



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](#)

보건학 석사 학위논문

장기요양 재가 치매 노인 가족의
돌봄 스트레스 관련 요인
: 비치매 노인 가족과 비교하여

2024 년 2 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
김 예 지

장기요양 재가 치매 노인 가족의 돌봄 스트레스 관련 요인

: 비치매 노인 가족과 비교하여

지도교수 김 홍 수

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2024 년 1 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
김 예 지

김예지의 석사 학위논문을 인준함
2024 년 1 월

위 원 장 _____ 유 승 현 (인)

부위원장 _____ 조 원 광 (인)

위 원 _____ 김 홍 수 (인)

국문초록

노년층에 대한 돌봄 수요가 지속적으로 증가함에 따라 노인장기요양보험을 필두로 돌봄 문제를 해결하기 위한 다양한 시도를 하고 있으나, 가족 돌봄과 관련된 문제는 현재 제도화된 노인 돌봄 영역에서 충분히 다루어지지 못하고 있으며, 비공식 돌봄 제공자에 대한 지원이 미흡한 실정이다. 치매 노인의 지역 사회 계속 거주를 위한 정책적 노력이 지속되고 있는 가운데, 가족의 돌봄 역량을 강화하고 서비스 및 지원 방안 마련을 위하여 치매 노인 가족의 스트레스 현황 및 관련 요인을 파악하고 이를 기반으로 한 가족 돌봄 역량의 강화와 서비스 지원 방안 마련이 필요하다.

본 연구는 Judge의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 기반으로 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인의 배경, 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 중개 요인과 장기 요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족의 돌봄 스트레스의 관련 요인을 파악하고자 수행되었다. 2021년 9월부터 2026년 5월까지 한국보건의료연구원의 지원을 받는 “시설 입소 위험도 평가체계 개발 및 검증 연구”에서 수집한 재가 장기요양서비스 이용 노인과 가족 1,296명의 자료를 이차 분석하였다.

분석 변수는 ‘노인의 특성, 가족 돌봄 제공자의 특성, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 공식적 및 비공식적 지지 특성’을 반영할 수 있도록 선정하였다. 치매군 및 비치매군 특성 차이에 따라 가족 돌봄 스트레스에 차이가 있다는 선행연구 결과에 따라 장기요양 재가 서비스를 이용 중인 치매군 및 비치매군의 특성을 파악하고자 치매군 및 비치매군으로 나누어 분석을 실시하였다. 장기요양 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 일반적 특성, 돌봄 특성 및 돌봄 스트레스를 파악하기 위하여 기술 통계 분석을 실시하였고, 이러한 특성을 비교하기 위해 카이제곱 검정과 t-검정을 실시하였다. 돌봄 스트레스 관련 요인을 파악하기 위해 단변량 분석(카이제곱 검정)을 시행하였다. 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 관련 요인을 확인하기 위하여

로지스틱 회귀분석과 정도 관련 요인을 확인하기 위하여 순서형 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

분석 결과 연구 대상자 총 1,296명 중 치매군이 42.2%, 비치매군이 57.8%였다. 전체 가족 돌봄 제공자 중 24.7%가 돌봄 스트레스가 있다고 응답하였으며, 돌봄 스트레스가 2점 이상인 응답자가 11.57%였다. 연구 대상자의 특성을 분석한 결과 치매군과 비치매군 간 유의한 차이를 보였다. 치매군과 비치매군의 연령, 장기요양등급, 정신적 질병, 사회 활동 참여, 동거 여부에서 주요한 차이가 있었으며, 치매군과 비치매군 모두 자녀 또는 자녀의 배우자가 돌봄을 제공하는 경우가 가장 많았다.

주요 연구 결과는 다음과 같다. 재가 치매 노인 가족 돌봄 스트레스 유무에 영향을 미치는 변수는 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 방문요양이었으며, 돌봄 스트레스 정도에 영향을 미치는 변수는 성별, 실내 환경 문제, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계, 방문요양이었다. 비치매 노인 가족 돌봄 스트레스 유무에 영향을 미치는 변수는 성별, 굳건하고 지지적인 가족관계, 돌봄 시간이었고, 돌봄 스트레스 정도에 영향을 미치는 변수는 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 돌봄 시간이었다.

이를 통해 치매군 및 비치매군 가족 돌봄 스트레스에 영향을 주는 요인에는 공통점과 차이점이 있음을 확인할 수 있었다. 공통적으로 치매군 및 비치매군 가족 돌봄 스트레스와 관련 있는 요인은 노인의 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계였다. 치매군 가족 돌봄 스트레스에만 영향을 미치는 요인은 동거 여부와 방문요양이었으며, 비치매군 가족 돌봄 스트레스에만 영향을 미치는 요인은 돌봄 시간이었다. 이러한 연구 결과는 거주 환경 요인 점검과 필요시 개선 지원, 그리고 실효성 있는 가족 상담 및 지원 프로그램이 필요함을 시사한다.

본 연구는 포괄적인 건강 기능상태 평가 도구로 장기요양보험 제도권 내의 치매 노인과 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인을 파악하고 이를 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스와 비교한 점에서 의의를 갖는다. 또한 본 연구는 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족의

돌봄 스트레스 관련 요인을 파악하여 가족 돌봄 제공자의 돌봄 부담 완화를 위한 다양한 장기요양 프로그램/사업 개발과 정책 수립 시 기초자료를 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

본 연구는 전국의 방문간호 기관을 대표할 수 있는 데이터로 장기요양제도 내 치매 및 비치매 가족 돌봄 제공자의 현황 및 돌봄 스트레스 관련 요인에 대해 포괄적으로 기술한 연구이다. 향후 후속 연구로 방문요양 이외의 다양한 재가 서비스 이용을 포괄할 수 있는 연구를 제안한다. 또한 Judge의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 이론적 틀로 한 연구가 국내에 부족한 실정이므로, 치매 노인의 다양한 질병 경험을 포함하여 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델의 다양한 변수들을 측정할 수 있는 설문을 통해 모델 검증 연구를 제안한다.

주요어 : 장기요양/ 치매/ 가족 돌봄 제공자/ 돌봄 스트레스
학 번 : 2022-29101

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구 배경 및 연구의 필요성	1
제 2 절 연구 목적	4
제 2 장 선행연구 고찰	5
제 1 절 이론적 틀	5
제 2 절 가족 돌봄 스트레스의 정의 및 측정	9
제 3 절 지역사회 거주 노인 가족의 돌봄 스트레스 관련 요인	11
제 3 장 연구 방법	15
제 1 절 연구 모형	15
제 2 절 연구 설계 및 자료	17
제 3 절 연구 변수	18
제 4 절 분석 방법	23
제 4 장 연구 결과	24
제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성	24
제 2 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스	32
제 3 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인: 단변량 분석	34
제 4 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인: 다변량 분석	46

제 5 장 결론 및 고찰	56
참고문헌	65
Abstract	72

표 목 차

[표 1] 연구 변수	21
[표 2] 연구 대상자의 일반적 특성 비교	26
[표 3] 연구 대상자의 일차적 및 이차적 돌봄 스트레스 비교	29
[표 4] 연구 대상자의 중개 요인 비교	30
[표 5] 연구 대상자의 돌봄 스트레스	32
[표 6] 집단별 스트레스 관련 요인 : 전체 집단 (단변량)	34
[표 7] 집단별 스트레스 관련 요인 : 치매군 (단변량)	38
[표 8] 집단별 스트레스 관련 요인 : 비치매군 (단변량)	42
[표 9] 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 관련 요인	47
[표 10] 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 정도 관련 요인	52

그 립 목 차

[그림 1] 연구 모형	16
--------------------	----

제 1 장 서론

제 1 절 연구 배경 및 필요성

우리나라의 노인인구가 빠르게 증가함에 따라 대표적인 노인성 질환인 치매 환자 수도 빠르게 증가하고 있다. 65세 이상 추정 치매 환자 수는 2023년 약 93만 명, 추정 치매 유병률은 10.38%이며, 인구 고령화와 함께 치매 유병률이 지속적으로 증가하여 2050년에는 치매 유병률이 16.57%까지 증가할 것이라고 예상된다(중앙치매센터, 2023).

치매는 다른 만성질환과 달리 생물학적인 노화 그 이상으로 인지기능이 손상되는 증상으로 기억력 손상 외에도 망상, 의심, 환각, 초조, 공격성 등 다양한 문제 행동을 수반한다(WHO, 2023). 송미경 외(2021)에 따르면 치매는 초기에 일정 부분 인지기능 장애가 발생하기 시작하며 복잡한 사회생활 기능에 문제가 발생한다. 치매가 악화됨에 따라 차원이 높은 판단 능력 위주의 인지기능 장애가 발생하며, 식사와 배설 같은 기본적인 신체기능이 어려워지고 행동심리증상이 심해진다. 치매 말기의 경우 모든 인지기능과 사회생활 기능이 거의 남아있지 않게 되며, 신체기능 또한 타인에게 전적으로 의존하게 된다.

이렇듯 치매는 심리적, 신체적, 사회적 기능을 저해시키는 병리로서 단기적으로 치료가 되는 질환이 아닌 장기적인 치료를 요하는 질환으로 가족과 간병인의 상시 보호를 필요로 한다(김영옥, 변상해, 2020). 선행연구에 따르면 치매 환자를 돌보는 가족 돌봄 제공자의 경우 다른 사람들에 비해 더 심한 스트레스를 경험하며(Sheehan et al., 2021), 이러한 스트레스는 돌봄 제공자의 건강을 취약하게 할 뿐만 아니라 적절한 돌봄을 제공하는 능력을 감소시킨다(Fonareva, Oken, 2014).

한편 우리나라는 정책적으로 치매 노인의 지역 사회 계속 거주를 지원하고 있다. 제4차(‘21~’25) 치매관리종합계획은 ‘치매 환자와 가족, 지역

사회가 함께하는 행복한 치매 안심 사회 실현'이라는 비전 하에 치매 노인이 '살던 곳에서 안심하고 지낼 수 있도록 지원하는 것'을 목표로 하고 있다(보건복지부, 2020). 제3차(‘23~’27) 장기요양기본계획도 살던 곳에서 충분하고 다양한 돌봄을 받을 수 있도록 장기요양서비스를 강화하는 것을 목표로 집에서 적절한 돌봄이 이루어질 수 있도록 가족에 대한 지원 체계를 마련하는 것을 주요 과제로 삼고 있다. 이와 같이 장기요양에서 재가급여가 강조되고, 노인들의 지역 사회 내 거주(aging in place)가 강조되면서 가족 돌봄 제공자의 역할과 의미는 앞으로 더욱 커질 것이라고 예상된다(남궁은하, 2019).

이러한 중요성에도 불구하고 가족 돌봄 제공자에 대한 지원은 대체로 미흡한 편이다(김경호, 2019). 우리나라는 가족돌봄휴직제도, 노인장기요양보험제도 등을 통해 노인을 돌보는 가족 돌봄 제공자의 일-가정 양립을 지원하고 돌봄 부담을 경감시킬 수 있도록 제도적 기반이 구축되어 있다. 하지만 가족 돌봄 제공자는 요보호노인에 대한 지원을 통해 직, 간접적으로 지원을 받고 있을 뿐 주요한 정책 대상으로 설정되어 있지 않으며, 이들을 대상으로 한 별도 지원체계가 매우 제한적으로 구축되어 있다(최인희 외, 2015).

특히 치매 노인 가족의 경우 가족 지원 서비스 이용 실적이 저조하며, 맞춤 서비스가 미흡하여 질적 수준 및 실질적 효과면에서의 한계가 존재한다(보건복지부, 2020). 이는 장기요양 서비스 제공 기관에 제공되는 치매 수급자의 정보가 일반 수급자와 동일한 표준장기요양이용계획서의 기본정보에 불과하여 치매 수급자 맞춤 서비스 제공이 어렵기 때문(송미경 외, 2021)이라고 사료 된다. 따라서 치매 노인과 가족을 위한 맞춤 장기요양 서비스를 제공하기 위하여 장기요양 서비스 수급 치매 노인과 가족의 다양한 특성을 파악할 필요성이 있다.

치매는 발생원인, 종류, 중증도 및 개인의 내재적 특성에 따라 다양한 증상 양상을 보이는 것으로 알려져 있다. 따라서 같은 장기요양등급이어도 치매 환자의 중증도가 다양하고 이에 따라 인지, 일상생활수행능력, 행동심리증상 등에도 차이가 존재해(김중현, 임현선, 2014) 장기요양등급

으로 치매 환자 특성을 파악하고, 돌봄 스트레스를 파악하는데는 한계가 있다. 또한 국민건강보험공단 내 자료의 부재 및 제약으로 치매 수급자의 다양한 증상 양상이나 중증도와 같은 특성을 파악하는데 어려움이 있어(송미경 외, 2021) 노인장기요양보험 제도권 내에 있는 치매 수급자의 다양한 특성을 파악한 연구가 매우 드문 상황이며, 노인장기요양보험 치매 수급자 가족의 돌봄 스트레스에 대한 연구는 부재한 실정이다.

이에 본 연구는 전국 단위 재가 간호 제공 장기요양 기관 조사에 참여한 노인과 가족을 대상으로 신뢰·타당도가 검증된 다면적 포괄기능평가도구를 사용해 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인의 다양한 특성과 가족 돌봄 스트레스 현황을 파악하고자 한다. 또한 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무와 돌봄 스트레스 수준 관련 요인을 파악하고 이를 비교하여 장기요양 재가 치매 노인 가족 돌봄 제공자를 위한 정책 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

제 2 절 연구 목적

본 연구의 목적은 한국 장기요양 재가 서비스를 이용 중인 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 파악하고, 이를 비교 분석하는 것이다.

1. 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 수준을 파악하고 비교한다.
2. 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 배경, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 중개 요인(공식 및 비공식적 지지 요인)을 파악하고 비교한다.
3. 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자 군 별 및 구간 돌봄 스트레스 요인의 특성과 스트레스 수준의 관계를 파악하고 비교 분석한다.

제 2 장 선행연구 고찰

제 1 절 이론적 틀

현재 스트레스라는 용어가 널리 사용되고 있지만 스트레스에 대한 일치된 정의는 없으며, 어떤 상황이나 사건을 통해 각 개인은 스트레스를 느끼고 일부는 이 스트레스 상황으로 인해 건강 문제가 생긴다. 스트레스는 어떤 단일한 설명으로는 정의할 수 없으며, 개인과 그 주변 상황 간의 역동적인 상호관계를 포함하는 복합적인 내용으로 설명된다(신호철, 2013).

스트레스에 대한 개념은 20세기 초 Cannon의 정의에서 시작한다(S. Llanque et al., 2016). Cannon(1932)은 스트레스를 투쟁 도피 반응(flight or fight response) 또는 위협에 대처하기 위해 유기체를 준비시키는 고도의 각성상태라고 설명한다. 이후 Hans Selye는 스트레스를 환경변화에 대한 신체적, 정신적 긴장상태로 명명하며 스트레스의 개념을 대중화시켰다. Hans Selye는 스트레스에 대한 공통적인 반응을 ‘일반 적응 증후군(General Adaptation Syndrome; GAS)’ 이라고 기술하며, 스트레스에 대한 반응을 경계(alarm)단계, 저항(resistance)단계, 소진(exhaustion) 단계로 나누어 설명한다(Videbeck, 2010).

20세기 후반 Lazarus가 심리적 차원을 강조하며 스트레스 이해에 기여하였는데, Lazarus는 어떤 사건이 스트레스를 주기 위해서는 그 사건이 위협적인 사건으로 평가되어야 한다고 설명한다. 또한 스트레스를 개인 자원에 부담을 주거나 그 한계를 초월하는 것으로, 개인의 안녕을 위협하게 하는 인간과 환경과의 특정한 관계로 정의하였다(Lazarus, Folkman, 1984).

이후 Pearlin et al.(1990)이 Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 대처 모델에 알츠하이머 치매 환자의 돌봄을 적용하여 치매 환자 돌봄 가족이

경험하는 스트레스 과정을 설명하기 위한 모델을 제안하였다(장유경, 2022). Pearlin et al. (1990)에 따르면 돌봄 스트레스는 가까운 관계인 사람들 사이에서 발생하는 도움의 교환이 불평등할 때 발생하고 이는 돌봄 제공자에게 인지된 긴장과 피로를 초래한다.

Pearlin et al.(1990)의 스트레스 과정 모델은 현재 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스에 관한 연구에서 가장 널리 사용되는 대표적인 이론적 틀이다(Mitrani et al., 2008). Pearlin의 스트레스 과정 모델은 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 생성 과정을 개념화하였으며, 치매 노인 돌봄 스트레스 원과 관련된 연구 모형들은 대부분 Pearlin의 모형에 이론적 근거를 두고 있다(조주연, 2016).

Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델은 Pearlin et al.(1990)의 스트레스 과정 이론을 기반으로 한 모델로서 치매 환자에게 초점을 맞춰 그들의 질병 경험과 생활과 관련된 포괄적 이론적 틀을 제시한다. 본 모델에서는 치매 경험이 증상의 원인, 단계, 중증도, 기존 질환, 이용 가능한 공식 및 비공식 지원 등에 의해 영향을 받아 만들어진다고 설명하며, 질병 경험의 복잡성을 고려하고 이해하는 것을 강조한다. 본 모델은 배경(Background), 일차적 스트레스 요인(Primary Stressors), 이차적 스트레스 요인(Secondary Stressors), 중개 요인(Mediators), 결과(Outcomes)로 구성된다.

1. 배경

Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델에서 배경이란 각 개인의 생활환경을 말한다. 본 모델에서 생활환경은 성별과 같은 각 개인이 타고난 속성과 현재 경험하고 있는 상황(건강 과거력, 생활 환경, 가족/친구 네트워크 등)을 모두 포함한다. Pearlin et al.(1990)의 스트레스 과정 모델과 다르게 Judge et al.(2010)는 치매 노인의 건강 과거력과 생활환경을 고려하여 치매 노인의 다양한 특성에 대한 이해를 제공하고 돌봄 제공자의 스트레스 과정을 이해하기 위한 더 큰 배경을 제

공한다.

2. 일차적 스트레스 요인

일차적 스트레스 요인은 스트레스 과정의 시작점이라고 할 수 있다 (Aneshensel et al., 1995). 일차적 스트레스 요인은 노인의 의존적 상태에 대한 것으로 치매 증상이나 중증도, 인지 손상, 기능상태, 문제 행동 등이 포함되며, 노인의 의존적 상태가 심할 시 돌봄 제공자의 스트레스가 커지게 된다. 치매 경험에서 나타나는 스트레스 요인은 개인을 위협하고, 방해하며, 좌절시키는데, 가령 노인의 문제 행동 발생 시 노인이나 돌봄 제공자가 다치지 않기 위한 문제 행동 통제는 더 강력한 스트레스 요인으로 작용한다(Pearlin et al., 1990).

3. 이차적 스트레스 요인

이차적 스트레스 요인은 일차적 스트레스 요인에 의해 발생하며 치매 환자와 같이 생활하며 발생하는 스트레스를 말한다. 이차적 스트레스 요인에는 역할 긴장이나 가족 갈등, 재정 부담 등이 포함된다. 가족 갈등은 환자의 상태에 대한 대처 전략으로 인한 갈등, 다른 가족 구성원이 환자에게 돌봄을 제공할 시 돌봄의 질에 대한 갈등, 돌봄 제공자에 대한 돌봄의 인정에 대한 갈등으로 나타날 수 있다. 일과 돌봄 갈등은 소득 감소, 노인 돌봄으로 인한 지출 증가 등으로 나타날 수 있다(Pearlin et al., 1990).

4. 중개 요인

중개 요인은 스트레스 요인의 영향을 중재하고 치매 노인이 질병 경험을 관리할 수 있는 중요한 영역이다. 외부 중개 요인은 개인을 둘러싼 외부 환경에서 발생하는데, 이용 가능한 공식 돌봄과 비공식 돌봄 자원

의 양과 유형 등이 여기에 포함된다. 중개 요인을 활용하면 일차적 스트레스 요인과 이차적 스트레스 요인이 건강 결과에 미치는 영향을 조절할 수 있다(Judge et al., 2010).

5. 결과

치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델에서는 삶의 질, 우울, 불안, 스트레스 등과 관련된 광범위한 결과를 제시한다. 이러한 결과는 배경과 맥락, 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 중개 요인의 상호작용으로 나타난 과정으로 보며 돌봄 경험에 따라 이러한 요인들이 달라질 수 있다고 전제한다(Pearlin et al., 1990; Judge et al., 2010).

제 2 절 가족 돌봄 스트레스의 정의 및 측정

가족 돌봄 제공자는 일상생활활동(ADL) 및 수단적 일상생활활동(IADL)에 도움을 필요로 하는 가족이나 사회적 관계망 안에 있는 사람들에게 매일 혹은 매주 도움을 제공하는 사람으로 정의된다(OECD, 2018). 가족 돌봄 제공자와 같은 비공식 돌봄 제공자는 일반적으로 돌봄 대상과 이미 사회적 관계를 맺고 있는 경우가 많으며 공식 돌봄과는 달리 무급으로 돌봄을 제공한다(OECD, 2005).

가족 돌봄은 사랑하는 사람을 돌보는 일이라는 측면에서 다른 사람의 불편함을 덜어주는 것, 개인적인 만족을 느끼는 것, 쓸모 있고 필요한 존재라는 느낌, 삶에서 더 많은 의미를 찾는 것을 포함하여 수많은 이점을 가지고 있다. 그러나 이러한 돌봄은 상당한 신체적, 심리적, 경제적 부담과 과도 관련이 있으며 이러한 스트레스 요인은 지속적이고 통제할 수 없다는 특징이 있다(Swartz, Collins, 2019).

Pearlin et al.(1990)에 따르면 노인을 돌보는 가족의 경우 노인을 직접 돌보아야 하는 객관적인 스트레스와, 노인을 돌보는 것이 직업, 재정, 사회적 역할에 미치는 효과에 따른 감정적 반응인 주관적인 스트레스를 경험한다. Pearlin et al.(1990)에 의하면 노인 가족의 스트레스는 노인의 특성과 더불어 가족 돌봄 제공자의 특성에 영향을 받는다.

Minuchin(1974)의 구조적 가족 이론(Structural Family theory)을 스트레스 대처 모형에 적용한 연구(Mitrani et al., 2005)는 가족의 특성이 노인 가족 돌봄에서 얼마나 중요한지를 설명한다. 구조적 가족 이론은 가족의 상호작용에 초점을 두어 가족 구성원들이 어떻게 의사소통하고 관계를 맺느냐에 의해 결정되는 예측 가능한 양상, 구조(structure)에 의하여 가족 기능이 조절된다는 것을 기본 가정으로 하고 있다. 건강한 가족은 노인 돌봄과 관련된 스트레스 상황에서 변화에 긍정적으로 대처하지만 건강하지 않은 가족은 스트레스 상황에서 대처하지 못하고 구조가 붕괴된다고 설명한다(Blestein, Bach, 2007).

한편 가족 돌봄 스트레스를 측정하기 위해 다양한 측정 도구가 개발되

었다. 치매 환자 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 측정하기 위해서 가장 많이 활용되는 도구는 Zarit Caregiver Burden Interview(ZBI)이다. ZBI는 현재 지역 사회 거주 노인 가족의 돌봄 스트레스 특정을 위하여 북미와 유럽에서 가장 널리 사용되는 도구이다. 29개의 문항으로 구성되어 있으며 돌봄 제공자의 느낌과 경험에 초점을 두어 개발되었다. 본 척도는 돌봄 제공자의 건강, 정신적 안녕, 사회생활, 돌봄 대상자와의 관계 등에 대한 질문으로 구성되어 있다(Zarit, Zarit, 1990).

또 다른 도구인 Caregiver Burden Inventory(CBI)는 5개의 하위 척도와 24개의 문항으로 구성되어 있으며 각 차원에 대해 별도의 점수를 사용하여 돌봄 부담에 대한 다차원적인 접근을 제시한다. 5개의 하위 척도는 각각 시간 부담, 자기 발전 부담, 신체적 부담, 역할 갈등 부담, 감정적 부담이며 이러한 척도는 돌봄 대상자의 다양한 문제를 포괄한다. 본 도구는 돌봄 제공자의 부담을 평가하고 대응하기 위한 실용적인 도구이다(Novak, Guest, 1989).

이외에도 돌봄 제공자의 스트레스 측정 도구로 Caregiver Strain Index(CSI)가 있는데, 본 도구는 13개의 항목으로 구성되어 있으며 예/아니오 응답 형식으로 0~13의 값을 가진다. 본 도구는 개인, 가족, 역할 책임, 생활 방식의 변화 등의 질문을 포함한다(Robinson, 1983). Ford et al.(1997)에서는 돌봄 제공자의 주관적 스트레스를 측정하기 위한 세가지 척도를 사용한다. 총 44개의 항목으로 구성되어 있으며 ADL 척도, IADL 척도와 기억 및 행동 문제 체크 리스트를 통해 돌봄 스트레스를 측정한다.

제 3 절 지역사회 거주 노인 가족의 돌봄 스트레스 관련 요인

선행연구 고찰 결과 국내 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 연구에서 이론적 틀로 가장 많이 사용되는 모델은 Pearlin et al.(1990)이었으며(김경호, 2019; 김지연, 김홍수, 2016; 한은정 외, 2015; 이현주 외, 2015), Pearlin의 모델 기반으로 한 Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 이론적 틀로 한 국내 선행연구는 검색되지 않았다.

Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 사용한 국외 연구의 경우 중국의 중환자 비공식 돌봄 제공자의 주관적 돌봄 부담 관련 연구(Fu et al., 2021), 미국의 인지 장애가 있는 사람들의 사회적 고립과 불안에 관한 연구(Hwang et al., 2022), 치매 환자의 일상적 의사결정과 가족 돌봄 제공자에 관한 연구(Miller et al., 2018) 등이 진행되어 왔지만, 치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 연구가 부족하여 추가적인 연구가 필요한 실정이다. 본 연구에서 사용하고자 하는 Judge et al.(2010)의 이론적 틀에 맞춰 선행연구를 고찰하였다.

1. 지역사회 거주 노인 및 가족 특성과 가족의 돌봄 스트레스

지역 사회 거주 노인과 가족 돌봄 제공자의 특성에 관한 연구는 다수 진행되어 왔다. 노인의 특성 중 성별과 연령에 대한 연구 결과는 일관되지 않은 양상을 보인다. 최지훈, 이주연(2018)에서 노인이 여성인 경우 남성에 비해 돌봄 부담이 높게 나온 것에 반해 한은정 외(2015)의 연구에서는 남성인 경우 부양 부담이 높은 것으로 밝혀졌다. 연령의 경우 한은정 외(2015)의 연구에서 75세 미만인 경우 부양 부담이 높았으며, 치매 노인을 대상으로 한 이현주 외(2015)의 연구에서는 연령이 높을수록 부양 부담이 높았다. 일부 연구에서는 성별, 연령과 돌봄 스트레스 사이에 유의한 연관성이 없다고 밝혀졌다(Hirdes et al., 2012; 백용운, 최수

일, 2010). 노인의 배경 특성인 노인의 사회 활동 참여, 질병 과거력과 생활 환경을 다룬 연구는 미흡한 실정이어서 이에 대해 추가적인 연구가 필요함을 확인하였다.

가족 돌봄 제공자 특성에 대한 선행연구에 따르면 돌봄 스트레스에 영향을 미치는 가족 돌봄 제공자의 특성으로는 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 월 소득, 동거 여부, 가족 돌봄 제공자와 노인과의 관계, 가족관계 등이 있었다. 선행연구에 따르면 가족 돌봄 제공자가 여성일 경우(이환범 외, 2016), 가족 돌봄 제공자의 학력이 낮을수록 돌봄 스트레스가 높게 나타났다(백용운, 최수일, 2010). 가족 돌봄 제공자와 노인과의 관계의 경우 자녀보다 배우자일 때 돌봄 스트레스가 유의하게 증가하였다(김지연, 김홍수, 2016; 백용운, 최수일, 2010; Abey nesbit, 2021). 또한 노인과 배우자가 함께 살고 있는 경우 돌봄 스트레스가 높게 나타났다(백용운, 최수일, 2010). 가족관계의 경우 굳건하고 지지적인 가족관계일 경우 돌봄 스트레스 발생 확률이 낮아졌다(김지연, 김홍수, 2016).

2. 일차적 및 이차적 스트레스 요인과 가족의 돌봄 스트레스

일차적 및 이차적 스트레스 요인에 관한 연구 결과는 대부분 맥을 같이 한다. 인지 기능이 저하될수록, 문제 행동이 심각할수록, 일상생활수행능력 정도가 낮을수록 돌봄 스트레스가 높아졌다(Abey nesbit, 2021; 백용운, 최수일, 2010; 김지연, 김홍수, 2016). 또한 낮은 인지기능과 일상생활수행능력 정도는 행동심리증상을 증가시키는데(Zuidema et al., 2009), 행동심리증상은 돌봄 스트레스와 양의 상관관계가 있다고 보고된 바 있다(임동영, 장현정, 2019). 이차적 스트레스 요인인 돌봄 시간은 돌봄 스트레스와 유의하게 관련 있는 요인이었는데, 선행연구에 따르면 돌봄 시간이 많을수록 돌봄 스트레스가 높아졌다(Abey nesbit, 2021; 최지훈, 이주연, 2018; Hirdes et al., 2012).

3. 중개 요인과 가족 돌봄 스트레스

가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스에 영향을 주는 중개 요인에 관한 연구는 다수 진행되어 왔다. 공식적 지지와 관련하여서는 장기요양서비스 이용 관련 연구가 주로 이루어졌다. 모선희, 최세영(2013)의 연구에 따르면 장기요양서비스 이용 시설 유형, 이용 만족도가 부양 부담에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 시설 이용인 경우, 이용 만족도가 높을수록 부양 부담의 변화가 긍정적이었다. 재가 장기요양 서비스를 이용할 경우 정서적 부양 부담 완화에 긍정적인 영향이 있었으며 자녀와의 관계 개선에 긍정적인 영향이 있었다. 또한 비공식적 지지 요인인 다른 가족의 도움 정도도 부양 부담에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

김지연, 김홍수(2016)의 연구에서는 돌봄 스트레스 유무와 수준에 영향을 미치는 요인을 나눠서 분석하였다. 돌봄 스트레스 유무 관련 요인으로는 방문간호와 방문요양 이용 횟수, 2차적 가족 돌봄 제공자 유무가 있었으며, 이중 방문간호 이용 횟수만 돌봄 스트레스 수준 관련 요인으로 나타났다.

한편, 기존의 재가 치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스와 관련된 연구들은 주로 특정 지역의 치매지원센터, 치매안심센터 혹은 병원 이용자를 대상으로 하고 있으며 장기요양 제도 내의 치매 노인 가족 돌봄 제공자를 대상으로 한 실증 연구는 검색되지 않았다.

최정은, 이연화(2021)는 도시형 치매안심센터를 이용하는 돌봄 제공자를 대상으로 우편 및 직접 면접 방식으로 자료를 수집하였으며 장기요양서비스 이용 여부를 조사하지 못해 연구 결과를 일반화하기에 한계가 있었다. 임동영, 장현정(2019)은 S시와 G도에 소재한 치매지원센터 4곳을 이용하는 치매 가족을 대상으로 설문조사를 진행하였는데 필요한 최소 표본수 90명보다 작은 84부를 최종 분석하여 통계적으로 해석하기에 제한점이 있었다. 최지훈, 이주연(2018)의 연구에서는 전라북도 14개 시군구 지역에 거주하며 최소 6개월 이상 치매 노인을 돌보는 주 돌봄자 353

명을 대상으로 하였으며, 시,군 보건소 및 치매상담센터, 노인복지병원, 재가노인복지센터, 주간보호센터 기관을 통해 연구 대상자를 모집하였다. 본 연구는 도농과 농촌지역의 치매 가족을 대상으로 하여 도시와 수도권 지역으로 일반화하기에는 한계가 있었다. 백지은(2018)에서는 서울 및 경기지역 소재 재가노인복지시설에서 방문요양서비스와 주간보호서비스를 이용하는 치매 노인의 가족 돌봄 제공자를 편의표집하여 자료의 한계가 존재했다.

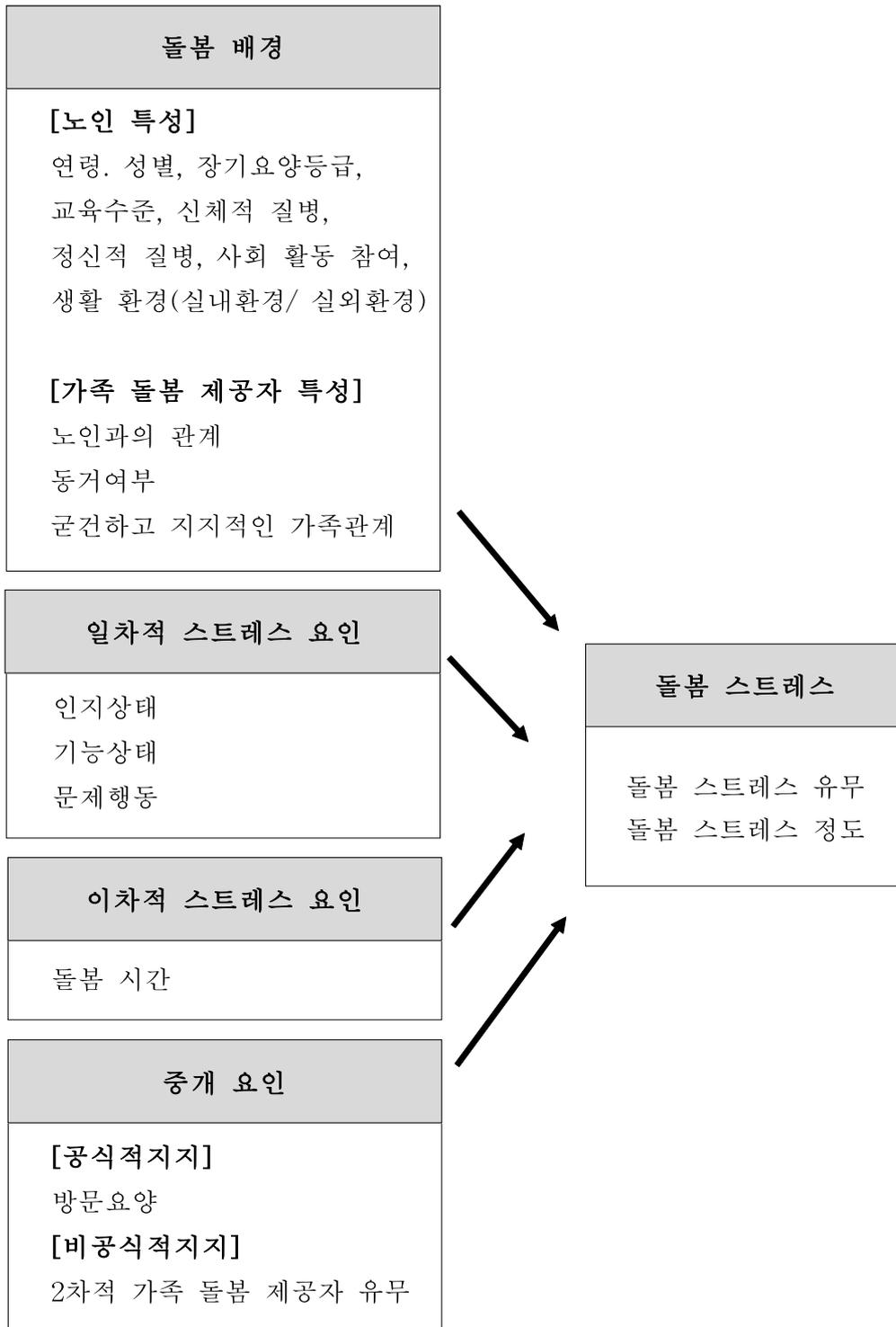
선행연구 고찰 결과를 정리하자면, Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 기반으로 이론적 틀을 설정한 국내 선행연구는 검색되지 않았으며, 국외 연구 또한 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 연구가 부족한 것으로 확인되었다. 이론적 틀의 영역별로 선행연구를 고찰한 결과 노인의 배경은 주로 인구사회학적 요소들이 다루어져 왔으며 노인의 사회 활동 참여, 질병 과거력과 생활환경을 고려한 연구가 부족하여 이에 대한 추가적인 연구가 필요함을 알 수 있었다. 또한 기존의 재가 치매 노인 가족 돌봄 스트레스와 관련된 연구는 특정 지역이나 기관을 대상으로 하여 일반화하기에 한계가 있어 대표성 있는 자료로 장기요양 제도 내의 치매 노인 가족 돌봄 제공자를 대상으로 한 실증 연구가 필요함을 확인하였다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 연구 모형

본 연구는 Judge et al.(2010)의 모델이 Pearlin et al.(1990)의 모델에 치매 환자의 질병 경험을 포함하여 확장한 모델이라는 점, 이러한 질병 경험에 영향을 주는 개인의 현재 상황 및 환경을 폭넓게 확인할 수 있다는 점, 이에 따라 발생하는 돌봄 스트레스 과정을 심층적으로 파악할 수 있다는 점에서 Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델의 기본 이론적 틀과 선행연구를 기반으로 연구 모형을 설정하였다.

본 연구의 모형은 다음과 같다. 본 연구에서는 대상자의 돌봄 배경(노인 특성(연령, 성별, 교육 수준, 장기요양등급, 신체적 질병, 정신적 질병, 사회 활동 참여, 생활 환경(실내 환경, 실외환경)), 가족 돌봄 제공자 특성(노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계)), 일차적 스트레스 요인(노인의 인지상태, 기능상태, 문제 행동), 이차적 스트레스 요인(돌봄 시간), 중개 요인(공식적 지지(방문요양 이용 유무), 비공식적 지지(2차적 가족 돌봄 제공자 유무))가 돌봄 스트레스에 영향을 미친다고 가정하였다.



[그림 1] 연구 모형

제 2 절 연구 설계 및 자료

본 연구는 2021년 9월부터 2026년 5월까지 한국보건의료연구원의 지원을 받는 “시설 입소 위험도 평가 체계 개발 및 검증 연구(연구책임자: 김홍수)”에서 수집한 재가 장기요양서비스 이용 노인과 가족 1,296명의 자료를 이차 분석하였으며, 서울대학교 연구윤리심의위원회(IRB)에서 심의 면제 승인을 받았다(IRB No. E2311/002-020).

위의 연구에서는 interRAI 홈케어 평가 도구(interRAI HC) 한국어판 (Morris et al., 2009)을 사용하여 자료를 수집하였다. 20개 영역의 267개 문항으로 구성된 interRAI 홈케어 평가 도구는 노인의 포괄적 건강 기능 상태 평가를 위하여 국제적으로 널리 사용되며, 노인의 건강 상태 및 기능 평가, 사회적 지지, 서비스 이용 등에 대해 신뢰도와 타당도가 검증된 포괄적인 평가 도구이다(kim et al., 2014). 위의 연구에서는 각 기관에서 근무하고 있는 환자를 아는 간호사 및 사회복지사에게 교육 훈련을 제공한 후, 교육 받은 인력이 해당 기관에서 서비스를 제공 받는 노인(연구참여자)의 기능상태를 평가하여 설문지에 기입하도록 하였다.

위의 연구 참여 기관은 2021년 4분기 기준 전국 방문간호 제공 기관 333개를 다단계 비례 층화 무작위 표본추출법을 이용하여 전국을 5개 권역 및 지역(도시, 중소도시, 농어촌)으로 구분하여 무작위 추출을 하여 대표성 있는 표본으로 70개의 기관이 선정되었다. 본 연구의 최종 분석 대상자는 선정된 기관에서 방문간호 또는 방문요양을 이용 중이며, 장기요양등급 판정을 받고 최근 1개월 급여 청구 실적이 있는 만 65세 이상 노인과 가족 중 가족 돌봄 제공자가 없는 경우와 결측치를 제외한 1,296명이다.

제 3 절 연구 변수

본 연구는 Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델의 변수와 선행연구 고찰을 바탕으로 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스와 관련 있다고 판단된 변수를 연구 변수로 설정하였다.

1. 종속 변수

본 연구에서 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스는 interRAI 홈케어 평가 도구(interRAI HC) 한국어판(Morris et al, 2009)에 포함되어 있는 3가지 설문 문항 ‘가족 돌봄 제공자가 케어 활동을 지속하기 어렵다’, ‘좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현한다’, 그리고 ‘요양자의 질병을 감당 못 하겠다고 느낌을 표현한다’에 대해 각각 ‘예/아니오’로 대답하여 평가한다(Hirdes et al., 2012). 본 연구에서는 돌봄 스트레스 유무와 돌봄 스트레스 수준 두 가지를 측정하였다. 돌봄 스트레스 유무는 위의 세 문항의 돌봄 스트레스 지표 중 한 가지 문항이라도 ‘예’ 라고 대답한 경우 돌봄 스트레스가 있는 것으로 간주하였다(Hirdes et al., 2012). 돌봄 스트레스 수준은 위의 세 문항 1개당 1점씩 산정하여 합산한 점수를 산출하였으며, 점수가 높을수록 돌봄 스트레스 수준이 높음을 의미한다(김지연, 김홍수, 2016).

2. 독립 변수

본 연구에서는 Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델을 참고하여 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인을 찾아보 고자 하였다.

1) 배경

배경에서는 노인의 특성과 가족 돌봄 제공자 특성에 대해 측정하고

자 한다. 노인의 특성으로는 노인의 연령, 성별, 장기요양등급, 교육 수준, 신체적 질병, 정신적 질병, 사회 활동 참여, 생활환경(실내 환경, 실외 환경)이 포함되어 있으며, 가족 돌봄 제공자 특성으로는 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계가 포함되어 있다.

본 연구에서 측정하는 신체적 질병에는 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중이 포함되며, 정신적 질병으로는 불안증, 양극성장애, 우울증, 정신분열증이 포함된다.

사회 활동 참여는 interRAI 홈케어 평가 도구(interRAI HC) 한국어판 (Morris et al, 2009)에 포함되어 있는 3가지 설문 문항인 ‘오랫동안 즐겨왔던 사회활동 참여함’, ‘오랫동안 알아왔던 지인이나 가족 만남’, ‘오랫동안 알아왔던 지인이나 가족과 전화, 이메일을 등을 통해 접촉함’으로 측정하였다.

생활환경은 실내 환경과 실외 환경으로 나누어서 확인하였다. 실내 환경은 ‘집의 과손’, ‘집이 매우 불결한 상태’, ‘불충분한 난방 또는 냉방’, ‘취약한 개인 안전’, ‘집 또는 집의 방 안으로 이동 제한’ 다섯 개의 문항에 대해 각각 ‘예/아니오’로 평가하였다. 본 연구에서는 위의 다섯 문항 중 하나라도 ‘예’ 라고 응답한 경우 실내 환경 문제가 있는 것으로 판단하였다. 실외 환경은 ‘응급 상황 발생 시 도움을 받을 수 있는가’, ‘식품점이 도움 없이 갈 수 있는 위치에 있는가’, ‘식품품을 가정에서 배달 받을 수 있는가’ 세 문항에 대해 각각 ‘예/아니오’로 평가하였다.

2) 일차적 스트레스 요인

일차적 스트레스 요인은 Judge et al.(2010)의 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델에서 제시하고 있는 인지상태, 기능상태, 문제 행동을 평가할 수 있는 지표로 설정하였다.

인지상태는 interRAI HC에 근거한 인지기능 척도(Cognitive Performance Scale, CPS)를 통해 측정하였다. Morris et al.(1994)이 개발한 CPS는 장기기억, 단기기억, 기억 회상 능력, 일상생활 의사결정 기술 영역의 문항으로 이루어진 도구로 Mini-Mental Status Examination

(MMSE)을 준거로 검증한 타당도는 .74였다. interRAI HC 한국어판 CPS의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 0.86이었다(김홍수 외, 2012). CPS는 0점에서 6점까지 분포하며 0점은 정상, 6점은 심각한 인지기능 저하를 의미한다.

기능상태는 interRAI HC에 근거한 ADL-Hierarchy Scale을 통해 측정하였다. 본 척도는 0점에서 6점까지 분포하며, 점수가 높을수록 타인에 대한 일상생활수행능력 의존도가 높아짐을 의미한다. 국내 장기요양 재가 노인을 대상으로 interRAI HC를 개발한 선행연구에서의 평가자 간 신뢰도 검증 결과 Kappa값은 0.92였으며, Cronbach's α 값은 .94였다(kim et al., 2015).

문제 행동은 interRAI에 근거한 The Aggressive Behavior Scale을 통해 측정하였다. ABS는 '언어적 학대', '신체적 학대', '사회적으로 부적절하거나 파괴적인 행동', '돌봄에 저항하는 행위'로 구성되며 0점에서 12점까지 분포한다. 점수가 더 높을수록 더 많은 행동이 더 많은 빈도로 나타났음을 의미한다(Perlman, Hirdes, 2008).

3) 이차적 스트레스 요인

선행연구 고찰을 통해 선정된 본 연구의 이차적 스트레스 요인은 돌봄 시간이다. 돌봄 시간은 한국에서 가족 돌봄 제공자가 일주일에 20시간 이상 돌봄을 제공할 경우 직장 근로 시간이 통계적으로 유의하게 감소한다는 OECD 연구 결과에 근거하여(colombo et al., 2011) Judge et al.(2010)의 치매환자를 위한 스트레스 과정 모델에서 제시하는 직업-역할 갈등을 파악하는 변수로 설정하였다. 돌봄 시간은 지난 3일간을 기준으로 9시간 이하와 9시간 초과로 구분하여 범주화하였다.

4) 중개 요인

본 연구에서 중개 요인은 공식적 지지와 비공식적 지지로 나뉘어 확인하였다. 공식적 지지는 방문요양 서비스 이용 유무로 측정하였으며, 비공식적 지지는 2차적 돌봄 제공자 유무로 확인하였다.

[표 1] 연구 변수

구분	항목	측정	구분
종속변수			
가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무	케어 활동을 지속하기 어려움	0: 아니오 1: 예	이진형
	좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현함		
	요양자의 질병을 감당 못하겠다고 느낌을 표현함		
가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 정도	케어 활동을 지속하기 어려움	0: 0점 1: 1점 2: 2점 3: 3점	범주형
	좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현함		
	요양자의 질병을 감당 못하겠다고 느낌을 표현함		
독립변수			
노인의 특성	연령	0: 65~74세 1: 75세~84세 2: 85세 이상	범주형
	성별	1: 남성 2: 여성	이진형
	장기요양등급	1: 1등급 2: 2등급 3: 3등급 4: 4,5등급	범주형
	교육 수준	0: 무학 1: 초졸 2: 중졸 3: 고졸 이상	범주형
	신체적 질병	0: 없음 1: 1개 2: 2개 3: 3개 이상	범주형
	정신적 질병	0: 없음 1: 1개 2: 2개 이상	범주형
	사회 활동 참여	0: 없음 1: 가끔 2: 자주 3: 매우 자주	범주형

	생활환경: 실내 환경	0: 없음 1: 있음	이진형
	생활환경: 실외 환경	0: 없음 1: 1개 2: 2개 이상	범주형
가족 돌봄 제공자 특성	노인과의 관계	1: 자녀, 자녀의 배우자 2: 배우자 3: 기타	범주형
	동거 여부	0: 아니오 1: 예	이진형
	균건하고 지지적인 가족관계	0: 아니오 1: 예	이진형
일차적 스트레스 요인	인지상태	1: 정상 2: 거의 정상 혹은 약간 손상 3: 상당한 또는 심각한 손상 4: 매우 심각한 손상	범주형
	기능상태	1: 도움 필요 없음 2: 지시 감독 혹은 약간 도움 필요 3: 상당한 도움 필요 4: (전적인) 도움 필요	범주형
	문제행동	0: 정상 1: 중간 2: (매우) 심각	범주형
이차적 스트레스 요인	돌봄 시간	0: 9시간 이하 1: 9시간 초과	이진형
중개 요인	방문요양	0: 아니오 1: 예	이진형
	2차적 가족 돌봄 제공자 유무	0: 아니오 1: 예	이진형

제 4 절 분석 방법

본 연구의 목적은 한국 장기요양 재가 서비스를 이용 중인 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 파악하고, 이를 비교 분석하는 것이다.

노인의 치매 여부에 따라 가족의 돌봄 경험이 달라진다. 치매 노인 돌봄은 비치매 노인 돌봄에 비해 더 높은 스트레스, 더 많은 돌봄 대상자 문제, 더 높은 돌봄 강도, 돌봄 역할의 한계를 보고한다. 따라서 치매 및 비치매 가족 돌봄 제공자를 동질적인 하나의 군으로 두고 분석을 진행할 시 돌봄 스트레스와 관련 요인의 관계를 과대평가하거나 과소평가할 수 있다(Bertand et al., 2006). 따라서 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 스트레스 관련 요인을 명확히 파악하고자 연구 대상자를 전체 군, 치매군 및 비치매군으로 나누어서 분석을 실시하였다.

연구 목적에 따라 다음과 같은 순서로 분석을 실시하였다. 첫째, 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인과 가족 돌봄 제공자의 일반적 특성, 돌봄 특성 및 돌봄 스트레스를 파악하기 위하여 기술 통계 분석을 실시하였으며, 치매군 및 비치매 군 간 특성 차이를 비교하기 위하여 카이제곱 검정과 t-검정을 실시하였다. 둘째, 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 군 특성에 따른 가족 돌봄 스트레스 관련 요인을 확인하기 위하여 카이제곱 검정을 수행하였다. 셋째, 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 관련 요인을 규명하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였으며 돌봄 스트레스 정도 관련 요인을 규명하기 위하여 순서형 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 본 연구는 통계분석 프로그램 SAS version 9.4를 사용하였으며 p-value가 0.05 미만인 경우 통계적으로 유의한 것으로 해석하였다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자 총 1,296명 중 치매군은 547명으로 전체의 42.2%를 차지하였고 비치매군은 749명으로 전체의 57.8%를 차지하였다. 연구 대상자의 배경, 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 중개 요인에 대하여 기술 통계 분석을 실시한 결과는 [표 2]와 같다.

1. 연구 대상자의 배경 특성

연구 대상자 전체 및 치매 여부(치매 및 비치매)에 따른 배경 특성을 비교한 결과는 [표 2]와 같다.

노인 특성의 경우 전체 연구 대상자에서 남성은 394명(30.4%), 여성은 902명(69.6%)이었으며, 평균 연령은 82.32세(± 7.37)이었다. 75세~84세 연령대가 42.6%로 가장 많았고 65세~74세가 16.6%로 가장 적게 나타났다. 장기요양등급은 4등급 이상이 600명(46.3%)으로 가장 많았고 2등급이 171명(13.2%)으로 가장 적었다. 전체 연구 대상자 교육 수준의 경우 초졸(34.6%), 무학(27.4%), 고졸 이상(23.4%), 중졸(14.7%) 순으로 나타났다. 신체적 질병이 2개가 있는 노인이 37.7%였으며, 3개 이상이 있는 노인도 28.9%이었다. 정신적 질병은 1개가 있는 노인이 12.4%이었으며, 전체 연구 대상자의 17.8%가 사회 활동 참여를 전혀 하지 않고 있었다. 전체 연구 대상자의 11.88%에서 실내 환경 문제가 있다고 응답하였으며, 26.4%가 하나의 실외 환경 문제를, 18.1%가 2개 이상의 실외 환경 문제를 가지고 있었다.

돌봄 제공자 특성의 경우 853명(65.8%)이 자녀 또는 자녀의 배우자이었으며, 392명(30.3%)이 배우자였다. 전체 연구 대상자 중 889명(68.6%)이 동거 중이었으며, 91.67%가 굳건하고 지지적인 가족관계를 보고하였

다.

치매 및 비치매군의 배경 특성을 살펴보면, 치매군의 평균 연령은 83.64세(± 7.00), 비치매군은 81.35세(± 7.49)로 두 그룹 간 평균 연령에서 유의한 차이가 존재하였다($t = -5.64$, $p\text{-value} < .0001$). 두 집단의 연령 분포 차이도 통계적으로 유의하였는데($\chi^2 = 31.48$, $p\text{-value} < .0001$), 치매군은 85세 이상(46.3%)에서 가장 많은 비율을 차지한 반면 비치매군에서는 75~84세(41.8%)가 가장 많은 비율을 차지하였다. 치매군의 성별 분포는 남성이 27.1%, 여성이 72.9%인 것에 반해 비치매군은 남성이 32.84%, 여성이 67.16%로 두 그룹 간 성별 분포에 통계적으로 유의한 차이가 존재하였다($\chi^2 = 35.00$, $p\text{-value} < .05$). 장기요양 등급 또한 치매군과 비치매군 간 차이가 있었는데($\chi^2 = 26.88$, $p\text{-value} < .0001$), 치매군에서 1등급이 18.5%인 것에 반해 비치매군에서는 1등급이 10.68%를 차지하였다. 교육 수준의 경우 치매군(37.8%)과 비치매군(32.2%) 모두 초졸이 가장 많았고, 그 다음으로는 무학이 치매군은 30.0%, 비치매군은 25.5%로 뒤를 이었으며 두그룹 간 분포 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2 = 16.55$, $p\text{-value} < .01$). 정신적 질병의 경우 치매군에서 정신적 질병이 1개 있는 노인이 17.0%인 것에 반해 비치매군에서는 정신적 질병이 1개 있는 노인이 9.1%로 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2 = 38.24$, $p\text{-value} < .0001$). 치매군에서 21.6%가 사회 활동에 참여하지 않고 있는 것에 비해 비치매군에서는 15.0%가 사회 활동에 참여하지 않고 있어 사회 활동 참여에 차이를 보였다($\chi^2 = 41.12$, $p\text{-value} < .0001$). 치매군의 72.76%가 가족 돌봄 제공자와 동거 중인 것에 비해 비치매군의 경우 65.6%가 가족 돌봄 제공자와 동거 중이었으며 두 군 간의 차이는 통계적으로 유의하였다($\chi^2 = 7.62$, $p\text{-value} < .01$).

한편, 신체적 질병, 실내 환경 문제, 실외 환경 문제, 노인과의 관계는 통계적 차이가 유의하지 않았다. 즉, 치매군과 비치매군의 신체적 질병, 실내 환경 문제, 실외 환경 문제, 노인과의 관계는 비슷한 것으로 나타났다.

[표 2] 연구 대상자의 일반적 특성 비교

(N=1,296)

변수	구분	전체 (N=1296)		치매군 (n=547)		비치매군 (n=749)		χ^2 or t	p
		n	%	n	%	n	%		
치매	없음	749	57.8						
	있음	547	42.2						
연령	Mean±SD	82.32±7.37		83.64±7.00		81.35±7.49		-5.64	<.0001
	65~74세	215	16.6	55	10.1	160	21.4	31.4795	<.0001
	75~84세	552	42.6	239	43.7	313	41.8		
	85세 이상	529	40.8	253	46.3	276	36.9		
성별	남성	394	30.4	148	27.1	246	32.84	5.0038	0.0253
	여성	902	69.6	399	72.9	503	67.16		
장기요양 등급	1등급	181	14.0	101	18.5	80	10.68	26.88	<.0001
	2등급	171	13.2	87	15.9	84	11.21		
	3등급	344	26.5	123	22.5	221	29.51		
	4,5등급	600	46.3	236	43.1	364	48.6		
교육수준	무학	355	27.4	164	30.0	191	25.5	16.5484	0.0009
	초졸	448	34.6	207	37.8	241	32.2		
	중졸	190	14.7	59	10.8	131	17.5		
	고졸 이상	303	23.4	117	21.4	186	24.8		
신체적 질병	0개	142	10.96	59	10.79	83	11.08	0.8302	0.8422
	1개	292	22.5	126	23.0	166	22.2		
	2개	488	37.7	199	36.4	289	38.6		
	3개 +	374	28.9	163	29.8	211	28.2		

정신적 질병	0개	1059	81.71	405	74.04	654	87.32	38.2416	<.0001
	1개	161	12.4	93	17.0	68	9.1		
	2개 +	76	5.9	49	9.0	27	3.6		
사회활동 참여	없음	230	17.8	118	21.6	112	15.0	41.12	<.0001
	가끔	378	29.2	195	35.7	183	24.4		
	자주	506	39.0	177	32.4	329	43.9		
	매우 자주	182	14.0	57	10.4	125	16.7		
실내환경 문제	없음	1142	88.12	481	87.93	661	88.25	0.0303	0.8618
	있음	154	11.88	66	12.07	88	11.75		
실외환경 문제	0개	719	55.5	321	58.7	398	53.1	5.0125	0.0816
	1개	342	26.4	140	25.6	202	27.0		
	2개 +	235	18.1	86	15.7	149	19.9		
노인과의 관계	자녀 (자녀배우자)	853	65.8	387	70.8	466	62.22	0.0188	0.8908
	배우자	392	30.3	138	25.2	254	33.91		
	기타	51	3.9	22	4.0	29	3.87		
동거여부	아니오	407	31.4	149	27.24	258	34.5	7.6211	0.0058
	예	889	68.6	398	72.76	491	65.6		
굳건하고 지지적인 가족관계	아니오	108	8.33	40	7.31	68	9.08	1.2909	0.2559
	예	1188	91.67	507	92.69	681	90.92		

2. 연구 대상자의 일차적 및 이차적 스트레스 요인

연구 대상자 전체 및 치매 여부(치매 및 비치매)에 따른 일차적 및 이차적 스트레스 요인을 비교한 결과는 [표3]과 같다.

연구 대상자 전체군에서는 인지상태가 거의 정상 혹은 약간 손상인 경우가 49.9%로 가장 많았으며 기능상태는 도움이 필요 없는 독립적인 경우가 28.7%로 가장 많았다. 문제 행동이 약간 있는 노인이 9.3%, (매우)심각한 노인이 6.5%를 차지하였다. 돌봄 시간은 평균 12.06(\pm 11.42)이였으며 돌봄 시간이 9시간을 초과하는 경우가 49.38%이었다.

치매군과 비치매군의 일차적 및 이차적 스트레스 요인을 살펴본 결과 치매군의 경우 인지상태가 심각한 혹은 매우 심각한 손상이 45%인 것에 비해 비치매군에서는 12.8%로 두 군의 인지상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다($\chi^2=246.52$ p-value $<.0001$). 기능상태도 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 ($\chi^2=41.26$ p-value $<.0001$), 치매군의 경우 전적인 도움이 필요한 노인이 33.5%인 것에 비해 비치매군의 경우 18.6%가 전적인 도움을 필요로 하였다. 문제 행동도 치매군에서는 문제 행동이 (매우)심각한 군이 10.2% 인 것에 반해 비치매군에서는 3.7%로 나타나 두 군에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($\chi^2=51.50$ p-value $<.0001$). 돌봄 시간의 경우 치매군의 평균 돌봄 시간이 14.44(\pm 11.86)인 것에 비해 비치매군의 평균 돌봄 시간은 10.33(\pm 10.76) 이였으며 두 군의 돌봄 시간 평균의 차이는 통계적으로 유의하였다($t=-6.4$, p-value $<.0001$). 돌봄 시간 분포의 차이도 통계적으로 유의하였는데($\chi^2=43.87$ p-value $<.0001$), 치매군에서 60.15%가 9시간을 초과하여 돌봄을 한 것에 비해 비치매군에서는 41.52%가 9시간을 초과하여 돌봄을 수행하였다.

[표 3] 연구 대상자의 일차적 및 이차적 돌봄 스트레스 비교

(N=1,296)

변수	구분	전체 (N=1296)		치매군 (n=547)		비치매군 (n=749)		x ² or t	p
		n	%	n	%	n	%		
인지상태 (CPS)	정상	307	23.7	34	6.2	273	36.5	246.5231	<.0001
	거의 정상 혹은 약간 손상	647	49.9	267	48.8	380	50.7		
	상당한/심각한 손상	164	12.7	121	22.1	43	5.7		
	매우 심각한 손상	178	13.7	125	22.9	53	7.1		
기능상태 (ADLH)	도움 필요 없음	372	28.7	126	23.0	246	32.8	41.2596	<.0001
	지시 감독, 약간 도움 필요	316	24.4	120	21.9	196	26.2		
	상당한 도움 필요	286	22.1	118	21.6	168	22.4		
	전적인 도움 필요	322	24.9	183	33.5	139	18.6		
문제행동 (ABS)	없음	1091	84.18	414	75.69	677	90.39	51.4995	<.0001
	약간 있음	121	9.3	77	14.1	44	5.9		
	(매우) 심각	84	6.5	56	10.2	28	3.7		
돌봄 시간	Mean±SD	12.06±11.42		14.44±11.86		10.33±10.76		-6.4	<.0001
	9시간 이하	656	50.62	218	39.85	438	58.48	43.87	<.0001
	9시간 초과	640	49.38	329	60.15	311	41.52		

3. 연구 대상자의 중개 요인

연구 대상자 전체 및 치매 여부(치매 및 비치매)에 따른 중개 요인 특성을 비교한 결과는 [표4]과 같다. 전체 연구 대상자 중 404명(31.17%)가 방문요양을 이용 중이었으며, 전체 연구 대상자의 56.71%가 이차적 가족 돌봄 제공자가 있다고 응답하였다.

치매군과 비치매군의 중개 요인을 살펴보면 치매군의 경우 27.24%가 방문요양을 이용하고, 비치매군에서는 34.05%가 방문요양을 이용하였다 ($\chi^2=6.82$ p-value <.01). 이차적 가족 돌봄 제공자의 경우 치매군에서 58.87%, 비치매군에서 55.14%가 2차적 가족 돌봄 제공자가 있다고 보고하였으며 두 군 간 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았다.

[표 4] 연구 대상자의 중개 요인 비교

(N=1,296)

변수	구분	전체 (N=1296)		치매군 (n=547)		비치매군 (n=749)		χ^2 or t	p
		n	%	n	%	n	%		
방문요양	아니오	892	68.83	398	72.76	494	65.95	6.82	0.009
	예	404	31.17	149	27.24	255	34.05		
이차적 가족 돌봄 제공자 유무	아니오	561	43.29	225	41.13	336	44.86	1.7881	0.1812
	예	735	56.71	322	58.87	413	55.14		

제 2 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스

가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스에 대한 결과는 [표 5]와 같다.

전체 가족 돌봄 제공자 중 320명(24.7%)이 돌봄 스트레스가 있다고 응답하였으며, 돌봄 스트레스가 2점 이상인 대상자가 11.57%이었다. 전체 가족 돌봄 제공자 중 케어 활동을 지속하기 어렵다고 표현한 응답자는 9.4%였으며, 좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현한 응답자는 18.1%, 노인의 질병을 감당하지 못하겠다고 표현한 응답자는 전체의 12.89%이었다.

치매군과 비치매군 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 살펴본 결과, 치매군의 31.1%에서 돌봄 스트레스가 있었던 반면 비치매군의 20.0%에서 돌봄 스트레스가 있었다($\chi^2=20.77$, p-value <.0001). 돌봄 스트레스 정도에서도 치매군과 비치매군 간의 유의한 차이가 발견되었는데($\chi^2=22.68$, p-value <.0001), 치매군에서 돌봄 스트레스가 2점 이상인 대상자가 15.5%인 것에 비해 비치매군에서는 8.7%였다. 케어 활동을 지속하기 어렵다고 응답한 응답자는 치매군에서 10.6%, 비치매군에서 8.5%이었으며 두 군 간 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현한 응답자는 치매군이 24.3%, 비치매군이 13.5%이었으며($\chi^2=25.06$, p-value <.0001), 노인의 질병을 감당하지 못하겠다고 표현한 응답자는 치매군에서 17.55%, 비치매군에서 9.48%로 두 군 간의 유의한 차이를 보였다($\chi^2=18.34$, p-value <.0001).

[표 5] 연구 대상자의 돌봄 스트레스

(N=1,296)

변수	구분	전체(N=1296)		치매군(n=547)		비치매군(n=749)		χ^2 or t	p
		n	%	n	%	n	%		
돌봄 스트레스 유무	없음	976	75.31	377	68.92	599	79.97	20.7658	<.0001
	있음	320	24.7	170	31.1	150	20.0		
돌봄 스트레스 정도	0점	976	75.31	377	68.9	599	80.0	22.6804	<.0001
	1점	170	13.12	85	15.5	85	11.4		
	2점	97	7.48	53	9.7	44	5.9		
	3점	53	4.09	32	5.9	21	2.8		
케어 활동 지속 어려움	아니오	1174	90.6	489	89.4	685	91.5	1.571	0.2
	예	122	9.4	58	10.6	64	8.5		
좌절, 분노, 우울 등 감정 표현	아니오	1062	81.9	414	75.7	648	86.5	25.0596	<.0001
	예	234	18.1	133	24.3	101	13.5		
질병 감당 못하겠다고 표현	아니오	1129	87.1	451	82.5	678	90.5	18.3449	<.0001
	예	167	12.89	96	17.55	71	9.48		

제 3 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인: 단변량 분석

1. 전체 연구 대상자의 돌봄 스트레스 관련 요인

전체 연구 대상자의 돌봄 배경, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 중개 요인 특성에 따른 돌봄 스트레스 관련 요인을 확인하고자 단변량 분석을 실시하였고, 결과는 [표 6]와 같다.

돌봄 배경 중 노인 특성에서는 치매, 성별, 장기요양등급, 정신적 질병, 사회활동 참여, 실내 환경 문제가 돌봄 스트레스와 유의한 관련성이 있었으며, 가족 돌봄 제공자 특성에서는 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계가 유의한 관련성이 있었다.

일차적 스트레스 요인에서는 노인의 인지상태, 기능상태, 문제 행동이, 이차적 스트레스 요인에서는 돌봄 시간이 유의하였으며, 중개 요인인 방문요양과 이차적 가족 돌봄 제공자 유무도 돌봄 스트레스와 유의한 관련성이 있었다.

[표 6] 집단별 스트레스 관련 요인: 전체 집단(단변량)

(N=1,296)

변수	구분	돌봄 스트레스				χ^2	p
		없음		있음			
		n	%	n	%		
치매	없음	599	79.97	150	20.03	20.7658	<.0001
	있음	377	68.92	170	31.08		
연령	65~74세	159	73.95	56	26.05	0.9263	0.6293
	75~84세	423	76.63	129	23.37		
	85세 이상	394	74.48	135	25.52		
성별	남성	262	66.5	132	33.5	23.6359	<.0001
	여성	714	79.16	188	20.84		
장기요양 등급	1등급	128	70.72	53	29.28	18.7771	0.0003
	2등급	112	65.5	59	34.5		
	3등급	255	74.13	89	25.87		
	4,5등급	481	80.17	119	19.83		
교육수준	무학	284	80	71	20	6.9713	0.0728
	초졸	332	74.11	116	25.89		
	중졸	134	70.53	56	29.47		
	고졸 이상	226	74.59	77	25.41		
신체적 질병	0개	108	76.06	34	23.94	0.1689	0.9824
	1개	221	75.68	71	24.32		
	2개	368	75.41	120	24.59		
	3개 +	279	74.6	95	25.4		
정신적 질병	0개	809	76.39	250	23.61	8.1334	0.0171
	1개	120	74.53	41	25.47		
	2개 +	47	61.84	29	38.16		

사회활동 참여	없음	166	72.17	64	27.83	12.4989	0.0059
	가끔	265	70.11	113	29.89		
	자주	399	78.85	107	21.15		
	매우 자주	146	80.22	36	19.78		
실내 환경 문제	없음	881	77.15	261	22.85	17.4359	<.0001
	있음	95	61.69	59	38.31		
실외 환경 문제	0개	535	74.41	184	25.59	1.4471	0.485
	1개	257	75.15	85	24.85		
	2개 +	184	78.3	51	21.7		
노인과의 관계	자녀(자녀배우자)	685	80.3	168	19.7	34.958	<.0001
	배우자	254	64.8	138	35.2		
	기타	37	72.55	15	27.45		
동거여부	아니오	339	83.29	68	16.71	20.3386	<.0001
	예	637	71.65	252	28.35		
굳건하고 지지적인 가족관계	아니오	61	56.48	47	43.52	22.4591	<.0001
	예	915	77.02	273	22.98		
인지상태 (CPS)	정상	263	85.67	44	14.33	33.4003	<.0001
	거의 정상 혹은 약간 손상	487	75.27	160	24.73		
	상당한/심각한 손상	109	66.46	55	33.54		
	매우 심각한 손상	117	65.73	61	34.27		
기능상태 (ADLH)	도움필요없음	312	83.87	60	16.13	30.2369	<.0001
	지시 감독, 약간 도움 필요	242	76.58	74	23.42		
	상당한 도움 필요	209	73.08	77	26.92		
	전적인 도움 필요	213	66.15	109	33.85		

문제 행동 (ABS)	없음	865	79.29	226	20.71	61.9111	<.0001
	약간 있음	71	58.68	50	41.32		
	(매우) 심각	40	47.62	44	52.38		
돌봄 시간	9시간 이하	538	82.01	118	17.99	32.1033	<.0001
	9시간 초과	438	68.44	202	31.56		
방문요양	아니오	640	71.75	252	28.25	19.5003	<.0001
	예	336	83.17	68	16.83		
2차적 가족 돌봄 제공자 유무	아니오	446	79.5	225	30.5	9.3494	0.0022
	예	530	72.11	205	27.89		

2. 치매군의 돌봄 스트레스 관련 요인

치매군의 돌봄 배경, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 중개 요인 특성에 따른 돌봄 스트레스 관련 요인을 확인하고자 단변량 분석을 실시하였고, 결과는 [표 7]와 같다.

돌봄 배경 중 노인 특성에서는 성별, 장기요양등급, 교육 수준, 실내 환경 문제가 유의한 관련성이 있었으며, 가족 돌봄 제공자 특성에서는 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계가 유의하였다. 일차적 스트레스 요인에서는 노인의 기능상태와 문제 행동이, 이차적 스트레스 요인에서는 돌봄 시간이 유의하였으며, 중개 요인인 방문요양과 이차적 가족 돌봄 제공자 유무 또한 치매 노인 가족의 돌봄 스트레스와 관련 있는 요인으로 나타났다.

[표 7] 집단별 스트레스 관련 요인: 치매군 (단변량)

(N=547)

변수	구분	돌봄 스트레스				χ^2	p
		없음		있음			
		n	%	n	%		
연령	65~74세	31	56.36	24	43.64	5.8344	0.0541
	75~84세	174	72.8	65	27.2		
	85세 이상	172	67.98	81	32.02		
성별	남성	81	54.73	67	45.27	19.0777	<.0001
	여성	296	74.19	103	25.81		
장기요양 등급	1등급	67	66.34	34	33.66	8.6571	0.0342
	2등급	50	57.47	37	42.53		
	3등급	85	69.11	38	30.89		
	4,5등급	175	74.15	61	25.85		
교육 수준	무학	129	78.66	35	21.34	13.5141	0.0036
	초졸	142	68.6	65	31.4		
	중졸	35	59.32	24	40.68		
	고졸 이상	71	60.68	46	39.32		
신체적 질병	0개	44	74.58	15	74.58	2.6645	0.4463
	1개	88	69.84	38	69.84		
	2개	140	70.35	59	70.35		
	3개 +	105	64.42	58	64.42		
정신적 질병	0개	281	69.38	124	30.62	3.9787	0.1368
	1개	68	73.12	25	26.88		
	2개 +	28	57.14	21	42.86		

사회활동 참여	없음	78	66.1	40	33.9	1.7418	0.6277
	가끔	131	67.18	64	32.82		
	자주	126	71.19	51	28.81		
	매우 자주	42	73.68	15	26.32		
실내 환경 문제	없음	341	70.89	140	70.89	7.2417	0.0071
	있음	36	54.55	30	54.55		
실외 환경 문제	0개	220	68.54	101	31.46	3.4843	0.1751
	1개	91	65	49	35		
	2개 +	66	76.74	20	23.26		
노인과의 관계	자녀(자녀 배우자)	289	74.68	98	25.32	22.5311	<.0001
	배우자	73	52.9	65	47.1		
	기타	15	68.18	7	31.82		
동거여부	아니오	116	77.85	33	22.15	7.6255	0.0058
	예	261	65.58	137	34.42		
굳건하고 지지적인 가족관계	아니오	18	45	22	55	11.5291	0.0007
	예	359	70.81	148	29.19		
인지상태 (CPS)	정상	26	76.47	8	23.53	5.2411	0.155
	거의 정상 혹은 약간 손상	193	72.28	74	27.72		
	상당한/심각한 손상	80	66.12	41	33.88		
	매우 심각한 손상	78	62.4	47	37.6		
기능상태 (ADLH)	도움필요없음	99	78.57	27	21.43	8.1829	0.0424
	지시 감독, 약간 도움 필요	82	68.33	38	31.67		
	상당한 도움 필요	80	67.8	38	32.2		
	전적인 도움 필요	116	63.39	67	36.61		

문제 행동 (ABS)	없음	305	73.67	109	26.33	20.6182	<.0001
	약간 있음	80.9	8.41	64.12	5.67		
	(매우) 심각	26	46.43	30	53.57		
돌봄 시간	9시간 이하	164	75.23	54	24.77	6.733	0.0095
	9시간 초과	213	64.74	116	35.26		
방문요양	아니오	259	65.08	139	34.92	10.09	0.0015
	예	118	79.19	31	20.81		
2차적 가족 돌봄 제공자 유무	아니오	167	74.22	58	25.78	5.014	0.0251
	예	210	65.22	112	34.78		

3. 비치매군의 돌봄 스트레스 관련 요인

비치매군의 돌봄 배경, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 중개 요인 특성에 따른 돌봄 스트레스 관련 요인을 확인하고자 단변량 분석을 실시하였고, 결과는 [표 8]와 같다.

돌봄 배경 중 노인 특성에서는 성별, 사회 활동 참여, 실내 환경 문제가 유의한 관련성이 있었으며, 가족 돌봄 제공자 특성에서는 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계가 유의한 관련성이 있었다. 일차적 스트레스 요인에서는 노인의 인지상태, 기능상태, 문제 행동이, 이차적 스트레스 요인에서는 돌봄 시간이 유의하였다. 중개 요인에서는 방문요양만 돌봄 스트레스와 유의한 관련성이 있었다.

[표 8] 집단별 스트레스 관련 요인: 비치매군(단변량)

(N=749)

변수	구분	돌봄 스트레스				χ^2	p
		없음		있음			
		n	%	n	%		
연령	65~74세	128	80	32	20	0.0713	0.965
	75~84세	249	79.55	64	20.45		
	85세 이상	222	80.43	54	19.57		
성별	남성	181	73.58	65	26.42	9.3566	0.0022
	여성	418	83.1	85	16.9		
장기요양 등급	1등급	61	76.25	19	23.75	7.7756	0.0509
	2등급	62	73.81	22	26.19		
	3등급	170	76.92	51	23.08		
	4,5등급	306	84.07	58	15.93		
교육 수준	무학	155	81.15	36	18.85	3.2547	0.354
	초졸	190	78.84	51	21.16		
	중졸	99	75.57	32	24.43		
	고졸 이상	155	83.33	31	16.67		
신체적 질병	0개	64	77.11	19	22.89	1.4559	0.6925
	1개	133	80.12	33	19.88		
	2개	228	78.89	61	21.11		
	3개 +	174	82.46	37	17.54		
정신적 질병	0개	528	80.73	126	19.27	2.3118	0.3148
	1개	52	76.47	16	23.53		
	2개 +	19	70.37	8	29.63		

사회활동 참여	없음	88	78.57	24	21.43	8.0103	0.0458
	가끔	134	73.22	49	26.78		
	자주	273	82.98	56	17.02		
	매우 자주	104	83.2	21	16.8		
실내 환경 문제	없음	540	81.69	121	18.31	10.4054	0.0013
	있음	59	67.05	29	32.95		
실외 환경 문제	0개	315	79.15	83	20.85	0.8398	0.6571
	1개	166	82.18	36	17.82		
	2개 +	118	79.19	31	20.81		
노인과의 관계	자녀(자녀배우자)	396	84.98	70	15.02	19.6362	<.0001
	배우자	181	71.26	73	28.74		
	기타	22	75.86	7	24.14		
동거여부	아니오	223	86.43	35	13.57	10.2575	0.0014
	예	376	76.58	115	23.42		
굳건하고 지지적인 가족관계	아니오	43	63.24	25	36.76	13.0827	0.0003
	예	556	81.64	125	18.36		
인지상태 (CPS)	정상	237	86.81	36	13.19	15.1511	0.0017
	거의 정상 혹은 약간 손상	294	77.37	86	22.63		
	상당한/심각한 손상	29	67.44	14	32.56		
	매우 심각한 손상	39	73.58	14	26.42		
기능상태 (ADLH)	도움필요없음	213	86.59	33	13.41	17.1281	0.0007
	지시 감독, 약간 도움 필요	160	81.63	36	18.37		
	상당한 도움 필요	129	76.79	39	23.21		
	전적인 도움 필요	97	69.78	42	30.22		

문제 행동 (ABS)	없음	560	82.72	117	17.28	33.62	<.0001
	약간 있음	25	56.82	19	43.18		
	(매우) 심각	14	50	14	50		
돌봄 시간	9시간 이하	374	85.39	64	14.61	19.3113	<.0001
	9시간 초과	225	72.35	86	27.65		
방문 요양	아니오	381	77.13	113	22.87	7.3473	0.0067
	예	218	85.49	37	14.51		
2차적 가족 돌봄 제공자 유무	아니오	279	83.04	57	16.96	3.5682	0.0589
	예	320	77.48	93	22.52		

제 4 절 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인: 다변량 분석

1. 돌봄 스트레스 유무 관련 요인

장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 관련 요인을 확인하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과는 [표 9]와 같다.

1) 전체 대상자 돌봄 스트레스 유무 관련 요인

분석 결과 재가 노인 가족의 돌봄 스트레스 유무에 영향을 미치는 변수는 치매, 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 문제 행동, 돌봄 시간, 방문요양이었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인 중에서는 재가 노인이 치매가 있을 경우(OR=1.395 CI=1.018-1.912)와 실내 환경에 문제가 있는 경우(OR=1.601 CI=1.062-2.412) 돌봄 스트레스 경험 확률이 유의하게 높았다. 반면, 노인이 여성일 경우(OR=0.53 CI=0.384-0.73), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우(OR=0.288 CI=0.173-0.448) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 낮았다. 일차적 스트레스 요인의 경우 노인의 문제 행동이 (매우)심각한 경우(OR=2.456 CI=1.461-4.128) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 높았다. 이차적 스트레스 요인의 경우 돌봄 시간이 9시간 초과인 경우(OR=1.569 CI=1.134-2.172) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 높았다. 중개 요인에서는 방문요양 서비스를 이용하는 경우(OR=0.631 CI=0.448-0.89) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 낮았다.

2) 치매군 돌봄 스트레스 유무 관련 요인

분석 결과 재가 치매 노인 가족의 돌봄 스트레스 유무에 영향을 미치는 변수는 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 방문요양이었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인에서 실내 환경에 문제가 있는 경우 (OR=1.949 CI=1.031-3.686) 돌봄 스트레스 경험 확률이 유의하게 높았다. 반면, 노인이 여성일 경우(OR=0.491 CI=0.3-0.805), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우(OR=0.204 CI=0.094-0.442) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 낮았다. 일차적 스트레스 요인과 이차적 스트레스 요인에서는 돌봄 스트레스 유무와 유의한 관련성이 있는 변수는 없었으며, 중개 요인에서 방문요양 서비스를 이용하는 경우 (OR=0.525 CI=0.307-0.897) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 낮았다.

3) 비치매군 돌봄 스트레스 유무 관련 요인

분석 결과 재가 비치매 노인 가족의 돌봄 스트레스 유무에 영향을 미치는 변수는 성별, 굳건하고 지지적인 가족관계, 돌봄 시간이었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인에서 노인이 여성일 경우(OR=0.561 CI=0.359-0.876), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우 (OR=0.316 CI=0.167-0.599) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의미하게 낮았다. 이차적 스트레스 요인인 돌봄 시간을 9시간 초과할 경우(OR=1.77 CI=1.11-2.823) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의미하게 증가하였다. 일차적 스트레스 요인과 중개 요인에서는 돌봄 스트레스 유무와 관련된 유의한 변수가 없었다.

[표 9] 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 관련 요인

(N=1,296)

변수	구분	전체(N=1296)				치매군(n=547)				비치매군(n=749)			
		OR	CI		p	OR	CI		p	OR	CI		p
치매	있음 (ref= 없음)	1.395	1.018	1.912	0.0384								
연령	75~84세 (ref = 65~74세)	0.993	0.654	1.509	0.4709	0.818	0.407	1.646	0.1857	1.007	0.577	1.759	0.9502
	85세 이상	1.23	0.801	1.891	0.186	1.26	0.617	2.574	0.1813	1.043	0.586	1.854	0.8656
성별	여성 (ref = 남성)	0.53	0.384	0.73	0.0001	0.491	0.3	0.805	0.0047	0.561	0.359	0.876	0.0111
장기요양 등급	2등급 (ref = 1등급)	1.381	0.947	2.013	0.3861	1.935	1.122	3.337	0.6473	1.059	0.611	1.835	0.4173
	3등급	1.494	0.929	2.403	0.2283	2.334	1.108	4.917	0.27	1.054	0.553	2.012	0.5081
	4,5등급	1.189	0.758	1.866	0.7038	2.279	1.174	4.424	0.2392	0.663	0.344	1.277	0.0842
교육 수준	초졸 (ref = 무학)	1.579	0.934	2.669	0.2188	1.731	0.866	3.46	0.1244	1.308	0.548	3.123	0.7003
	중졸	1.444	0.824	2.529	0.4626	1.196	0.539	2.657	0.8739	1.333	0.568	3.126	0.5653
	고졸 이상	1.279	0.71	2.306	0.8859	1.13	0.483	2.645	0.6923	1.164	0.484	2.8	0.902
신체적 질병	1개 (ref = 0개)	1.507	0.999	2.272	0.4377	1.257	0.715	2.209	0.5921	1.977	1.044	3.744	0.1077
	2개	1.346	0.866	2.09	0.8645	1.575	0.817	3.036	0.4939	1.314	0.694	2.486	0.4148
	3개 +	1.754	0.988	3.115	0.166	1.84	0.728	4.65	0.3411	1.933	0.87	4.297	0.2688
정신적 질병	1개 (ref = 0개)	1.26	0.756	2.101	0.6356	1.734	0.778	3.864	0.3494	0.96	0.473	1.948	0.9807
	2개 +	1.311	0.813	2.114	0.3674	1.378	0.647	2.936	0.797	1.155	0.601	2.221	0.2345

사회 활동 참여	가끔 (ref = 없음)	1.19	0.726	1.95	0.9688	1.806	0.843	3.869	0.2057	0.751	0.375	1.506	0.1847
	자주	0.921	0.605	1.4	0.174	0.76	0.429	1.347	0.1045	1.055	0.537	2.071	0.8701
	매우 자주	1.629	0.94	2.825	0.0655	1.642	0.798	3.378	0.0921	1.268	0.482	3.334	0.6759
실내 환경 문제	있음 (ref = 없음)	1.601	1.062	2.412	0.0245	1.949	1.031	3.686	0.0401	1.466	0.829	2.594	0.1882
실외 환경 문제	1개 (ref = 0)	0.854	0.613	1.19	0.6923	1.035	0.642	1.669	0.3232	0.706	0.431	1.156	0.1657
	2개 +	0.834	0.562	1.238	0.6011	0.646	0.336	1.242	0.1599	0.99	0.59	1.66	0.5231
노인과의 관계	자녀 또는 기타 (ref = 배우자)	0.797	0.378	1.684	0.5525	0.63	0.201	1.977	0.429	0.812	0.284	2.318	0.6967
동거 여부	예 (ref = 아니오)	1.311	0.91	1.889	0.1465	1.695	0.984	2.921	0.0572	1.126	0.668	1.898	0.6568
굳건하고 지지적인 가족관계	예 (ref = 아니오)	0.278	0.173	0.448	<.0001	0.204	0.094	0.442	<.0001	0.316	0.167	0.599	0.0004
인지상태 (CPS)	거의 정상 혹은 약간 손상 (ref = 정상)	1.44	0.952	2.177	0.5233	0.906	0.336	2.442	0.6869	1.527	0.95	2.455	0.4627
	상당한/심각한 손상	1.531	0.864	2.714	0.3878	0.985	0.331	2.929	0.9872	1.789	0.767	4.174	0.3142
	매우 심각한 손상	1.431	0.747	2.742	0.715	1.039	0.322	3.353	0.8331	1.136	0.422	3.058	0.6549
기능상태 (ADLH)	지시 감독, 약간 도움 필요 (ref = 도움 필요 없음)	1.398	0.909	2.15	0.4901	2.038	1.018	4.08	0.0812	1.184	0.664	2.112	0.7793
	상당한 도움 필요	1.198	0.75	1.915	0.6488	1.343	0.638	2.825	0.8048	1.144	0.61	2.146	0.6333
	전적인 도움 필요	1.564	0.876	2.794	0.2466	1.449	0.589	3.563	0.9218	1.793	0.81	3.97	0.1479

문제행동 (ABS)	약간 있음 (ref = 없음)	1.84	1.205	2.808	0.495	1.696	0.971	2.962	0.6647	2.335	1.161	4.694	0.4591
	(매우) 심각	2.456	1.461	4.128	0.0279	2.207	1.122	4.344	0.1302	3.017	1.245	7.31	0.1444
돌봄시간	9시간 초과 (ref= 9시간 이하)	1.569	1.134	2.172	0.0066	1.276	0.782	2.083	0.3299	1.77	1.11	2.823	0.0165
방문요양	예 (ref = 아니오)	0.631	0.448	0.89	0.0087	0.525	0.307	0.897	0.0184	0.748	0.467	1.198	0.2273
2차적 가족 돌봄 제공자 유무	예 (ref = 아니오)	1.178	0.879	1.578	0.2723	1.086	0.693	1.7	0.7192	1.238	0.826	1.857	0.3016

2. 돌봄 스트레스 정도 관련 요인

장기요양 재가 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 정도 관련 요인을 확인하기 위하여 순서형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 결과는 [표 10]와 같다.

1) 전체 대상자 돌봄 스트레스 정도 관련 요인

분석 결과 재가 노인 가족의 돌봄 스트레스 정도에 영향을 미치는 변수는 성별, 사회 활동 참여, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족 관계, 문제 행동, 돌봄 시간, 방문요양이었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인 중에서는 사회 활동 참여를 매우 자주하는 경우(OR=1.774 CI=1.06-2.967), 실내 환경 문제가 있는 경우(OR=1.739 CI=1.183-2.555) 돌봄 스트레스 정도가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면 노인이 여성인 경우(OR=0.489 CI=0.359-0.665), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우(OR=0.25 CI=0.161-0.388) 돌봄 스트레스 정도가 유의하게 낮았다. 일차적 스트레스 요인에서는 문제 행동이 (매우)심각한 경우(OR=2.397 CI=1.482-3.878) 스트레스 수준이 유의하게 높아졌으며, 이차적 스트레스 요인인 돌봄 시간이 9시간을 초과할 경우(OR=1.53 CI=1.116-2.098) 역시 돌봄 스트레스 수준이 높아졌다. 중개 요인에서는 방문요양 서비스를 이용할 경우(OR=0.635 CI=0.454-0.889) 돌봄 스트레스 수준이 유의하게 낮아짐을 확인할 수 있었다.

2) 치매군 돌봄 스트레스 정도 관련 요인

치매군을 대상으로 돌봄 스트레스 정도에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과 유의한 변수는 성별, 실내 환경 문제, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계, 방문요양이 있었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인 중에서는 실내 환경 문제가 있는 경

우(OR=1.95 CI=1.09-3.488), 동거하는 경우(OR=1.863 CI=1.098-3.161) 돌봄 스트레스 정도가 유의하게 높았으며, 여성인 경우(OR=0.437 CI=0.275-0.695), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우(OR=0.174 CI=0.087-0.345) 돌봄 스트레스 정도가 유의하게 낮아짐을 확인할 수 있었다. 중개 요인에서는 방문요양 서비스를 이용할 경우(OR=0.555 CI=0.331-0.93) 돌봄 스트레스 정도가 유의하게 낮아졌다.

2) 비치매군 돌봄 스트레스 정도 관련 요인

비치매군을 대상으로 돌봄 스트레스 정도에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과 유의한 변수로는 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 돌봄 시간이 있었다.

구체적으로 살펴보면, 배경 요인에서 실내 환경 문제가 있는 경우 돌봄 스트레스 정도를 유의하게 높이는 것으로 확인되었다(OR=1.797 CI=1.047-3.084). 반면에 노인이 여성일 경우(OR=0.524 CI=0.339-0.81), 굳건하고 지지적인 가족관계인 경우 (OR=0.317 CI=0.172-0.584) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의하게 낮았다. 이차적 스트레스 요인인 돌봄 시간을 9시간 초과할 경우(OR=1.736 CI=1.101-2.738) 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 유의미하게 증가하였다.

[표 10] 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 정도 관련 요인

(N=1,296)

변수	구분	전체(N=1296)			치매군(n=547)			비치매군(n=749)					
		OR	CI	p	OR	CI	p	OR	CI	p			
치매	있음 (ref= 없음)	1.328	0.978	1.802	0.0687								
연령	75~84세 (ref = 65~74세)	1.04	0.695	1.557	0.54	0.861	0.447	1.658	0.2018	1.091	0.632	1.883	0.9205
	85세 이상	1.297	0.856	1.965	0.1197	1.319	0.676	2.575	0.1317	1.14	0.646	2.012	0.6909
성별	여성 (ref = 남성)	0.489	0.359	0.665	<.0001	0.437	0.275	0.695	0.0005	0.524	0.339	0.81	0.0036
장기요양 등급	2등급 (ref = 1등급)	1.318	0.915	1.898	0.3295	1.84	1.094	3.094	0.4402	1.012	0.59	1.737	0.4432
	3등급	1.316	0.83	2.086	0.4589	1.947	0.96	3.95	0.4252	0.953	0.506	1.794	0.7439
	4,5등급	1.132	0.732	1.75	0.7321	1.947	1.034	3.665	0.3513	0.666	0.352	1.261	0.1175
교육 수준	초졸 (ref = 무학)	1.589	0.964	2.617	0.1973	1.63	0.853	3.117	0.1102	1.441	0.622	3.34	0.6637
	중졸	1.464	0.858	2.5	0.4075	1.094	0.514	2.329	0.7224	1.546	0.679	3.523	0.3573
	고졸 이상	1.281	0.729	2.253	0.8615	1.065	0.477	2.379	0.6537	1.294	0.553	3.029	0.9724
신체적 질병	1개 (ref = 0개)	1.512	1.02	2.241	0.5144	1.319	0.773	2.25	0.4938	1.916	1.033	3.553	0.1426
	2개	1.405	0.918	2.15	0.9868	1.7	0.906	3.192	0.4485	1.372	0.74	2.543	0.5831
	3개 +	1.82	1.04	3.182	0.1324	2.135	0.878	5.195	0.2045	1.901	0.869	4.16	0.2947

정신적 질병	1개 (ref = 0개)	1.281	0.781	2.1	0.5615	1.789	0.834	3.836	0.2376	0.94	0.471	1.873	0.914
	2개 +	1.254	0.789	1.994	0.633	1.281	0.622	2.639	0.4986	1.117	0.591	2.109	0.3295
사회 활동 참여	가끔 (ref = 없음)	1.248	0.774	2.013	0.6854	1.843	0.892	3.807	0.1371	0.805	0.41	1.578	0.318
	자주	0.9	0.598	1.354	0.0901	0.741	0.427	1.287	0.0708	1.081	0.562	2.082	0.7961
	매우 자주	1.774	1.06	2.967	0.0202	1.665	0.855	3.243	0.0583	1.426	0.571	3.562	0.5076
실내 환경 문제	있음 (ref = 없음)	1.739	1.183	2.555	0.0049	1.95	1.09	3.488	0.0244	1.797	1.047	3.084	0.0334
실외 환경 문제	1개 (ref = 0)	0.766	0.554	1.059	0.4052	0.969	0.615	1.526	0.414	0.6	0.368	0.979	0.0733
	2개 +	0.775	0.528	1.139	0.5254	0.629	0.335	1.179	0.1502	0.875	0.527	1.454	0.6336
노인과의 관계	자녀 또는 기타 (ref = 배우자)	0.824	0.407	1.67	0.5917	0.841	0.3	2.358	0.7424	0.674	0.237	1.911	0.4576
동거 여부	예 (ref = 아니오)	1.401	0.978	2.005	0.0656	1.863	1.098	3.161	0.0211	1.232	0.734	2.066	0.4301
굳건하고 지지적인 가족관계	예 (ref = 아니오)	0.25	0.161	0.388	<.0001	0.174	0.087	0.345	<.0001	0.317	0.172	0.584	0.0002
인지상태 (CPS)	거의 정상 혹은 약간 손상 (ref = 정상)	1.487	0.987	2.239	0.7293	1.047	0.395	2.771	0.7499	1.512	0.944	2.422	0.8114
	상당한/심각한 손상	1.681	0.964	2.933	0.2878	1.182	0.407	3.433	0.7749	1.959	0.868	4.425	0.2846
	매우 심각한 손상	1.664	0.888	3.117	0.4094	1.235	0.395	3.86	0.6813	1.483	0.577	3.814	0.9415

기능상태 (ADLH)	지시 감독, 약간 도움 필요 (ref = 도움 필요 없음)	1.384	0.907	2.112	0.4607	2.02	1.031	3.957	0.0876	1.161	0.657	2.051	0.8619
	상당한 도움 필요	1.149	0.726	1.817	0.4886	1.333	0.652	2.725	0.7087	1.032	0.555	1.917	0.404
	전적인 도움 필요	1.561	0.889	2.741	0.2034	1.562	0.659	3.704	0.7325	1.723	0.797	3.725	0.1318
문제행동 (ABS)	약간 있음 (ref = 없음)	2.146	1.445	3.188	0.1319	1.826	1.081	3.087	0.3431	3.251	1.71	6.183	0.1072
	(매우) 심각	2.397	1.482	3.878	0.0472	1.953	1.047	3.646	0.2486	3.275	1.447	7.412	0.1619
돌봄 시간	9시간 초과 (ref = 9시간 이하)	1.53	1.116	2.098	0.0082	1.229	0.771	1.96	0.3853	1.736	1.101	2.738	0.0176
방문요양	예 (ref = 아니오)	0.635	0.454	0.889	0.0082	0.555	0.331	0.93	0.0255	0.753	0.474	1.196	0.2292
2차적 가족 돌봄 제공자 유무	예 (ref = 아니오)	1.168	0.88	1.552	0.2829	1.1	0.716	1.69	0.6632	1.21	0.814	1.799	0.3461

제 5 장 결론 및 고찰

본 연구는 한국 장기요양 재가 서비스를 이용 중인 치매 및 비치매 노인과 가족 돌봄 제공자의 현황을 확인하고 돌봄 스트레스 유무 및 정도를 파악하였으며, 돌봄 스트레스 유무 및 정도 관련 요인을 분석하였다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 장기요양 재가 노인과 가족의 특성

연구 대상자 총 1,296명 중 치매군이 42.2%, 비치매군이 57.8%이었다. 전체 대상자를 치매군과 비치매군으로 나누어 확인한 결과 연령, 장기요양등급, 정신적 질병, 사회 활동 참여에서 두 그룹 간 특성 차이가 나타났다. 비치매군의 평균 연령이 81.35세인 것에 비해 치매군의 평균 연령은 83.64세로 치매군의 평균 연령이 더 높았다. 본 연구의 치매군 연령별 구성 비율과 2022년 중앙치매센터에서 조사한 우리나라 치매 환자의 연령별 구성 비율과 비교해보았을 때(중앙치매센터, 2023), 나이가 많을수록 구성 비율이 높아지는 동일한 양상을 보임을 확인할 수 있었다.

장기요양등급에서도 두 군 간 차이를 보였는데 비치매군의 경우 장기요양등급 1등급이 10.68%인데 반해 치매군의 경우 18.5%였다. 장기요양등급은 장기요양 필요도를 나타낸 것이므로(한은정 외, 2018) 치매군이 비치매군에 비해 일상생활수행능력이 어려우며 장기요양 필요도가 높은 사람이 많음을 확인할 수 있었다. 치매군의 경우 2개 이상의 정신적 질병을 가지고 있는 사람이 9%였는데, 비치매군의 경우 3.6%를 차지하고 있어 차이를 나타냈다. 이는 치매가 기억력 저하, 망상, 환각 등의 정신적 증상을 동반하기 때문이라고 사료된다. 비치매군에서 사회 활동 참여가 유의미하게 더 많았는데, 이는 비치매군이 치매군에 비해 인지상태와 기능상태가 비교적 양호하여 사회에서 타인과의 상호작용이 원활히 이루어지기 때문이라고 생각된다.

본 연구에서 가족 돌봄 제공자의 65.8%가 자녀 또는 자녀의 배우자였

으며, 배우자가 돌보는 경우도 30.3%이었다. 치매군과 비치매군 모두 가족 돌봄 제공자가 자녀 또는 자녀의 배우자인 경우가 압도적으로 많았다. 이는 선행연구 결과와 동일한 연구 결과이다(Abey nesbit, 2021; 김지연, 김홍수, 2016; 박선원, 곽주연, 2016). 아직까지는 자녀 또는 자녀의 배우자가 부모님을 돌보는 경우가 많지만 핵가족화와 여성의 사회진출 증가 등으로 인한 가족의 형태 및 역할의 변화로 이후에는 배우자가 서로를 돌보는 노노케어의 비율이 증가할 것으로 예상된다. 동거에 있어서는 치매군과 비치매군 간 유의한 차이를 보였는데, 치매군에서는 72.76%가 노인과 함께 거주 중이었으며, 비치매군에서는 65.6%가 노인과 함께 거주 중이었다. 이는 치매의 질병 특성상 가족 돌봄 제공자 혹은 간병인의 상시 보호를 필요로 하기 때문이라고 생각된다.

2. 가족 돌봄 제공자의 스트레스 관련 요인

가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 분석 결과 전체 가족 돌봄 제공자의 24.7%가 돌봄 스트레스를 경험했으며, 9.4%가 케어 활동을 지속하기 어렵다고 표현하였다. 좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현한 응답자는 18.1%, 노인의 질병을 감당하지 못하겠다고 표현한 응답자는 전체의 12.89%이었다. 뉴질랜드 재가 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 연구와 비교해보면 뉴질랜드의 경우 전체 가족 돌봄 제공자의 39.6%가 돌봄 스트레스를 경험했으며, 19.7%가 케어 활동을 지속하기 어렵다고 표현하였다. 좌절, 분노, 우울 등의 감정을 표현한 응답자는 19.5%, 노인의 질병을 감당하지 못하겠다고 표현한 응답자는 전체의 24.9%이었다(Abey Nesbit et al., 2022). 뉴질랜드와 비교해 보았을 때 우리나라의 경우 돌봄 스트레스를 경험한 비율이 더 적고, 케어 활동을 지속하기 어렵다 및 노인의 질병을 감당하지 못하겠다고 표현한 응답자도 우리나라가 더 적은 반면에 부정적 감정을 표현하는 것에 있어서는 비교적 두 국가가 유사함을 알 수 있었다.

가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인을 분석한 결과 전체군

에서 치매는 돌봄 스트레스와 관련된 유의한 변수였다. 이는 노인의 치매 여부에 따라 가족 돌봄 스트레스가 달라질 수 있음을 의미하며, 치매군과 비치매군이 서로 다른 특성을 가지고 있음을 의미한다.

치매군과 비치매군의 돌봄 스트레스 관련 요인을 각각 파악한 결과군 간 스트레스 관련 요인에 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 치매군의 경우 성별, 장기요양등급, 교육 수준, 실내 환경 문제, 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계, 기능상태, 문제 행동, 돌봄 시간, 방문요양, 이차적 가족 돌봄 제공자 유무가 유의한 관련 요인이었으며 비치매군의 경우 성별, 사회 활동 참여, 실내 환경 문제, 노인과의 관계, 동거 여부, 굳건하고 지지적인 가족관계, 인지상태, 기능상태, 문제 행동이, 돌봄 시간, 방문요양이 유의한 관련 요인이었다. 정리하자면 장기요양등급, 교육 수준, 이차적 가족 돌봄 제공자는 치매군에서만 유의한 관련 요인이었으며 사회 활동 참여와 인지상태는 비치매군에서만 유의한 관련 요인이었다.

장기요양 재가 서비스 이용 치매 노인 가족의 돌봄 스트레스와 관련된 선행연구가 없어 본 연구 결과를 기존 연구를 기반으로 논의하기에는 제한이 있다. 그럼에도 불구하고, 노인의 장기요양등급은 노인의 중증도를 반영하고 노인의 교육 수준은 노인의 건강과 관련이 있으며(김동배 외, 2011), 노인의 건강 상태는 가족의 돌봄 스트레스와 관련이 있으므로(이은실, 김미영, 2023; 김경호, 2020) 장기요양등급과 교육 수준이 가족 돌봄 스트레스와 유의한 관련 요인이라고 해석할 수 있다. 치매 노인 가족의 경우 지속되는 관찰과 돌봄 행위로 인한 시간 의존적 스트레스를 경험하고, 돌봄 역할이 주된 가족 돌봄 제공자에게 집중되는 것에 대해 스트레스를 경험하므로(이영만, 신동열, 2020) 돌봄 역할을 함께 할 수 있는 이차적 가족 돌봄 제공자가 유의한 관련 요인으로 도출되었다고 할 수 있다.

노인의 사회 활동 참여 역시 노인의 건강과 관련 있는 요인이므로(구경진, 2023; 송문선, 2022) 돌봄 스트레스에 영향을 줄 수 있다. 고수진, 김홍수(2017)에 따르면 장기요양서비스 이용 비치매 노인 중 인지기능

손상도가 높은 노인이 31.74%였다. 이는 비치매군에서 의학적으로 치매를 진단받은 적은 없지만 인지기능 손상이 심각한 수준인 노인이 있는 것을 의미하며, 인지기능 손상은 돌봄 스트레스와 유의한 관련 요인이므로(김경호, 2019; 김지연, 김홍수, 2016) 본 연구의 결과는 선행 연구의 결과를 뒷받침한다고 할 수 있다.

3. 장기요양 재가 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 및 정도 관련 요인

장기요양 재가 치매 및 비치매 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 유무 및 정도 관련 분석 결과 치매군의 경우 성별, 실내 환경 문제, 굳건하고 지지적인 가족관계, 방문요양이 돌봄 스트레스 유무 및 정도 공통 관련 요인이었으며, 동거 여부가 돌봄 스트레스 정도를 높이는 관련 요인으로 나타났다. 노인의 성별에 대해서는 상반된 선행연구 결과가 있지만 본 연구의 결과는 한은정 외(2015)의 연구 결과와 일치한다. 실내 환경 문제의 경우 동거 여부와 밀접한 관련이 있을 것으로 사료된다. 치매군의 경우 70% 이상의 가족 돌봄 제공자가 치매 노인과 함께 거주한다. 실내 환경은 부적절한 거주 환경으로 인해 치매 노인의 건강에 안 좋은 영향을 미치거나, 사고에 노출될 위험이 커지는 등 가족의 스트레스 관련 요인이 될 수 있지만, 동거하는 경우 노인 가족의 건강에 직접적인 영향을 미치는 스트레스 관련 요인이 될 수 있다.

굳건하고 지지적인 가족관계 또한 김지연, 김홍수(2016)의 선행연구 결과와 동일한 결과가 도출되었다. 굳건하고 지지적인 가족관계는 돌봄 스트레스 유무와 정도 모두 관련 요인으로 나타났으며 이는 돌봄 수행이 가족 한 명의 역할이 아니라 가족 전체가 함께 지지적인 태도로 역할을 수행해야 함을 시사한다. 방문요양 이용의 경우 방문요양을 이용할 시 주로 신체활동 및 가사활동지원을 받게 되는데, 지원받는 서비스의 성격이 가족 돌봄 제공자의 돌봄과 유사하기 때문에 돌봄 스트레스를 경험할 확률을 낮춘다고 생각한다. 방문요양 서비스가 일정 시간 동안 돌봄의

기능 수행함으로써 가족 돌봄 제공자에게 잠시나마 돌봄 수행 역할에서 벗어나 본인의 삶을 살 수 있는 시간을 주기 때문에 스트레스를 경험할 확률을 낮추는 요인으로 나타났다고 해석할 수 있다. 동거 여부는 스트레스 정도와 관련된 요인으로 나타났는데, 이는 동거 시 노인과 함께 거주하면서 24시간 내내 노인을 관찰하고 돌보며 규칙 된 돌봄을 제공해야 한다는 긴장과 불안이 지속되기(이영만, 신동열, 2020) 때문이라고 생각된다.

비치매군의 경우 성별, 굳건하고 지지적인 가족관계, 돌봄 시간이 돌봄 스트레스 유무 및 정도 공통 관련 요인이었으며 실내 환경 문제가 돌봄 스트레스 정도를 높이는 추가적인 관련 요인으로 나타났다. 성별, 굳건하고 지지적인 가족관계, 실내 환경 문제는 치매군과 동일하게 해석할 수 있으며, 돌봄 시간의 경우 선행연구를 지지하는 결과(Abey nesbit, 2021; 최지훈, 이주연, 2018; Hirdes et al.,2012)가 도출되었다.

4. 보건 정책적 함의 및 제언

본 연구에서는 한국 장기 요양 재가 서비스를 이용 중인 치매 및 비치매 노인과 가족 돌봄 제공자의 현황을 확인하였고 돌봄 스트레스 유무 및 정도를 파악하였으며, 이와 관련된 요인을 파악하였다. 이에 따른 본 연구의 보건 정책학적 함의 및 제언은 다음과 같다.

첫째, 굳건하고 지지적인 가족관계는 전체군, 치매군 및 비치매군에서 돌봄 스트레스 유무와 돌봄 스트레스 정도 모두 유의한 관련 요인이었다. 즉 굳건하고 지지적인 가족관계일수록 돌봄 스트레스를 경험할 확률이 낮으며, 돌봄 스트레스 정도도 낮을 확률이 높음을 의미한다. 따라서 치매 노인 가족이 굳건하고 지지적인 가족관계를 유지할 수 있도록 치매 노인 가족 지원 정책을 강화하고, 치매 노인 가족이 이를 활용할 수 있도록 적절한 홍보 방안을 모색해야 한다. 이와 같은 연구 결과는 앞서 선행연구에서 설명한 구조적 가족 이론(Structural Family theory)을 스

트레스 대처 모형에 적용한 연구(Mitrani et al., 2005)와 맥을 같이 하고 있다. 이는 가족 구성원들이 어떻게 상호작용하는지에 따라 스트레스 상황에서의 대처 능력과 건강 결과가 달라질 수 있음을 의미한다. 국내 선행연구에서는 가족 구성원의 지지적인 태도는 치매 환자의 증상이 심각해지면서 주 가족 돌봄 제공자가 경험하는 우울을 완화하는 보호 요인으로 작용하므로 가족 돌봄 제공자의 정신 건강을 위해 가족의 지지를 적극적으로 활용해야 할 필요성을 주장한다(박선원, 곽주원, 2016). 제 3 차 치매관리종합계획의 치매 환자 가족 대상 지원 상담 및 자조 모임의 질적 수준과 실적적 효과면에서의 한계가 지적된 바 있어 제 4 차 치매관리종합계획에서 수립한 치매 환자 가족을 대상으로 한 전문 상담 프로그램 및 자조 모임 정례화 추진 계획은 실효성 있는 정책이 되기 위한 노력이 필요하다.

둘째, 치매군에서 방문요양 서비스의 이용은 돌봄 스트레스 유무와 정도 모두를 낮출 수 있는 관련 요인이었다. 이영만, 신동열(2020)의 연구에 따르면 치매 노인 가족 돌봄 제공자의 경우 24시간 치매 노인 관찰과 돌봄 행위로 인한 시간 의존적 스트레스를 경험한다. 본 연구 결과는 방문요양 서비스가 가족 돌봄 제공자의 가사 및 돌봄 부담을 덜어주기 때문이라고 사료 되는데, 지속 가능하고 질 좋은 방문요양 서비스의 수급을 위하여 인력과 서비스 질 관리가 필수적으로 필요하다. 또한 적정 서비스를 보장하기 위해서 임금 체계 개선, 승급 체계 구축, 장기 근속 인센티브 지급 등 요양보호사의 근무 여건 개선 및 인력 관리를 위한 제도 마련이 필요하다.

셋째, 연구 결과 실내 환경 문제는 치매 및 비치매 군에서 돌봄 스트레스 유무와 돌봄 스트레스 정도 모두 유의한 관련 요인이었다. 따라서 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 완화하고 노인이 살던 곳에서 계속 거주를 가능하게 하기 위해서는 노인의 건강뿐만 아니라 노인을 둘러싼 환경을 개선하기 위한 정책적 노력이 필요하다. 노인들은 자신에게 친숙한 집과 지역사회에 계속 거주하기를 원하고 정책적으로도 노인의 지역사회 계속 거주를 지원하고 있다. 네덜란드의 경우 2015년에 장기요양

개혁이 있었고 이 개혁으로 인한 변화 중 하나는 일반 주택을 노인 친화적인 주택으로 개조할 수 있도록 지원한다는 점이였다. 개혁 이후 지방 정부와 주택공사들이 협력하여 지역사회 고령 친화 주택을 만들고 집을 개조한 경우 임대료 보조금을 지원해주는 등의 노력을 하고 있다. 주거 환경 개선은 지역 사회 계속 거주를 가능하게 할 뿐 아니라 건강 결정 요인 중 하나으로써 환경 조정 능력이 저하된 치매 환자가 받는 부정적인 스트레스를 줄이고 긍정적인 자극을 증가시키는데 기여할 수 있으며, 돌봄 제공자의 부담을 완화하거나 돌봄 효과를 향상시킬 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 재가 환경에 거주하는 치매 노인을 위한 주거 환경 기준이 아직 마련되어 있지 않다(주보혜, 2019). 따라서 고령친화환경 조성을 위해 국내 재가 치매 노인 대상 주거 환경 연구를 통해 국내 실정에 맞는 주거 환경 조성 지침이 마련되어야 할 것이다.

5. 연구의 의의와 한계점

본 연구의 의의는 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 장기요양제도 내에 있는 치매 노인과 가족 돌봄 제공자를 대상으로 돌봄 스트레스 관련 요인에 대해 분석한 실증 연구로서의 의의를 갖는다.

둘째, 본 연구는 포괄적인 건강 기능상태 평가 도구로 장기요양보험 제도권 내에 있는 치매 노인 가족의 돌봄 스트레스 관련 요인을 파악하고 이를 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스와 비교한 점에서 의의를 갖는다. 장기요양 제도 내 치매 및 비치매 돌봄 제공자에 대한 선행연구가 부족한 실정으로 국민건강보험공단 내 자료의 부재 및 제약으로 치매 수급자의 다양한 증상 양상이나 중증도와 같은 특성을 파악하는데 어려움 있으며, 장기요양등급으로도 치매 환자의 특성을 파악하는데는 한계가 있어 장기요양 보험 제도권 내에 있는 치매 수급자의 다양한 건강 기능상태를 파악할 필요성이 제기되어 왔다(송미경, 2021). 본 연구는 기존의 한계를 넘어 포괄적인 건강 기능상태 평가 도구를 사용하여 제도권 내의

치매 노인과 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인을 파악한 점에서 의의를 갖는다.

셋째, 전국 단위 재가 간호 제공 장기 요양 기관 조사에 참여한 노인과 가족을 대상으로 신뢰·타당도가 검증된 다면적 포괄기능평가도구를 사용하여 수집된 자료라는 점에서 의의를 갖는다. 기존 지역사회 치매 노인과 비공식 돌봄 제공자 연구의 경우 특정 지역 혹은 특정 기관을 중심으로 연구가 진행되어 왔는데 본 연구는 대표성 있게 표집된 전국 단위 재가 간호 장기요양기관을 대상으로 했다는 점에서 의의가 있다.

넷째, 본 연구는 재가 급여 이용 치매 및 비치매 노인 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스 관련 요인을 파악하여 가족 돌봄 제공자의 돌봄 부담 완화를 위한 다양한 장기요양 프로그램/사업 개발과 정책 수립 시 기초자료를 제시할 수 있다는 점에서 의의가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 한계점을 갖는다.

첫째, 본 연구는 단면 연구 설계로 장기요양 재가 치매 및 비치매 노인의 돌봄 배경, 일차적 및 이차적 스트레스 요인, 중개 요인과 돌봄 스트레스 간의 인과관계를 확인하는데 어려움이 따른다. 추후 장기요양 재가 치매 노인의 돌봄 스트레스를 지속적으로 파악함으로써 종단적 연구를 통한 탐색이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 자료의 제한으로 인해 돌봄 스트레스에 영향을 줄 수 있는 가족 돌봄 제공자의 인구학적 특성, 돌봄 특성, 가족 갈등이나 역할 갈등 등 가족 돌봄 제공자의 다양한 측면을 살펴보지 못했다. 하지만 interRAI HC 도구를 사용하여 가족 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 살펴본 다수의 선행연구(Abey-Nesbit et al., 2022; 김지연, 김홍수, 2016; Hirdes et al., 2012)가 도구의 유용성을 입증했으며, 가족 돌봄 제공자를 위한 조사 도구인 interRAI Self-Reported Carer Needs (SCaN) Assessment와 연계가 가능하여 추가적인 연구를 통해 이를 보완할 수 있다.

셋째, 본 연구는 기존의 이론적 모형을 모두 설명하기에 자료의 제한이 있어 기존 다양한 스트레스 이론 관련 연구들을 종합하여 연구 모형을 설정한 탐색적 연구이다. 향후 후속 연구로 치매 노인의 다양한 질병 경험을

포함하여 치매 환자를 위한 스트레스 과정 모델의 다양한 변수들을 측정할 수 있는 설문을 통해 모델 검증 연구를 제안하는 바이다.

참 고 문 헌

- Abey Nesbit, R., Van Doren, S., Ahn, S., Iheme, L., Peel, N. M., Declercq, A., ... & Jamieson, H. A. (2022). Factors associated with caregiver distress among home care clients in New Zealand: Evidence based on data from interRAI Home Care assessment. *Australasian Journal on Ageing*, 41(2), 237-246.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Bass, D. M., Judge, K. S., Snow, A. L., Wilson, N. L., Looman, W. J., McCarthy, C., ... & Kunik, M. E. (2012). Negative caregiving effects among caregivers of veterans with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 239-247.
- Bertrand, R. M., Fredman, L., & Saczynski, J. (2006). Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *Journal of aging and health*, 18(4), 534-551.
- Bluestein, D., & Bach, P. L. (2007). Working with families in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(4), 265-270.
- Cannon, W. B. (1932). *Wisdom of the body*. New York: W. W. Norton and Company.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). The impact of caring on family carers. Help wanted? Providing and paying for long-term care, 85-120.
- Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International psychogeriatrics*, 26(5), 725-747.

- Ford, G. R., Goode, K. T., Barrett, J. J., Harrell, L. E., & Haley, W. E. (1997). Gender roles and caregiving stress: An examination of subjective appraisals of specific primary stressors in Alzheimer's caregivers. *Aging and Mental Health*, 1(2), 158 - 165.
- Fu, W., Li, J., Fang, F., Zhao, D., Hao, W., & Li, S. (2021). Subjective burdens among informal caregivers of critically ill patients: a cross-sectional study in rural Shandong, China. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-11.
- Hirdes, J. P., Freeman, S., Smith, T. F., & Stolee, P. (2012). Predictors of caregiver distress among palliative home care clients in Ontario: evidence based on the interRAI Palliative Care. *Palliative & Supportive Care*, 10(3), 155-163.
- Katherine S. Judge, PhD and others, Stress Process Model for Individuals With Dementia, *The Gerontologist*, Volume 50, Issue 3, June 2010, Pages 294 - 302, <https://doi.org/10.1093/geront/gnp162>
- Kim H, Jung YI, Sung M, Lee JY, Yoon JY, Yoon JL. Reliability of the interRAI long term care facilities (LTCF) and interRAI home care (HC). *Geriatrics & Gerontology International*. 2015;15(2): 220-228. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12330>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Llanque, S., Savage, L., Rosenburg, N., & Caserta, M. (2016). Concept Analysis: Alzheimer's Caregiver Stress. *Nursing forum*, 51(1), 21 - 31. <https://doi.org/10.1111/nuf.12090>
- Minuchin, S. (2018). *Families and family therapy*. Routledge.
- Mitrani, V. B., Feaster, D. J., McCabe, B. E., Czaja, S. J., & Szapocznik, J. (2005). *Adapting the structural family systems*

- rating to assess the patterns of interaction in families of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 45(4), 445-455.
- Mitrani, V. B., Lewis, J. E., Feaster, D. J., Czaja, S. J., Eisdorfer, C., Schulz, R., & Szapocznik, J. (2006). The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: a structural family framework. *The Gerontologist*, 46(1), 97-105.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS cognitive performance scale. *Journal of Gerontology*.1994;49 (4):M174-M182.
<http://dx.doi.org/10.1093/geronj/49.4.M174>
- Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, I., et al. interRAI home care (HC) assessment form and user's manual 9.1. 2009: Korean version. (Kim, H. Trans, interRAI 홈케어(HC) 평가도구 및 매뉴얼 9.1버전 한국어판, 서울대학교출판문화원
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803.
- OECD. (2003). Long term care for older people. .
- OECD. (2013). Health at a Glance.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583 - 594.
<https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Perlman, CM and Hirdes, JP. 2008. 'The aggressive behavior scale: A new scale to measure aggression based on the minimum data set'. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12): 2298 - 2303. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02048.x>
- Robinson B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of gerontology*, 38(3), 344 - 348.

<https://doi.org/10.1093/geronj/38.3.344>

- Sheehan, O. C., Haley, W. E., Howard, V. J., Huang, J., Rhodes, J. D., & Roth, D. L. (2021). Stress, burden, and well-being in dementia and nondementia caregivers: Insights from the caregiving transitions study. *The Gerontologist*, 61(5), 670-679
- Swartz, K., & Collins, L. G. (2019). Caregiver Care. *American family physician*, 99(11), 699 - 706.
- Videbeck, S., & Videbeck, S. (2013). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO. (2023).
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Philadelphia: Gerontology Center, Pennsylvania University.
- Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2009). Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: influence of gender and dementia severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 24(10), 1079-1086.
- 고수진, 김홍수. (2017). 장기요양 치매와 비치매 노인의 건강상태, 서비스 욕구와 급성기 의료이용의 관련요인. *보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구)*, 23(4), 105-125.
- 구경진. (2023). 노인의 사회활동 참여가 우울감에 미치는 영향. *학습자중심교과교육연구*, 23 (18), 195-210
- 김경호. (2019). 장기요양보호 재가서비스 이용 노인의 인지기능 손상이 가족 돌봄제공자의 우울에 미치는 영향: 사회적 지지와 자아통제감의 매개효과 검증. *국가정책연구*, 33(1), 221-245.
- 김경호. (2020). 장기요양보호 노인을 돌보는 가족 돌봄제공자의 부양부담과 적응에 관한 질적사례연구. *인문사회* 21, 11(3),

69-84. 10.22143/HSS21.11.3.6

- 김동배, 유병선, 민정선. (2011). 노인 집단에서 나타나는 건강 수준 차이의 요인 분석. *사회복지연구*, 42(3), 267-290.
- 김영옥, 변상해. (2020). 치매노인 부양자의 부양부담감이 삶의 질, 스트레스, 우울증에 미치는 영향. *인문사회* 21, 11(2), 105-119.
10.22143/HSS21.11.2.8
- 김중현, 임현선. (2014). 장기요양 서비스에 따른 치매환자의 생존율 비교, 고양: 국민건강보험공단 일산병원 연구소.
- 김지연, 김홍수. (2016). 재가 장기요양 서비스 이용과 노인 가족돌봄제공자의 돌봄 스트레스: 방문간호 서비스의 영향. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(6), 836-847.
- 김효신. (2010). 치매노인을 돌보는 가족구성원의 스트레스에 관한 연구. *한국산학기술학회 논문지*, 11(12), 4833-4842.
- 남궁은하. (2019). 노인· 장애인 부양가족을 위한 미국의 정책 변화와 시사점. *국제사회보장리뷰*, 2019(겨울), 76-87.
- 모선희, 최세영.(2013).노인장기요양서비스 이용가족의 부양부담 변화. *비판사회정책*,(40),7-31.
- 박선원, 광주연. (2016). 치매환자의 증상정도가 주부양자의 우울에 미치는 영향 : 가족지지의 보호효과를 중심으로. *한국가족관계학회지*, 21(3), 3-23. 10.21321/jfr.21.3.3
- 보건복지부. (2020). 제4차 치매관리종합계획('21~'25)
- 보건복지부. (2023). 제3차 장기요양기본계획
- 백지은. (2018). 치매노인 가족부양자의 심리적 건강에 영향을 미치는 요인. *한국지역사회생활과학회지*, 29(1), 111-127,
10.7856/kjcls.2018.29.1.111
- 송문선. "가족관계 통제 하의 노인의 사회활동 만족도와 사회적 관계 만족도가 노인의 우울에 미치는 영향: 자아존중감을 매개변수로." *한국콘텐츠학회논문지* 22.12 (2022): 717-730.
- 송미경, 김정희, 한은정. (2021). 장기요양 치매 환자의 특성

- 탐색과 장기요양 서비스 제공 방안. 한국노년학, 41(5), 887-898.
10.31888/JKGS.2021.41.5.887
- 이영만, 신동열. (2020). 치매노인 부양가족의 스트레스에 관한
현상학적 연구. 산업진흥연구, 5(2), 41-50.
- 이은실, 김미영. (2023). 재가 복합 만성질환 노인 가족 돌봄 제공자의
지각된 만성질환 관리 지지, 건강 문해력, 사회적 지지가 돌봄
부담감에 미치는 영향. 노인간호학회지, 25(1), 76-88.
- 이준상, 박애선. (2008). 치매노인 가족보호제공자의 부양부담에 영향을
미치는 요인에 관한 연구-노인복지센터와 노인요양시설
이용노인 가족을 중심으로. 노인복지연구, 40, 227-250.
- 이현주, 이주원, 이준영. (2015). 치매노인 가족부양자의 부양부담 연구:
사회적 지지의 조절효과. 사회과학연구, 26(1), 345-367.
- 임동영, 장현정. (2019). 지역사회 경증치매노인의 행동심리증상과 가족의
부양스트레스 및 자기효능감. 한국콘텐츠학회논문지, 19(4), 651-662.
- 정재훈. (2013). 치매노인과 일반노인 부양자의 스트레스 및 심리상태.
특수교육재활과학연구, 52(4), 51-65.
- 조은영, 조은희, 김소선. (2010). 가족 상호관계가 치매노인
가족원의 부담감에 미치는 영향. 한국노년학, 30(2), 421-437.
- 조주연. "치매노인 가족부양자의 스트레스원이 적응에 미치는 영향."
국내박사학위논문 대전대학교, 2016. 대전
- 주보혜. (2019). 치매 노인 주거 지원 정책의 현황과 과제. 보건복지포럼,
2019(10), 59-73.
- 중앙치매센터. (2023). <https://www.nid.or.kr/main/main.aspx?ver=PC#>
- 최수일, 백용운. (2010). 장기요양노인을 돌보는 가족부양자의 스트레스에
관한 연구. 노인복지연구, 49, 215-239.
- 최인희, 김영란, 이아름, 박신아. (2014). 노년기 가족돌봄의 위기와
지원방안 연구. 한국여성정책연구원 연구보고서, 2014(51-2),
1-106.
- 최지훈, 이주연. (2018). 치매노인 가족돌봄자의 부양부담에 영향을

- 미치는 요인. 가정과삶의질연구, 36(3), 91-101.
- 한은정, 나영균, 이정석, 권진희. (2015). 재가 장기요양 노인
가족부양자의 부양부담 영향요인: 하위차원별
비교. 한국사회정책, 22(2), 61-96.
- 한은정, 이정석, 김민경, 이선화, 이희승, 유애정. (2018). 등급판정도구
개편을 위한 연구, 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.

Abstract

Factors associated with care stress of families with elderly dementia patients at long-term care: Compared with families with non-dementia

Yeji Kim

Dep. of Health Care Management and Policy

The Graduate School

Seoul National University

As the demand for care for the elderly continues to increase, various attempts have been made to address caregiving issues, with long-term care insurance for the elderly leading the way. However, issues related to family caregiving are not adequately addressed in the current institutionalized area of elderly care, and support for informal caregivers is insufficient. Despite ongoing policy efforts to support dementia patients' continued residence in the community,

there is a need to strengthen family caregiving capabilities and develop service and support strategies based on an understanding of the stress experienced by families of dementia patients and related factors.

This study aimed to identify factors related to caregiving stress among families of dementia and non-dementia elderly individuals receiving long-term care at home based on Judge's stress process model for dementia patients. Secondary analysis was conducted on data collected from 1,296 elderly individuals and their families who utilized home-based long-term care services, collected from September 2021 to May 2026 as part of the "Development and Verification of a Facility Admission Risk Assessment System" supported by the Korea Institute for Health and Welfare.

The selected analysis variables reflected characteristics of the elderly, family caregivers, primary and secondary stress factors, and formal and informal support characteristics. Based on previous research indicating differences in family caregiving stress between dementia and non-dementia groups, the characteristics of these two groups were analyzed separately. Descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests were employed to analyze general characteristics, caregiving characteristics, and caregiving stress of families providing care to dementia and non-dementia elderly individuals. Univariate analysis (chi-square tests) was conducted to identify factors related to caregiving stress. Logistic regression analysis was performed to confirm factors related to the presence of caregiving stress among families providing care to dementia and non-dementia elderly individuals, and ordinal logistic regression analysis was conducted to confirm factors related to the degree of caregiving stress.

The analysis results showed that among the 1,296 subjects, 42.2% belonged to the dementia group, and 57.8% belonged to the non-dementia group. Of all family caregivers, 24.7% reported experiencing caregiving stress, with 11.57% reporting a stress level of 2 or higher. Significant differences were observed in the characteristics of dementia and non-dementia groups. Key findings indicated that variables affecting the presence of caregiving stress among families providing care to dementia elderly individuals were gender, indoor environmental issues, strong and supportive family relationships, and home visit care. Variables influencing the degree of caregiving stress were gender, indoor environmental issues, cohabitation, strong and supportive family relationships, and home visit care. Variables affecting the presence of caregiving stress among families providing care to non-dementia elderly individuals were gender, strong and supportive family relationships, and caregiving time. Variables influencing the degree of caregiving stress were gender, indoor environmental issues, strong and supportive family relationships, and caregiving time.

This study revealed both commonalities and differences in factors influencing caregiving stress among families of dementia and non-dementia elderly individuals. Common factors related to caregiving stress for both groups included the elderly individual's gender, indoor environmental issues, and strong and supportive family relationships. Factors affecting caregiving stress only in the dementia group were cohabitation and home visit care, while factors affecting caregiving stress only in the non-dementia group were caregiving time. These findings suggest the need for environmental assessments of residential settings, improvement support when necessary, and effective family counseling and support programs.

This study holds significance as it identifies factors related to caregiving stress among families of dementia and non-dementia elderly individuals within the long-term care insurance system, comparing them with the caregiving stress of families providing care to non-dementia elderly individuals. The study comprehensively describes the status and factors related to caregiving stress among families of dementia and non-dementia elderly individuals receiving home-based care, using data representing nationwide visiting nursing institutions. Future research is proposed to encompass various home-based services beyond home visit care. Additionally, given the scarcity of studies in South Korea applying theoretical models for stress processes among dementia patients, the study suggests conducting validation research by measuring various variables of stress processes for dementia patients through surveys that include diverse experiences of dementia patients.

**keywords : long-term care/ dementia/ family caregivers/
caregiving stress**

Student Number : 2022-29101