다른 사람들에게는 보이지 않는 사물(사람, 동물, 불빛 등)을 묘사하거나 보고 있는 것처럼 행동합니까?	①	①	②
4	다른 사람은 말지 못하는 냄새가 난다고 이야기 합니까?	①	①	②
5	피부에 뭔가 있다고 호소하거나, 뭔가가 피부에 닿거나 기어 다닌다고 느낍니까?	①	①	②
6	원인이 없는데도 어떤 맛을 느낀다고 합니까?	①	①	②
7	그 밖에 다른 이상 감각을 느낀다고 합니까?	①	①	②
10	빈도	① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)		

3) 초조 및 공격성

환자가 협조를 거부하거나 사람들이 자신을 도와주는 것을 못하게 할 때가 있습니까? 환자를 다루기 힘들습니까?

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	자신을 돌봐주려는 사람에게 화를 내거나 목욕 시키거나 옷을 갈아입힐 때 저항합니까?	①	②	③
2	고집이 션니까? 자기 방식대로만 하려 합니까?	①	②	③
3	비협조적입니까? 다른 사람이 도와주는 것에 대해 저항합니까?	①	②	③
4	다루기 힘들게 하는 다른 행동이 있습니까?	①	②	③
5	소리를 지르거나 욕을 할 때가 있습니까?	①	②	③
6	문을 세게 닫거나 가구 등을 발로 차거나 물건을 던질 때가 있습니까?	①	②	③
7	남을 해치거나 때리려고 할 때가 있습니까?	①	②	③
8	그 밖에 다른 공격적이거나 안전부절 못하는 행동을 보일 때가 있습니까?	①	②	③
10	빈도	① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)		

4) 우울 및 불쾌감

환자가 슬프거나 우울해 보입니까? 스스로를 슬프다거나 우울하다고 말합니까?

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	슬퍼서 눈물을 흘리거나 흐느낄 때가 있습니까?	①	①	②
2	슬프거나 기분이 처진 것처럼 행동하거나 혹은 그렇다고 말합니까?	①	①	②
3	스스로를 실패자라고 말하거나 과소평가하곤 합니까?	①	①	②
4	스스로를 나쁜 사람이라거나 벌을 받아 마땅한 사람이라 말합니까?	①	①	②
5	매우 낙심한 것처럼 보이거나 자신에게 미래가 없다고 말합니까?	①	①	②
6	자신이 가족들에게 짐이 된다거나 자신이 없으면 가족들이 더 잘 지낼거라 말합니까?	①	①	②
7	죽고 싶다고 말하거나 자살에 대해 얘기 한 적이 있습니까?	①	①	②
8	그 밖에 우울이나 슬픔을 시사하는 다른 증세가 있습니까?	①	①	②
10	빈도	① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)		

5) 불안

환자가 특별한 이유 없이 신경이 너무 날카로워 보이거나, 걱정스러워 보이거나, 무서워합니까? 환자가 긴장되어 보이거나 조바심을 냅니까? 환자가 보호자와 떨어지는 것을 두려워합니까?

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	향후 계획된 일에 대해 걱정된다고 말합니까?	①	②	③
2	몸이 떨리는 기분을 느끼거나 느긋해지지 못하고 지나치게 긴장되고 합니까?	①	②	③
3	이유 없이 예민해져 숨차다고 호소하거나, 숨을 헐떡거리거나 한숨 쉴 때가 있습니까?	①	②	③
4	예민해서 가슴이 두근거리거나 속이 불편하다고 합니까?(실제 병 때문은 아니어야 함)	①	②	③
5	불안을 가중시키는 장소나 상황(차타기, 친구 만나기, 사람 많은 곳 등)을 피합니까?	①	②	③
6	보호자와 떨어지면 불안해하거나 화를 냅니까? 떨어지지 않으려고 매달립니까?	①	②	③
7	그 밖에 불안을 시사하는 다른 증상이 있습니까?	①	②	③
10	빈도	① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)		

6) 들뜬 기분 및 다행감

환자가 특별한 이유없이 지나치게 행복하거나 즐거워 보입니까?
 다른 사람은 별로 그렇지 않은 상황에서 환자만 비정상적으로 재미
 있어 하거나 기분 좋은 상태가 지속되는 것을 말합니다.(친구를 만
 나거나 선물을 받거나 가족들과 즐거운 시간을 보내는 등 정상적으
 로 행복한 것은 여기에 해당되지 않습니다)

→ ‘예’ 일 경우 아래 세부 평가를 시행하시오.

번호	문항내용	아 니 오	예	적 용 불 가
1	평소와 다르게 지나치게 기분이 좋거나 행복해 보 입니까?	①	②	③
2	다른 사람에게는 웃기지 않는 일에 웃거나 재미있 어 합니까?	①	②	③
3	타인의 불행한 일에 웃는 것과 같이 부적절하게 웃거나 낄낄대는 경향이 있습니까?	①	②	③
4	남들에게 전혀 웃기지 않은 농담이나 표현을 하고 자기는 재미있어 합니까?	①	②	③
5	과장되게 말하거나 실제보다 능력이나 재산을 부 풀려 말합니까?	①	②	③
6	보호자와 떨어지면 불안해하거나 화를 냅니까? 떨 어지지 않으려고 매달립니까?	①	②	③
7	그 밖에 지나치게 기분이 좋거나 행복해 보이는 증상이 있습니까?	①	②	③
10	빈도 ① 드물다(1회/주 미만) ② 가끔(1회/ 주 정도) ③ 자주(2-6회/주) ④ 매우자주(1회/일 이상)			

- 조절변수

1. 돌봄제공자의 치매태도

번호	문항내용	전혀 그렇지 않음	↔					매우 그려함
◆ 치매태도의 인지적 측면								
1	치매 노인은 창조적일 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2	모든 치매 노인은 서로 다른 욕구가 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3	치매노인은 익숙한 물건을 주변에 두려한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4	치매노인의 과거 생활을 아는 것이 중요하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5	치매노인과의 접촉에서 기쁨을 느낄 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6	치매노인도 즐겁게 살 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7	치매노인도 다른 사람이 친절하게 대하는 것을 느낀다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8	나는 치매노인에 대한 대처기술을 높게 평가한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9	치매 노인의 삶을 향상시키기 위해 많은 일을 할 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10	문제 행동은 치매노인이 의사소통하는 한 가지 방식이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

◆ 치매태도의 정서, 행동적 측면

11	치매노인을 돌보는 것은 보람 있는 일이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12	나는 치매노인이 두렵다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13	나는 치매노인과 함께 있을 때 자신감이 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14	나는 치매노인과 신체 접촉할 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15	나는 치매노인에게 다가갈 때 불편하다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16	나는 치매에 대해 잘 알지 못한다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17	나는 초조해 하는 치매환자는 피한다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18	나는 치매노인과 함께 있을 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19	나는 치매노인을 어떻게 도울지 몰라 좌절감을 느낀다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20	내가 치매노인을 돌보는 것은 생 각 해본적도 없다.*	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
총점							/140	

*는 역코딩

- 통제변수

번호	문항내용	
1	환자의 나이	만□□□세
2	환자의 성별	①여 ①남
3	환자의 교육	□□년
4	독거여부	①비독거 ①독거

5. 공존질환

번호	문항내용	없음	경도	중증 도	고도	극심
1	심장질환	①	①	②	③	④
2	혈관	①	①	②	③	④
3	혈액질환	①	①	②	③	④
4	호흡기질환	①	①	②	③	④
5	안과 및 이비인후질환	①	①	②	③	④
6	상부위장관 질환	①	①	②	③	④
7	하부위장관 질환	①	①	②	③	④
8	간질환	①	①	②	③	④
9	신장질환	①	①	②	③	④
10	비뇨생식기질환	①	①	②	③	④
11	근골격 및 피부질환	①	①	②	③	④
12	신경질환	①	①	②	③	④
13	내분비, 대사 및 감염성 질환	①	①	②	③	④
14	정신질환	①	①	②	③	④
총점		/56				

Abstract

The cognitive state & Behavioral and Psychological symptoms and Affecting Quality of life in Dementia : The Moderating Effects of care giver's dementia attitudes

Gwon, Yejin

Department of Social Welfare
Graduate School of Seoul National University

Dementia is a neuropsychiatric disorder characterized by impairment of cognitive state (such as memory, language ability, orientation, problem solving ability, and judgment), psychiatric symptoms (such as delusions and wandering) and psychological symptoms (such as depression, anxiety). As the elderly population increases, the number of dementia patients also increases. Despite the seriousness of the patient and family suffering from dementia, medical treatment for dementia is limited. Therefore it is necessary to support patients with dementia for the successful adaption through psychosocial interventions.

The purpose of this study is to provide a basis for practical

interventions based on the resilience model by examining psychosocial protective factors as well as disease related risk factors that negatively affect the quality of life of demented patients. The risk factors include cognitive impairment, which is the main symptom of dementia, and behavioral and psychological symptoms, which is a peripheral symptom. Caregiver's unbiased and positive attitude toward dementia that could affect the patients at the end of dementia is a protective factor.

In order to increase the reliability of the respondents in Nationwide Survey on Dementia Care in Korea (NaSDeCK, 2010), research questions were examined by using the questionnaire survey of 374 couples with Alzheimer's type dementia patients with an MMSE-DS score greater than 9. The study examined: (1) the effect of risk factors, which include cognitive impairment and Behavioral and Psychological symptoms on quality of life in dementia (2) the effect of protective factors, which include caregiver's unbiased and positive attitude toward dementia on quality of life in dementia (3) Are the protective factors of dementia patients moderating the effects of risk factors? The study hypothesis were verified by using hierarchical multiple regression analysis.

The major findings of present study are as follow :

Firstly, impaired cognitive state was found to be negatively associated with the quality of life in dementia. The quality of life of patients with mild dementia is similar to that of dementia patients with very mild dementia, and it was lower with moderate state of cognitive impairment. Secondly, as the frequency of behavioral and psychological symptoms increased,

the quality of life of patients decreased. Thirdly, as caregivers have unbiased attitude toward dementia patients, the negative effect of behavioral and psychological symptoms on the quality of life of patients with dementia was decreased. Fourthly, As caregivers have positive attitude toward dementia patients, the negative effect of behavioral and psychological symptoms on the quality of life of patients with dementia was slightly increased. Fifthly, The effect of the degree of cognitive impairment on the quality of life of the demented patients did not depend on the proportion of caregiver's unbiased and positive attitude toward dementia.

This study has the following theoretical and practical meaning. First, protective factors identified from environmental factors can intervene even at the end of dementia. Secondly, as the main effects of risk factors were verified, a need for education about appropriate responses of caregivers to behavioral and psychological symptoms to slow down cognitive impairment was identified. Thirdly, by confirming the interaction effect between the protective factors and the risk factors, practical intervention points were found for the caregiver to develop a non-prejudiced attitude toward dementia.

Keywords: Resilience model, Dementia, Cognitive state,
Behavioral and Psychological symptom,
Care giver, Dementia Attitudes, Quality of life

Student Number: 2014-22322