

지역사회에 거주하는 치매노인의 특성과 보호자의 부담감에 따른 방문작업치료 요구도

박충순* 정원미** 오희철***

*분당서울대병원 인지재활치료실

**동남보건대학 작업치료과

***연세대학교 의과대학 예방의학과

국문초록

목적 : 치매노인 증상과 보호자의 부담감에 따른 방문작업치료 프로그램의 요구도를 파악하여 이를 토대로 방문작업치료 프로그램을 개발하는 데 필요한 기초 자료를 제시하고자 한다.

연구방법 : 2010년 4월 5일부터 5월 15일까지 서울에 위치한 치매지원센터 5곳을 방문하여 외래 치료를 받고 있는 치매노인의 주 보호자 120명을 대상으로 설문조사를 하였다. 그 중 89부를 대상으로 SPSS 17.0을 이용하여 서술통계, t 검정, 분산분석, 상관분석을 하였다.

결과 : 치매노인의 중증도에 따라서는 환경수정, 여가활동 요구도가 통계적으로 유의하게 높았으며, 문제행동에 따라서는 여가활동, 보호자교육 요구도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < .01$). 치매노인의 인지수준에 따라서는 환경수정, 일상생활 요구도가 통계적으로 유의하게 높았으며, 보호자 부담감에 따라서는 일상생활, 문제행동 요구도가 통계적으로 유의하게 높았다($p < .01$).

결론 : 치매노인의 특성과 보호자의 부담정도에 따라서 방문작업치료 요구도에 차이가 있었다. 치매노인의 중증도가 중등도 일 때, 인지수준은 목적지향적 학습단계(4.0~4.8) 일 때, 문제행동이 심할수록 요구도가 높았으며, 보호자 부담감은 중등도일 때 프로그램에 대한 요구도가 높았다. 따라서 이러한 내용을 고려한 방문작업치료 프로그램 개발을 위한 연구가 지속되어야 한다.

주제어 : 방문작업치료, 보호자, 부담감, 요구도, 지역사회에 치매노인

I. 서론

급속한 고령화로 우리나라 치매노인의 수는 빠르게 증가하여, 65세 이상 노인이 2010년 8.8% 46만 명, 2027년에는 100만 명이 넘을 것으로 예측되고 있다(조맹제 등, 2008).

지역사회에 거주하는 치매노인의 경우, 주 보호자는 돌봄에 대해 많은 부담을 갖고 있다. 보호자의 부담은 치매

노인을 돌보면서 경험하게 되는 심리적, 신체 생리적, 사회경제적인 경험을 말한다. 치매노인과 함께 거주하는 가족의 경우 '제 2의 환자' 또는 '숨겨진 환자(hidden patient)' 라고 한다. 이 중 50% 이상에서 우울증을 가지고 있으며, 다양한 신체적 질병, 재정적 파산, 사회적 고립, 스트레스, 불안, 자살 등 많은 고통을 받고 있다(Schulz & Beach, 1999; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). 우리나라의 경우도 치매노인 보호자 4명 중 3명은

심각한 정신적, 경제적 및 신체적 부담을 경험하고 있으며, 치매노인 1명을 돌보는 데 연 564만원을 지출하고 있는 것으로 보고되었다(조맹제 등, 2008).

급격히 증가하는 치매노인과 보호자의 부담감은 개인적인 차원을 넘어 사회적인 차원에서 큰 부담감을 경험하게 된다. 이를 해결하기 위해 무엇보다도 중요한 것은 효과적인 치료적 접근이다.

치매노인을 치료하는 방법은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 약물치료이고 둘째는 비약물치료이다. 약물치료의 경우 현재 치매 증상을 완화시켜주는 정도의 치료가 연구되고 있으며, 증상을 치료하거나 호전시키는 것으로 입증된 약물은 아직까지는 없다고 하였다(Luijpen, Scherder, Van Someren, Swaab, & Sergenat, 2003). 비약물치료는 치매노인 치료에 특별한 부작용이 없으며, 가장 대표적인 비약물치료인 작업치료는 다양한 전략적인 방법을 사용하여 삶의 질을 향상시키고 보호자의 부담감을 줄여주는 방법을 제시하고 있다(Gitlin, Hauck, Dennis, & Winter, 2005; Graff, Vernooij-Dassen, & Adang, 2006; Luijpen et al., 2003). 또한 치매노인의 문제행동은 행동자체에 초점을 맞추는 개별적인 접근방법이 효과적이므로 분명한 원인 없이 초조 증상이 반복될 경우 환경조절 또는 행동조절을 위해 비약물치료를 먼저 시도해야 한다고 하였다(이동영과 김기웅, 2001). 이처럼 치매노인의 문제행동은 비약물치료적 전략방법인 환경수정을 통하여 도움을 받을 수 있다(Nygaard & Johansson, 2001; Nygaard & Ohman, 2002). 대부분의 치매노인은 자신이 생활해 온 익숙한 장소인 가정에서 생활하고 있으며 자기다운 생활을 할 때 혼란을 최소화하고 정서적 안정감을 느낄 수 있다. 따라서 지역사회에 거주하는 치매노인과 보호자를 중심으로 일상생활 기능증진과 일과를 규칙화시키는 작업치료의 필요성이 높아지고 있다.

우리나라의 경우 윤정애와 조영남(2009)은 지역사회에 거주하는 치매노인을 위한 인지작업치료 프로그램을 제공하였으며, 정원미 등(2008)은 지역사회에 거주하는 경증 치매노인을 대상으로 집단작업치료를 시행하여 일상생활수행능력과 인지기능의 향상에 효과가 있음을 입증하였다. 아직 국내에서는 접근방법의 연구가 미흡한 실정이다. 더하여 이러한 방문작업치료 프로그램 요구도에 대한 연구도 시작단계이다.

2008년 7월에 노인장기요양보험제도가 도입되어 치매

노인을 위한 서비스를 제공하고 있으나, 중기 및 말기의 외상노인에게 서비스가 편중되어 제공하고 있고 서비스의 치료적 전문성이 떨어지고 환자가 아닌 보호자를 위한 프로그램은 부족하다. 이로 인하여 초기 및 중기 치매노인과 보호자에 대한 작업치료적 접근은 부족한 실정이다. 치매노인의 중증도 및 보호자 접근방법에 대한 체계적이고 실질적인 프로그램 개발이 시급하다. 본 연구는 치매노인 증상과 보호자의 부담감에 따른 방문작업치료 프로그램의 요구도를 파악하여 이를 토대로 방문작업치료 프로그램을 개발하는 데 필요한 기초 자료를 제공하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 기간 및 대상

2010년 4월 5일부터 5월 15일까지 서울 치매지원센터 5곳에 내원한 지역사회에 거주하는 치매노인 보호자를 대상으로 설문조사하였다. 작업치료를 받고 있거나 받았던 경험이 있는 보호자를 대상으로 각 기관의 동의를 얻어 실시하였다. 설문지는 일반적 특징, 부담감, 요구도 등을 변수로 개방형 질문과 폐쇄형 질문으로 개발 및 제작하였다. 가정방문치료를 대하여 전문 교육을 받은 고령자 치매 작업치료사가 근무하는 치매지원센터에서 1:1 면담식 설문조사를 하였고 104부가 회수 되었다. 그 중 미 응답 등 자료로 적합하지 못한 15부를 제외한 89부를 최종 분석 자료로 활용하였다.

2. 연구 도구 및 방법

1) 치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating, CDR) 치매노인의 중증도를 평가하기 위해 치매임상평가척도(CDR)를 사용하였다. 치매노인의 전반적인 인지 및 사회기능 정도를 측정하는 대표적인 등급 척도이다(Morris, 1993). 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결력, 사회활동, 집안생활과 취미, 위생과 몸치장의 6가지 영역에 대한 치매 임상단계를 5단계로 평가한다. 최경도 0.5, 경도 1.0, 중등도 2.0 이상을 의미한다(우종인 등, 2003). 본 연구에서는 우종인 등(2003)이 번안한 치매임상평가척도를 사용하였다.

2) 인지수준판별검사(Allen Cognitive Level Screening Test: ACL)

치매노인의 인지수준을 평가하기 위해 인지수준판별검사(ACL)를 사용하였다. 피아제이론을 바탕으로 개발된 알렌인지검사의 일부분으로 인지수준의 초기판별을 위해 만들어진 표준화된 도구이다(Allen, 1985). ACL는 감각운동 수행인 가죽 바느질 과정을 통해 대상자의 지시 따르기, 문제해결, 새로운 정보 학습 능력을 판별할 수 있는 평가이다. 홉질(running stitch), 감침질(whipstitch), 코도반 바느질(single cordovan stitch)을 검사자의 시범과 지시에 따라 실시한다. 평가를 통해 3.0~5.8점의 점수를 측정하고 점수가 높을수록 높은 인지수준을 나타낸다(Earhart, Pollard, Allen, & David, 2000). 이 검사 결과를 통해 작업치료 계획을 세우거나 지역사회에서 역할의 기초자료를 제공한다. 타당도는 Rancho Los Amigos Cognitive Levels과 스피어맨 상관계수는 $r=.591$ 였다(Voydetich, Jensen, Sigford, & Mehr, 2002).

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

치매노인의 문제행동을 평가하기 위해 기억 및 행동문제점검-개정판(R-MBPC)을 사용하였다. 문제행동의 빈도와 문제행동에 대한 보호자의 반응 정도를 측정한다(Teri et al., 1992). 총 24문항으로 구성되어 있으며, 지난 일주일을 기준으로 문제행동이 나타난 빈도를 5점 척도로 표시한다. 3개의 하위 영역으로 나뉘며 점수에 따른 우울 중증도는 경도 0~17점, 중등도 18~24점, 심각 25~36점, 파괴적 행동은 경도 0~9점, 중등도 10~13점, 심각 14~32, 기억관련 문제는 경도 0~23점, 중등도 24~28점을 의미한다(이형석 등, 2004). 본 연구에서는 Cronbach's α 값이 .937 이었다.

4) 부담감 조사(Burden Interview, BI)

치매노인의 보호자가 경험하는 주관적인 부담감을 측정하기 위하여 Zarit(2004)이 개발한 부담조사(BI)를 이형석 등(2004)이 번안한 것을 사용하였다. 총 22개의 문항으로 각 문항은 5점 척도이다. 총 점수는 0~88점으로 경함 0~50점, 중등도 51~68점, 심함 69~88점을 의미한다. 또한 점수는 개인적 부담과 역할 부담 등으로 두 개의 하위 척도로 이루어진다. 개인적 부담감의 총 점수는

0~48점으로, 경도 0~26점, 중등도 27~35점, 심함 36~48점이며, 역할부담감은 경도 0~15점, 중등도 16~22점, 심각 23~24점을 의미한다(김도관 등, 2003). 본 연구에서는 Cronbach's α 값은 .915이었다.

5) 방문작업치료 프로그램 요구도

가정방문작업치료 프로그램의 항목을 개발하기 위하여 관련문헌 및 선행연구(Corcoran & Gitlin, 1992; Graff et al., 2006; Graff et al., 2007; Graff et al., 2008; Miller & Butin, 2000)를 검토하였고 Gitlin 등(2005)은 문항으로 1차 설문지를 구성하였다.

1차 설문지의 내용은 작업치료사로 실무 경험이 3년 이상이고 고령자치매작업치료사 1년 과정을 수료한 작업치료사 10인과 작업치료학과 교수 2인의 자문을 통해 내용을 검토하였다. 1차 설문지의 유사 개념 및 중복된 사항은 통합하고, 모호한 질문은 구체화 시켰으며, 연구 목적에 부합되지 않는 내용을 삭제하여 2차 설문지를 구성하였다. 2차 설문지는 6개 영역 45개의 문항으로 완성하였다(표 1).

예비조사로 지역사회에 거주하는 치매노인과 보호자 5명을 방문하여 일대일 면담 하였다. 방문 작업치료 프로그램은 안전을 위한 환경수정 프로그램, 기억력증진 프로그램, 자기관리 프로그램, 여가활동 프로그램, 문제행동 프로그램 그리고 보호자교육 프로그램으로 6가지 영역으로 구성하였다. 설문지는 4점 척도로 총점은 135점이다. 본 연구에서는 Cronbach's α 값은 .898 이었다.

설문지는 서울시에 위치한 치매지원센터에 근무하는 고령자치매작업치료사로 가정방문 프로그램과 설문지 작성에 대하여 일정시간 교육을 받은 치료사 5명이 치매노인의 주 보호자와 일대일로 면담하여 작성하였다.

3. 자료 분석방법

본 연구의 결과 분석은 SPSS version 17.0을 사용하여 처리하였다. 인구사회학적 특성에 따른 치매노인의 증상 정도와 부담감에 따른 가정방문작업치료 요구도는 T 검정(t-test)와 분산분석(ANOVA)을 사용하였다. 치매노인 증상 정도, 부담감과 요구도의 관계는 분산분석(ANOVA)과 상관분석(correlation analysis)을 하였다.

표 1. 방문작업치료 프로그램 내용

	프로그램	프로그램 내용
1	환경수정 프로그램	치매노인의 거주하는 방 치매노인이 다니시는 복도 치매노인이 사용하는 화장실 치매노인이 사용하는 욕실 밥을 먹는 주방 치매노인의 안전을 관찰 할 수 있는 이동 통로에 카메라 설치 계단 및 문턱
2	기억력 증진 프로그램	최근 기억력 훈련 프로그램 전반적인 기억을 회상하는 능력 훈련 주변 사람들의 이름 주소 및 전화번호 현재에 대한 기억(날짜, 요일 등) 약속시간에 대한 기억
3	자기관리 프로그램	대소변 조절 세수, 양치질 화장실 사용 목욕하기 옷 입기 이동하기 (집안에서의 이동) 식사 쇼핑하기 교통수단 이용하기 돈 관리하기 집안일 하기 음식 준비하기 전화기 사용하기 약 복용하기 길 찾기
4	여가활동 프로그램	집안에서의 소일거리 신체활동의 취미 생활(등산, 운동) 사람들과 함께하는 취미생활(여행, 경로당, 노인정, 복지관) 혼자하는 취미 활동(독서, TV, 라디오 듣기) 종교활동
5	문제행동 조절프로그램	배회 수면장애 망상 인격변화 반복 질문/반복 행동 무관심 의존적 행동
6	보호자 교육 프로그램	치매의 증상 교육 치매노인과의 대화법 치매노인으로 인한 갈등, 효율적 관리 보호자의 질병 보호자의 사회적 연계

III. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 방문작업치료 요구도

1) 치매노인의 일반적 특성에 따른 방문작업치료 요구도
치매노인은 총 89명으로 남자 35명, 여자는 54명이며 평균 연령은 75.1(±7.6)세 이었다. 치매노인의 일반적 특성 중 심각도에 따른 보호자의 방문작업치료 프로그램 요구도는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.01). 방문프로그램 요구도 차이를 알아보기 위해 Scheffe 검정을 실시한 결과 경도(CDR 1) 일 때가 최경도와 중등도 일 때 보다 요구도가 통계적으로 유의하게 높았다(표 2).

2) 보호자의 일반적 특성에 따른 방문작업치료 요구도
보호자는 89명으로 여자가 69명으로 많았고 평균연령은 59.6(±15.5)세 이었다. 치매노인과의 관계는 배우자가 40명으로 가장 많았고 함께 보내는 시간은 12시간 이상이 47명으로 평균 보호시간은 14.7(±8.0)시간이었다. 치매노인을 돌보는 시간은 통계적으로 유의한 차이가 있었으며(p<.01), 돌보는 시간이 4시간 미만일 때 보다 4-12시간, 12시간 이상에서 통계적으로 유의하게 방문작업치료 요구도가 높았다(표 3).

2. 치매 특성에 따른 각각의 방문작업치료 프로그램 요구도

치매노인의 중증도에 따라 방문작업치료 프로그램의 요구도는 환경수정, 일상생활, 문제행동에 대한 프로그램이 통계적으로 유의한 차이를 보였고 중등도 일 때 방문작업치료 요구도가 가장 높았다(p<.01).

인지수준이 높을수록 환경수정, 일상생활, 문제행동 요구도가 통계적으로 유의하게 높았다(p<.01).

문제행동은 일상생활, 문제행동에 대한 요구도가 높았고, 하위 영역인 우울은 일상생활에서 통계적으로 유의하게 요구도가 높았다(p<.05). 파괴적 행동은 기억력, 일상생활, 문제행동, 보호자 교육에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였으며(p<.05), 경도나 중등도 일 때 보다 심할 때 방문작업치료 요구도가 높았다.

부담감은 중등도 일 때 일상생활, 문제행동에서 통계적으로 요구도가 유의하게 높았으며, 부담감의 하위 영역인 역할 부담감은 환경수정, 기억력, 일상생활, 보호자 교육에서 통계적으로 유의하게 요구도가 높았다(p<.05)(표 4).

3. 주요 변수들 간의 관계

변수들 간의 관련성을 알아보기가 상관분석을 실시한 결과 요구도, 문제행동, 부담감은 통계적으로 유의한 상관

표 2. 치매노인의 일반적 특성에 따른 방문작업치료 요구도

특성	구분	대상자수	요구도	t or F	p
성 별	남자	35	70.2 ± 34.4	.03	.97
	여자	54	70.2 ± 31.8		
연 령	60~69	15	66.1 ± 37.0	2.09	.12
	70~79	44	77.1 ± 28.3		
	80이상	30	61.9 ± 35.1		
진단명	AD	77	68.7 ± 33.2	-1.06	.29
	VD	12	79.4 ± 27.9		
심각도(CDR)	0.5	17	44.0 ± 18.5	10.72	.00
	1	46	70.3 ± 30.0		
	2	26	86.7 ± 34.1		
소계		89	100		

* AD = Alzheimer Dementia, VD= Vascular Dementia

표 3. 보호자의 일반적 특성에 따른 방문작업치료 요구도

특성	구분	대상자수(명)	요구도	t or F	p
성 별	남 자	30	64.7 ± 32.6	-1.11	.27
	여 자	59	72.8 ± 32.6		
나 이(세)	30~39	10	55.1 ± 40.6	1.84	.11
	40~49	19	79.7 ± 30.6		
	50~59	16	76.7 ± 33.4		
	60~69	13	82.1 ± 26.2		
	70~79	22	60.9 ± 30.1		
	80 이상	9	59.9 ± 32.9		
관 계	배우자	40	66.4 ± 30.4	.88	.45
	자녀	26	67.6 ± 33.1		
	며느리	18	80.9 ± 33.5		
	기타	5	73.2 ± 45.8		
보호시간	4시간 미만	7	35.0 ± 25.3	7.67**	.00
	4~12시간 미만	35	64.2 ± 33.4		
	12시간 이상	47	79.7 ± 28.7		
교육수준	무학	6	74.3 ± 30.0	.63	.59
	초졸	14	71.9 ± 30.8		
	중고졸	35	74.5 ± 34.0		
	대졸이상	34	64.1 ± 32.8		
직 업	주부	48	69.8 ± 33.0	.29	.83
	회사원	9	67.3 ± 34.8		
	전문직	7	80.8 ± 35.9		
	기타	25	68.6 ± 31.8		
월수입 (만원)	50미만	15	74.3 ± 24.8	1.10	.36
	50 ~ 99	11	58.0 ± 38.3		
	100~199	30	65.7 ± 34.9		
	200~299	22	72.2 ± 32.5		
	300이상	11	84.0 ± 28.9		
주거형태	아파트	52	69.6 ± 32.4	.02	.98
	단독주택	29	71.1 ± 34.3		
	기타	8	69.3 ± 32.2		
질 환	있음	39	66.3 ± 31.6	- .96	.33
	없음	50	73.0 ± 33.5		
소 계		89	100		

p<.05, p<.01

표 4. 치매 특성에 따른 각각의 방문작업치료 프로그램 요구도

증상		환경수정	기억력	일상생활	여가활동	문제행동	교육	
심각도	CDR0.5	9.3±5.3	14.0±3.6	15.6±6.1	11.2±3.0	9.7±1.5	10.1±2.3	
	CDR1.0	14.7±4.6	14.9±2.7	24.9±5.1	11.6±2.1	11.1±3.5	11.4±2.6	
	CDR2.0	16.4±4.4	15.2±2.5	31.6±7.8	11.2±3.0	15.2±4.1	12.1±2.8	
	F	8.26**	1.00	15.49**	.23	8.68**	2.20	
	P	.00	.37	.00	.79	.00	.11	
	Scheffe	b>a, c>a		b=c>a		c>a=b		
인지수준	3 단계	14.8±4.2	14.9±2.9	30.1±7.6	10.5±2.8	15.2±4.2	12.1±3.3	
	4 단계	14.2±4.8	14.9±2.5	25.6±7.0	11.7±2.2	11.7±3.7	11.3±2.3	
	5 단계	10.0±5.6	14.2±3.8	17.5±5.2	11.9±2.8	9.0±0.0	10.4±2.3	
	F	6.36**	.31	5.94**	1.85	6.09**	1.47	
	P	.00	.72	.00	.16	.00	.23	
	Scheffe	a>c		a>c		a>b=c		
문제 행동	경합	14.0±5.1	14.6±2.9	25.3±7.3	11.1±2.5	12.0±4.1	11.3±2.7	
	중등도	17.5±4.4	16.4±2.0	33.8±5.1	14.0±1.7	16.0±1.0	11.4±2.1	
	심함	18.3±3.7	16.6±2.3	37.0±4.3	12.3±2.3	18.6±1.5	14.3±1.1	
	F	1.81	1.46	6.95**	3.10	5.99**	1.88	
	P	.17	.23	.00	.05	.00	.66	
	Scheffe			b>a, c>a		c>a		
우울	경합	14.4±5.2	14.8±2.9	26.1±7.5	11.3±2.6	12.5±4.1	11.4±2.6	
	중등도	14.0±5.0	15.3±2.3	38.5±4.9	12.6±2.0	18.5±2.1	11.5±4.9	
	F	.01	.08	5.18*	.72	3.99	.00	
	P	.89	.77	.02	.39	.05	.97	
과괴적 행동	경합	13.7±5.2	14.4±2.9	24.4±6.6	11.1±2.6	11.3±3.6	11.2±2.8	
	중등도	17.0±4.5	16.7±1.9	28.4±9.8	12.1±1.7	15.0±4.4	10.5±1.3	
	심함	16.4±4.0	16.4±1.5	34.6±4.5	12.6±2.2	17.1±2.4	13.4±1.4	
	F	2.14	4.14**	8.30**	1.67	10.87**	3.22*	
	P	.12	.01	.00	.19	.00	.04	
	Scheffe			c>a		c>a		
기억 관련 문제	경합	13.1±5.1	14.3±2.8	24.1±7.2	11.2±2.5	11.7±4.1	11.2±2.5	
	중등도	17.5±3.7	16.3±2.3	30.8±6.9	11.8±2.8	14.7±3.8	11.9±3.0	
	F	11.77**	9.22**	12.14**	.59	6.72*	1.01	
	P	.00	.00	.00	.44	.01	.31	
부담감 전체	경합	13.5±5.4	14.5±2.0	24.1±6.5	11.5±2.3	11.4±4.3	11.2±2.6	
	중등도	15.6±4.4	15.1±2.4	30.1±7.8	10.7±2.9	14.7±3.3	11.6±3.0	
	심함	17.0±5.2	18.0±0.0	31.0±1.2	15.0±0.0	14.0±4.3	12.3±2.0	
	F	1.72	2.40	5.02**	2.96	4.08**	.32	
	P	.18	.09	.0	.05	.02	.72	
	Scheffe			b>a		b>a		
개인적 부담	경합	13.8±5.3	14.6±3.0	25.6±7.1	11.4±2.6	11.7±4.6	11.2±2.9	
	중등도	15.1±5.1	15.0±2.6	28.9±8.6	11.3±2.4	14.5±3.0	11.8±2.1	
	심함	15.5±3.7	16.2±2.3	23.3±8.3	11.0±4.0	12.0±3.6	11.2±2.2	
	F	.52	.62	1.45	.00	2.68	.37	
	P	.59	.53	.24	.95	.07	.69	
역할 부담	경합	12.6±5.5	14.2±2.9	24.6±7.5	11.1±2.3	12.5±4.6	10.8±2.6	
	중등도	15.8±4.2	15.5±2.7	27.0±7.0	11.8±2.2	12.5±4.0	12.4±2.0	
	심함	19.3±1.5	17.3±1.1	40.0±3.4	10.6±7.5	16.6±0.5	8.0±5.0	
	F	5.12**	3.53*	6.33**	.79	1.35	6.12**	
	P	.00	.03	.00	.45	.26	.00	
	Scheffe	b>a		b=c>a		b>a=c		

*p<.05, **p<.01

표 5. 변수들 간의 상관관계

	심각도	인지수준	문제행동	부담감	요구도
심각도	1				
인지수준	-.73**	1			
문제행동	.33**	-.085	1		
부담감	.43**	-.022*	.42**	1	
요구도	.41**	-.021*	.38**	.27*	1

*p<.05, **p<.01

관계가 있었으며 치매노인의 인지수준과 부담감, 요구도는 통계적으로 유의한 관련성이 있었다(p<0.1)(표 5).

IV. 고 찰

치매노인은 인지기능 감소로 인하여 일상생활과 관련된 과제들을 수행하는 데 어려움을 겪는 특징이 있으며, 이러한 점들은 지역사회에 참여할 수 있는 능력이나 기회에 영향을 줄 수 있다(Kielhofner, 2002). 또한 자기개념이 낮아져서 대인관계가 나빠지고 사회적 활동이 감소되므로(Devi & Mitchell, 2004) 지역사회에서의 참여가 더욱 어려워진다.

치매노인의 보호자는 지역사회에서 치매노인과 함께 생활하면서 심리적, 신체 생리적, 사회경제적인 부담을 느끼게 된다. 치매노인과 함께 거주하는 가족의 경우 50% 이상이 우울증을 가지고 있으며, 다양한 신체적 질병, 재정적 파산, 사회적 고립을 겪거나 스트레스, 불안, 자살충동 등을 느끼게 된다(Schulz et al., 1995).

노인은 익숙해진 생활환경에서는 편안해하고 혼란이나 스트레스가 감소되어 문제행동도 감소한다(Mace, 1985; 이동영과 김기웅, 2001에서 인용). 그러나 질병이나 장애를 가지게 되면 제도화된 환경으로 거주지를 옮겨야 한다. 따라서 가능한 익숙한 환경에서 거주하면서 기능을 유지할 수 있도록 방문작업치료가 실행되어야 한다. 이러한 지역사회 작업치료는 치매노인의 일상생활 기능을 증가시키고 그로 인하여 보호자의 부담을 감소시키는 것으로 알려졌다(정원미 등, 2008). 하지만 아직까지 치매노인을 대상으로 하는 작업치료는 방문 보다는 주로 병원, 재활시설과 널싱홈에서 시행되고 있는 실정이다.

지역사회에 거주하는 치매노인과 보호자를 위한 방문작업치료의 목적은 독립적인 일상생활의 유지 및 증진, 사회생활 참여도를 높여 삶의 질을 향상시키는 것이다. 이를 위해서 작업치료사는 치매노인의 잠재적 잔존능력을 향상시키고, 보조도구를 사용하거나 집안 환경을 수정하여 독립적 일상생활을 수행할 수 있도록 해야 한다. 또한 지역사회에 다양한 제도나 서비스를 지원하거나 정보를 제공해야 하고, 가족이나 친척, 이웃 친구 등의 이해 및 도움을 얻어야 한다(Gitlin et al., 2008).

방문작업치료 요구도의 연구결과 치매노인의 중증도에 따른 요구도는 경도, 중등도 일 때 환경수정, 일상생활, 문제행동 요구도가 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<.05). 경도의 치매노인은 제한적이긴 하지만 일상생활은 수행하고 있으므로 가능한 기능을 유지하고자 하는 바람으로 환경수정과 일상생활에 대한 요구도가 높았을 것으로 사료된다. 그러나 노인장기요양보험 대상자의 요구도를 알아본 최근희(2009)의 연구결과는 증상이 심할수록 간호요구도가 높았는데 이러한 차이는 노인장기요양보험 제도는 증상이 심한 노인의 경우 서비스를 받을 수 있는 것으로 연구대상자의 중증도 차이로 인한 것으로 판단된다.

보호자의 일반적 특성에 따른 요구도의 차이는 치매노인의 보호시간에 따라 방문작업치료 프로그램의 요구도에 차이가 있었다. Wimo와 Winblad(2003)의 연구에서도 본 연구의 결과와 유사하게 치매노인을 돌보는 시간이 평균 약 10시간으로 돌보는 시간이 길수록 부담감이 높았다. 이는 돌보는 시간이 길수록 전문적인 치료 서비스가 필요하기 때문으로 사료된다.

치매노인의 인지수준에 따른 요구도는 인지수준이 높고 문제행동이 심할수록, 보호자의 부담감이 클수록 일상생활 요구도가 높았다. 이는 치매노인을 대상으로 간호요

구도 조사를 한 조윤희(2007)의 연구 결과와 같았다.

본 연구에서 조사된 보호자가 느끼는 부담감 정도는 주간 보호시설에서 치료받고 있는 대상자 연구결과와 일치하였다. 그러나 김윤정과 최혜경(1993), 이은희(2003), 조맹제 등(2008)와 같이 치료 및 서비스를 받고 있지 않은 보호자의 부담감 점수와 비교해 10점 이상 낮게 나타났다. 이는 치매관련 서비스를 받고 있는 경우 상대적으로 부담감이 적게 나타난 것으로 사료된다.

변수들 간의 관련성을 알아보고자 상관분석을 실시한 결과 요구도, 문제행동, 부담감은 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다($p < .01$). 치매노인의 인지수준과 부담감, 요구도는 통계적으로 유의한 관련성이 있었다.

Graff 등(2006)은 치매노인과 보호자를 대상으로 방문하여 안전을 위한 환경수정, 지남력 및 인식력 훈련, 자기 관리 훈련, 목적 있는 활동을 제시하고 치매노인의 안전을 교육하였다. 치매노인 중 치료를 받은 경우 일상생활에서 기능적 활동이 증가하고 그로 인하여 보호자의 부담감이 감소하였다. 따라서 방문 작업치료에 대한 프로그램이 개발되고 조기에 실행되어야 할 것이다. 연구의 제한점으로는 연구대상자 수가 적었다는 것과, 연구대상을 치매 센터 외래 방문 보호자를 대상으로 하였기 때문에 임상치매척도 3.0점 이상의 고도 치매노인은 연구 대상자에서 제외되었다는 것을 들 수 있다.

치매노인과 보호자가 요구하는 구체적인 방문작업치료 프로그램을 조사한 결과, 치매노인의 증상과 보호자의 부담감에 따라 각각의 프로그램에 대한 요구도 차이가 있었다. 앞으로 지역사회에 거주하는 치매노인의 수행배경을 고려한 방문치료를 실시하기 위해서는, 치매노인의 증상과 부담감을 고려한 전문적 중재인 방문작업치료 프로그램 개발되고 제공되어야 한다. 또한 고도치매노인을 포함한 요구도에 대한 연구도 지속되어야 한다.

V. 결 론

본 연구는 지역사회에 치매노인과 함께 거주하는 보호자의 부담감과 방문작업치료 요구도를 설문 조사하였다. 보호자가 요구하는 방문프로그램은 치매노인과 함께 보내는 시간이 길수록 방문작업치료 프로그램의 요구도가 높았으며 기억력훈련프로그램, 여가활동 프로그램, 환경수

정 프로그램, 보호자교육 프로그램, 일상생활 프로그램과 문제행동 프로그램 순으로 요구도가 높았다. 치매 특성에 따른 요구도는 인지수준이 목적지향적 학습단계(4.0~4.8)일 때, 문제행동이 경함과 심함보다는 중등도일 때에 방문작업치료 요구도가 통계적으로 높았다. 앞으로 이러한 내용을 고려한 방문작업치료 프로그램 개발을 위한 연구가 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김도관, 고혜정, 구형모, 권의정, 김성환, 김지혜 등. (2003). 한국형 치매 평가검사. 서울: 학지사
- 김윤정, 최혜경. (1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양 만족감에 미치는 영향. 한국노년학회, 13(2), 63-83.
- 우종인, 김기웅, 김성윤, 김주한, 우성일, 윤종철 등. (2003). 한국판 CERAD 평가집. 서울: 서울대학교 출판부.
- 윤정애, 조영남. (2009). 지역사회 거주 치매노인을 위한 인지작업치료 프로그램 효과. 고령자·치매작업치료학회지, 2(3), 33-43.
- 이동영, 김기웅. (2001). 치매에서 나타나는 초조증상의 임상적 이해와 치료. 정신병리학, 10(2), 87-96.
- 이은희. (2003). 가족기능이 재가 치매노인 주부양자의 부양부담에 미치는 영향연구. 노인복지연구, 19, 173-197.
- 이형석, 김도관, 고혜정, 구형모, 권의정, 김지혜. (2004). 치매 환자 보호자의 스트레스 평가: 기억 및 행동 문제점검-개정판(Revised-Memory and Behavior problem Checklist : R-MBPC)과 부담조사(Burden Interview: BI)의 신뢰도 및 타당도. 한국심리학회지:임상, 23(4), 1029-1050.
- 정원미, 이동영, 유승호, 황윤정, 추일한, 김슬기 등. (2008). 지역사회 경증치매환자에서의 집단인지재활 치료 효과-작업치료 치료과정모형을 중심으로. 대학작업치료학회지, 16(4), 1-17.
- 조맹제, 김기웅, 김명희, 김문두, 김봉조, 김신겸 등. (2008). 치매 노인 유형별 조사. 서울: 보건복지가족부.
- 조윤희. (2007). 지역사회 치매노인의 증상에 따른 가족 간호자의 전문적 도움 요구. 석사학위논문, 연세대학

- 교, 서울.
- 최근희. (2009). 노인장기요양보험 대상자의 건강상태와 간호요구도. 석사학위논문, 전남대학교, 전남.
- Allen, C. K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric disease: Measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown.
- Corcoran, M. A., & Gitlin, L. N. (1992). Dementia management: An occupational therapy home-based intervention for caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 801–808.
- Devi, G., & Mitchell, D. (2004). *Alzheimer's Disease*. New York: Warner Books.
- Earhart, C., Pollard, D., Allen, C. K., & David, S. (2002). *Allen Cognitive Level Screen 2000 Test Manual*. Colchester, CT: S&S/Worldwide.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M. A., Chee, Y. K., Kearney, P., Lipsitt, R., Shaw, G., et al. (2005). *Occupational therapy and dementia care: The home environmental skill-building program for individuals and families*. Philadelphia: Aota Press.
- Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., & Winter, L. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with alzheimer's disease and related disorders. *Journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*, 60(3), 368–374.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229–239.
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., & Adang, E. M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7580), 1196–1212.
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Olderikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*, 62(9), 1002–1009.
- Graff, M. J., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J., Jonsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W. H., et al. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their caregivers: Cost effectiveness study. *British Medical Journal*, 336(7636), 134–138.
- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Luijpen, M. W., Scherder, E. J., Van Someren, E. J., Swaab, D. F., & Sergenat, J. A. (2003). Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients—a comparison with cholinesterase inhibitors. *Reviews in the Neurosciences*, 14(4), 343–368.
- Mace, N. (1985). Do we need special care units for dementia patients?. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(10), 37–38.
- Miller, P. A., & Butin, D. (2000). The role of occupational therapy in dementia—C.O.P.E. (caregiver options for practical experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 86–89.
- Morris, J. C. (1993). The Clinica Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neruology*, 43(11), 2412–2414.
- Nygaard, L., & Johansson, M. (2001). The experience and management of temporality in five cases of dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 85–95.
- Nygaard, L., & Ohman, A. (2002). Managing changes in everyday occupations: The experience of persons

- with alzheimer's disease. *Occupational Therapy Journal of Research*, 22(2), 70–81.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35(6), 771–791.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622–631.
- Wimo, A., & Winblad, B. (2003). Societal burden and economics of vascular dementia: Preliminary results from a Swedish–population–based study. *International Psychogeriatrics*, 15(1), 251–256.
- Voydetich, D., Jensen, M., Sigford, B., & Mehr, J. (2002). Relationship between the Allen Cognitive Level Screen and the Rancho Los Amigos Cognitive Levels. *Premier Outlook*, 3(4), 14–19.
- Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1811–1812.

Abstract

Analysis of Caregiver Needs for Home-based Occupational Therapy Programs for Elderly Community Dwellers With Dementia Based on Symptom Level and Caregiver Burden

Park, Chong-Soon* M.P.H., O.T., Jeong, Won-Mee**, Ph.D., O.T.,
Ohrr, Hee-Choul***, M.D., Ph.D.

*Dept. of Cognitive Rehabilitation, Seoul National University Bundang Hospital

**Dept. of Occupational Therapy, Dongnam Health College

***Dept. of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine

Objective : This study was conducted to investigate the common symptoms occurring in elderly community dwellers with dementia, along with an assessment of their caregivers' burden and the need for home-based occupational therapy.

Methods : Survey interviews were conducted on 120 patients who visited the Seoul Dementia Center from April 15th, 2010, to May 15th, 2010. In total, 104 questionnaires were returned, but 15 were incomplete and excluded from further analysis. The collected data were analyzed through descriptive statistics, a t-test, ANOVA, and correlation analysis using SPSS 17.0.

Results : Caregiver requirements for a program that builds skills for living in a community home, a leisure program, and a caregiver education program significantly increased with clinical dementia rating score ($p < .01$). The need for leisure programs and caregiver educational program also significantly increased with behavioral disturbance scores based on the Revised-Memory and Behavior Problem Checklist ($p < .01$). The need for activities in daily living programs and assistance with behavioral problems significantly increased with caregiver burden ($p < .01$).

Conclusion : This study ascertained the need for home-based occupational therapy for elderly community dwellers with dementia, and described what needs to be contained in a home-based program to reduce caregiver burden and increase the coping skills of those living in a community home environment.

Key words : Caregiver, Community based, Dementia, Home visit occupational therapy