JKGN
Journal of Korean Gerontological Nursing

Original Article

pISSN 2384-1877 | eISSN 2383-8086
J Korean Gerontol Nurs Vol. 25 No. 4, 420-431
https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

COVID-19 대유행에서 치매노인 주부양자의 우울 관련 요인: 횡단적 서술적 조사연구

김수인[1], 홍(손)귀령[2]

[1]서울대학교병원 간호사, [2]한양대학교 간호대학 교수

Factors related to depression in primary caregivers of older adults with dementia in the COVID-19 pandemic era: A cross-sectional descriptive study

Su-In Kim[1], Gwi-Ryung Son Hong[2]

[1]Registered Nurse, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea
[2]Professor, College of Nursing, Hanyang University, Seoul, Korea

Received: August 29, 2023
Revised: October 26, 2023
Accepted: November 14, 2023

Corresponding author:
Gwi-Ryung Son Hong
College of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, Korea
TEL: +82-2-2220-0701
E-mail: grson@hanyang.ac.kr

Purpose: The purpose of this study was to identify the factors related to depression in the primary caregivers of older adults with dementia at home during the COVID-19 pandemic era. **Methods:** The participants were 114 primary caregivers of older adults with dementia living in the community. Data were collected from August 2020 to October 2020 using questionnaires on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms of dementia in older adults with dementia, and social participation, mindfulness, and depression in primary caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and hierarchical multiple regression. **Results:** The average age of the subjects was 64.64±13.94 years, women accounted for 54.4%, and the average caregiving duration was 4.55±2.73 years. After controlling for the factors of the older adults with dementia and primary caregivers, the strongest factor of depression was mindfulness. Total explanatory power was 55% by adding 18.0% explanatory power of mindfulness. The related factors of depression were mindfulness (β=-.46, p<.001), social participation (β=-.28, p<.001), monthly income (β=-.23, p=.009), and behavioral and psychological symptoms of dementia (β=.20, p=.018). **Conclusion:** During the COVID-19 pandemic, the importance of mindfulness was confirmed in the depression of primary caregivers of older adults with dementia at home. Therefore, it is necessary to provide interventions to improve the changeable level of mindfulness from the early stage of dementia diagnosis to prevent depression in primary caregivers.

Keywords: Caregivers; Dementia; Depression; Mindfulness; Social participation

서론

1. 연구의 필요성

전 세계는 보건 의료의 발달로 기대 수명 연장, 결혼과 자녀에 대한 가치관 변화 및 출산율 저하로 급속한 고령화에 직면하고 있다. 우리나라 또한 65세 이상 노인 비율이 가파른 증가 추세를 보이며 2021년 16.7%로 고령사회에 진입하였고[1], 노인 인구의 증가와 함께 노인성 만성질환 또한 증가하고 있다. 그중 비가역적 뇌 손상으로 인지 기능 저하를 동반하는 치매는 대표적인 노인성 만성질환으로

© 2023 Korean Gerontological Nursing Society
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

대한민국 치매 현황 2022년 보고서에 따르면 우리나라 65세 이상 노인 중 치매 유병률이 2021년 약 89만 명(10.4%)에서 2023년 약 100만 명, 2030년 142만 명으로 증가할 것으로 전망하고 있다[1].

치매 유병률의 증가는 필연적으로 부양자 수 증가와 함께 가족의 부담을 가중시킴으로써 개인과 가족 내의 부담을 넘어 우리 사회에 심각한 부담 요소로 작용하고 있다. 더욱이 우리나라는 비공식적인 가족의 돌봄이 큰 비중을 차지할 뿐만 아니라 일평균 10시간 이상의 돌봄을 행하고 있어 부양자의 부담에 영향을 미치고[2], 치매노인의 행동심리증상 및 일상생활활동능력이 부양자의 부담요인으로 작용하였다[3]. 이렇듯 만성 진행성 질환인 치매노인을 가정에서 장시간 돌보는 것은 상당한 부담 요소로 작용하여 부양자의 우울에도 영향을 미쳤다[4].

동거 가족 중 치매노인이 없는 가정의 1년 우울 유병률이 1.8%인 것에 비해 치매노인과 동거하는 배우자의 약 50%에서 우울이 나타나 심각한 수준임을 알 수 있다[5]. 그뿐만 아니라 치매노인의 행동심리증상이 심할수록 부양자의 우울이 더 높은 것으로 나타났고[6], 이러한 행동심리증상 정도가 가정 내 돌봄을 포기하는 요인 중 하나로 확인되어[7], 치매노인의 시설 입소로 이어질 수 있다. 그리하여 정부는 2014년 9월 노인장기요양보험 제도 내 치매 특별 등급을 도입하여 치매노인에 대한 돌봄 서비스 지원과 함께 부양자의 부담을 낮추기 위한 노력을 이어오고 있다[6].

선행 연구[8]에서 지역사회 노인 대상으로 사회활동(social activity)이 높을수록 우울이 낮았는데, 여기서 사회활동이란 사회적 관계의 주요 변인으로 사회참여와 혼용되어 사용되었다. 치매노인 부양자는 사회참여 제한으로 상당한 우울 증상을 보고한 바 있고[9], 지역사회 노인을 대상으로 사회참여가 우울에 미치는 영향을 살펴본 종단연구에서 사회참여가 높을수록 시간의 흐름에 따라 우울이 천천히 진행하는 것으로 나타나 사회참여가 우울에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다[10]. 따라서 사회참여 감소로 인한 우울을 예방하기 위해 치매 진단 초기부터 부양자 대상으로 사회참여 유지 및 증진의 필요성에 대한 인식을 높이는 것이 중요하며, 우울 관련 요인으로서의 사회참여를 확인할 필요가 있다.

한편, 치매노인 돌봄 과정에서 발생하는 다양한 스트레스 상황에 대한 개인의 판단 및 대처의 중요성이 부각되고 있어 변화 가능한 관련 요인에 보다 주목하여 살펴볼 필요가 있다. 이에 개인의 내적 자원으로서 변화 가능한 마음챙김은 경험 즉시 명확한 인식과 주의력 집중을 통해 고통으로부터 스스로 보호하고 정신적, 신체적 현상을 즉각적인 자각, 비판단적인 수용으로 탈 중심화하여 상황을 객관적으로 있는 그대로 이해하는 것이다[11]. 치매노인 가족에서 마음챙김 수준이 높을수록 우울이 낮고[12], 치매노인 주부양자의 스트레스 대처 행동에 마음챙김은 유용한 자원이며[13], 치매노인과 부양자 함께 마음챙김 훈련 후 대상자 모두에서 우울 감소 및 삶의 질 향상이 보고된 바 있다[14]. 그뿐만 아니라 지속적인 훈련을 통해 마음챙김 수준은 향상될 수 있고[11], 훈련 후 추적 조사에서도 마음챙김의 효과는 유지되었다[15]. 따라서 본 연구에서는 진행성 만성질환인 치매노인 부양자의 마음챙김은 장기간의 돌봄으로 인한 우울에도 효과적이고 변화 가능한 내적 자원이 활용될 수 있으므로 우울 관련 요인으로서의 마음챙김을 확인할 필요가 있다.

이상의 문헌을 종합해 보면 치매노인 부양자의 부양부담은 우울로 진행할 수 있고, 치매가 진행성 질환이라는 특성으로 부양자의 건강상의 취약성에도 부양을 지속하는 것과 그에 따른 사회참여 제한은 부양자의 우울을 더욱 악화시켜 결과적으로 돌봄의 질에도 악영향을 미치므로 부양자의 우울을 예방하고 관리하는 것이 매우 중요하다. 우울은 복합적인 요인들과 관련이 있기 때문에 다양한 변수를 고려하여 장기적 관점에서 우울을 예방하기 위한 접근이 필요하다. 조사 시점이 COVID-19 유행 시기로 지역사회 거주 치매노인 및 부양자를 위한 시설 운영 제한 등 부담이 가중된 상황에서 개인의 내적 자원으로서의 마음챙김 수준이 더욱 중요할 수 있다. 앞서 치매노인 부양자의 우울에 대한 연구가 지속되어 왔으나 감염병 유행 시기에 장기적 관점에서 긍정적인 개인의 내적 자원으로서의 우울 관련 요인으로 마음챙김의 중요성을 확인해 보는 것은 치매노인과 부양자의 건강 및 삶의 질 향상을 위해 중요한 의의가 있을 것이다.

COVID-19 대유행 시기에 치매노인 돌봄이 주로 가정에서 이루어지면서 주부양자의 우울에 미치는 다양한 요인들에 대한 관심이 필요하다. 따라서, 본 연구는 주부양자의 우울 관련 문헌고찰을 통해 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 특성 및 사회참여를 포함한 독립변수를 투입하고, 돌봄 상황에서 대처 자원[13]으로 탐색하여 적용 가능한 마음챙김을 최종 투입하여 그에 따른 설명력의 변화를 확인하고자 한다. 이를 바탕으로 궁극적으로 우울 예방 및 감소를 위한 간호중재의 기초 자료를 제시하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 COVID-19 대유행에서 치매노인을 가정에서 돌보는 주부양자의 우울을 파악하고, 우울 관련 요인을 확인하고자 함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성을 파악한다.
- 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 사회참여, 마음챙김, 우울의 정도를 파악한다.
- 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성에 따른 사회참여, 마음챙김, 우울의 차이를 파악한다.
- 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상 및 주부양자의 사회참여, 마음챙김과 우울 간의 상관관계를 파악한다.
- 치매노인 주부양자의 우울 관련 요인을 파악한다.

연구방법

Ethic statement: This study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of Seoul National University Hospital (IRB No. H-2001-152-1098). Informed consent was obtained from the participants.

1. 연구설계

본 연구는 치매노인을 가정에서 돌보는 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 사회참여, 마음챙김 및 우울의 정도를 파악하고, 우울 관련 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이며, STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) 보고 지침(http://www.strobe-statement.org)에 따라 기술하였다.

2. 연구대상

본 연구 대상자는 서울 소재 일 상급종합병원 치매 클리닉과 경기도 소재 2개의 방문요양 서비스센터에서 재가급여 서비스를 이용하는 만 65세 이상의 치매노인을 가정에서 동거하며 돌봄에 가장 많은 시간을 할애하는 가족 부양자로 자신이 돌봄에 일차적 책임이 있다는 인식과 함께 신체적·정신적 부양을 일평균 5시간 이상 수행하는 자이며[3], 의사소통이 가능하고 연구의 목적과 내용을 이해하며 자발적으로 참여에 동의한 자이다. 응답의 신뢰성을 확보하기 위해 항우울제를 복용 중인 자는 제외하였다.

본 연구의 표본은 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 Cohen [16]의 회귀분석을 위한 중간 효과 크기(f2) .15 (medium), 유의수준(α) .05, 검정력(1-β) .80, 주부양자의 우울과 관련이 있는 예측변수 9개(치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 성별, 교육 수준, 월 소득, 만성질환, 돌봄 기간, 사회참여, 마음챙김)를 기준으로 하였을 때 최소 표본 수는 114명으로 본 연구에서 탈락률 20%를 감안하여 총 135명으로부터 자료를 수집하였고, 이 중 응답이 불충분한 자료를 제외한 총 114부를 최종 분석에 사용하였다.

3. 연구도구

1) 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성

본 연구에서 치매노인의 특성은 성별, 연령, 교육 수준, 유병 기간, 치매 종류 등을 수집하였고, 주부양자 및 돌봄 관련 특성은 성별, 연령, 교육 수준, 직업, 월 소득, 만성질환(중복 응답), 환자와의 관계, 돌봄 기간, 돌봄 시간, 재가급여 서비스 이용 여부 등을 수집하였다.

2) 치매노인의 일상생활활동능력

본 연구에서 치매노인의 일상생활활동능력(Activities of Daily Living)은 바텔 일상 활동 지표를 Kim 등[17]이 신뢰도 및 타당도를 검증한 한국어판 바텔 지표(Korean version of Barthel Activities of Daily Living Index)를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 대/소변 조절(0~2점), 화장실 사용(0~2점), 얼굴 단장하기(0~1점), 식사하기(0~2점), 옷 입기(0~2점), 옮겨가기(침상과 의자 사이, 0~3점), 이동(0~3점), 계단 오르내리기(0~2점), 목욕(0~1점) 등 10개 문항으로 구성되어 있으며, 총점은 0~20점으로 점수가 높을수록 기능 상태가 좋다는 것을 의미하며, Kim 등[17]의 연구에서 Cronbach's α는 .97이었고, 본 연구에서는 .93이었다.

3) 치매노인의 행동심리증상

본 연구에서 치매노인의 행동심리증상(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)은 Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire를 대한노인정신의학회에서 한국어로 번안하고 Kim 등[18]이 표준화한 도구로 측정하였다. 본 도구는 치매노인의 보호자가 답하는 설문 형식으로 망상, 환각, 초조/공격성, 우울/낙담, 불안, 다행감/들뜬 기분, 무감동/무관심, 탈억제, 과민/불안정, 이상 운동 증상, 수면/야간 행동, 식욕/식습관 변화 등의 12가지 증상으로 구성되어 있으며, 환자의 심한 정도(각 문항별 1~3점) 및 가족의 고통 정도(각 문항별 0~5점)로 측정하고, 심한 정도에 고통 정도를 곱한 값의 합을 총점으로 분석하였다. 점수가 높을수록 행동심리증상이 심하고, 가족의 고통 정도가 크다는 것을 의미하며, Kim 등[18]의 연구에서 Cronbach's α는 .85였고, 본 연구에서는 .83이었다.

4) 주부양자의 사회참여

본 연구에서 사회참여는 Mangen과 Peterson [19]이 개발한 도구를 한국에 적용할 수 있도록 Park [20]이 수정·보완한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 21개 문항, 3개의 하위 영역으로 구성되었으며, 사회참여의 빈도/종류 10문항, 사회참여 활동에 긍정적 태도 5문항, 사회참여에 대한 만족 6문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 총점은 최저 21점~최고 105점이고, 점수가 높을수록 사회참여가 높음을 의미한다. Park [20]의 연구에서 Cronbach's α는 .90이었고, 본 연구에서는 .87이었다.

5) 주부양자의 마음챙김

본 연구에서 마음챙김은 위파사나 명상 이론을 기초로 일상에서 나타나는 개인의 마음챙김 수준을 측정할 수 있는 문항으로 구성된 Park [11]이 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 20문항으로 주의 집중 5문항, 비판단적 수용 5문항, 현재 자각 5문항,

https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

탈 중심화 5문항 등 4개의 하위 영역으로 구성된 5점 Likert 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점까지이며, 문항 전체가 역 문항 구성이며, 역 채점한 점수를 기준으로 점수가 높을수록 마음챙김의 수준이 높은 것을 의미한다. Park [11]의 연구에서 Cronbach's α는 .88이었고, 본 연구에서는 .93이었다.

6) 주부양자의 우울

본 연구에서 우울은 Radloff가 개발하고, Cho와 Kim [21]이 한글로 표준화한 Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale을 사용하여 측정하였다. 본 도구는 총 20문항, 4점 Likert 척도로 지난 1주 동안 경험을 '극히 드물다/1일 이하' 0점에서 '대부분 그랬다/5일 이상' 3점까지이며, 총점은 0~60점 사이에 분포하고, 점수가 높을수록 우울감이 심함을 의미한다. 본 연구에서의 절단점은 세계적으로 통용되는 16점과 Cho와 Kim [21]의 연구에서 주요 우울장애 진단을 기준으로 receiver operating characteristic 커브 분석에 의해 구해진 25점을 채택하여, 0~15점 '우울 없음', 16~24점 '가능 우울', 25점 이상을 '확정적 우울'로 분류하였다. Cho와 Kim [21]의 연구에서 Cronbach's α는 .91이었고, 본 연구에서는 .92였다.

4. 자료수집

본 연구는 2020년 8월부터 10월까지 서울 소재 일 상급종합병원 치매 클리닉과 경기도 소재 2개의 방문요양 서비스센터에서 자료를 수집하였다. 수집 전 해당 기관의 책임자에게 본 연구의 목적, 내용, 방법 등을 설명한 후 승인을 받았다. 치매노인을 가정에서 부양 중인 주부양자를 대상으로 선정 기준과 제외 기준에 부합하는 경우 연구의 목적과 내용을 설명 후 서면 동의서를 받고 진행하였다. 자료수집은 구조화된 자기 기입식 설문지로 20분 정도 소요되었고, 직접 작성이 어려운 대상자는 문답 방식으로 진행하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp.) 통계 프로그램을 활용하여 분석하였다.

- 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 사회참여, 마음챙김, 우울의 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성에 따른 사회참여, 마음챙김, 우울의 차이를 알아보기 위하여 independent t-test, one-way ANOVA로 분석하였으며, 등분산이 가정된 경우는 Scheffe, 등분산을 가정하지 않은 경우는 Dunnett T3 방법을 이용하여 사후 검정을 시행하였다.
- 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 사회참여, 마음챙김과 우울 간의 상관관계 분석은 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 주부양자의 우울 관련 요인을 확인하기 위해 hierarchical regression analysis를 이용하여 분석하였다. 1단계에 투입한 치매노인 요인과 사회참여를 포함한 주부양자 요인을 통제한 후 2단계에 Park [11]의 연구에 근거하여 훈련을 통해 변화 가능한 개인의 내적 자원으로서의 마음챙김을 투입하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 승인(H-2001-152-1098)을 받은 후 진행하였다. 자료 수집 전 대상자에게 연구의 목적, 내용을 설명 후 자발적으로 참여에 동의하는 경우에만 서면 동의를 받고 진행하였다. 본 연구에서 수집하는 개인 정보의 이용목적, 수집항목, 보관 및 폐기, 비밀 보장을 약속하고, 수집된 자료는 연구의 학문적인 목적 외로 사용하지 않을 것과 언제라도 동의를 철회할 수 있으며 이때 어떠한 불이익이 발생하지 않음을 설명하였다. 설문 후 감사의 표시로 소정의 답례품을 제공하였다.

연구결과

1. 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성

치매노인의 성별은 여성이 81명(71.1%)으로 많았고, 평균 연령은 79.70±6.31세로 80세 이상이 56명(49.1%)으로 가장 많았고, 교육수준은 중졸이 51명(44.7%)으로 가장 많았다. 치매 유병 기간 평균은 5.09±2.98년으로 3~6년 사이가 46명(40.4%)으로 가장 많았고, 치매 종류는 알츠하이머 치매가 93명(81.6%)으로 가장 많았다.

주부양자의 성별은 여성이 62명(54.4%)으로 많았고, 평균 연령은 64.64±13.94세로 70세 이상 48명(42.1%), 교육 수준은 전문대 졸 이상 50명(43.9%), 직업 없음 60명(52.6%), 월 소득은 300만 원 이상이 39명(34.2%)으로 가장 많았으며, 만성질환은 중복 응답으로 있음이 81명(71.1%)이며, 평균 1.31±1.16개가 있었다. 관계는 배우자가 54명(47.4%), 돌봄 기간은 3~6년 사이가 52명(45.6%)으로 가장 많았고, 평균 돌봄 기간은 4.55±2.73년, 일평균 돌봄 시간은 17.01±6.67시간, 21시간 이상이 46명(40.4%)으로 가장 많았으며, 재가급여 서비스는 78명(68.4%)에서 이용하지 않았다(Table 1).

2. 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 주부양자의 사회참여, 마음챙김과 우울 수준

치매노인의 일상생활활동능력은 평균 13.02±6.08점, 행동심리

증상은 46.54±35.57점이었다. 주부양자의 사회참여는 문항별 평균 2.97±0.55점, 마음챙김은 문항별 평균 3.43±0.62점이었고, 우울은 총점 평균 15.86±10.64점이었으며, 절단 값 16점을 기준으로 '우울 없음' 61명(53.5%), '가능 우울' 32명(28.1%), '확정적 우울' 21명(18.4%)으로 나타났다(Table 2).

3. 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성에 따른 사회참여, 마음챙김, 우울의 차이

치매노인 특성에서 주부양자의 사회참여는 치매노인의 교육 수준, 치매 종류에서 유의한 차이가 있었다. 교육 수준은 무학보다 중졸 이상에서 높게 나타났고(F=6.41, p=.002), 치매 종류는 혈관성 치매보다 알츠하이머 치매에서 높게 나타났다(F=5.38, p=.006). 마음챙김은 치매노인 연령이 70세 이상보다 69세 이하에서 높게 나타났다(F=3.97, p=.021). 우울은 유의한 차이가 나타나지 않았다.

주부양자 및 돌봄 관련 특성에서 사회참여는 교육 수준, 월 소득, 돌봄 기간, 재가급여 서비스에서 유의한 차이가 있었다. 교육 수준은 중졸 이하보다 전문대 졸 이상에서 높게 나타났고(F=4.11, p=.021), 월 소득은 99만 원 이하보다 300만 원 이상에서 높게 나타났으며(F=5.09, p=.004), 돌봄 기간은 3년 미만보다 3~6년 사이에서 높게 나타났고(F=3.79, p=.026), 재가급여 서비스를 이용하지 않는 그룹에서 유의하게 높게 나타났다(F=3.73, p<.001). 마음챙김은 남성이 여성보다 높고(t=-2.09, p=.038), 만성질환이 있음보다 없음에서 유의하게 높게 나타났다(t=-2.31, p=.022). 하지만 우울은 월 소득이 300만 원 이상과 100~199만 원보다 99만원 이하와 200~299만 원에서 높게 나타났고(F=5.96, p=.001), 만성질환이 있는 경우 유의하게 높게 나타났다(t=2.59, p=.011) (Table 1).

4. 연구 변수들 간의 상관관계

주부양자의 사회참여는 치매노인의 일상생활활동능력(r=.26, p=.006)에서 약한 양의 상관관계로 치매노인의 일상생활활동능력이 높을수록 주부양자의 사회참여 정도가 높은 것으로 나타났다. 마음챙김은 치매노인의 행동심리증상(r=-.27, p=.003)에서 약한 음의 상관관계로 치매노인의 행동심리증상이 심할수록 주부양자의 마음챙김이 낮은 것으로 나타났다. 우울은 일상생활활동능력(r=-.31, p<.001), 사회참여(r=-.39, p<.001)에서 약한 음의 상관관계, 마음챙김(r=-.59, p<.001)에서 중간 음의 상관관계, 행동심리증상(r=.35, p<.001)에서는 약한 양의 상관관계로 나타났다. 즉, 치매노인의 일상생활활동능력, 주부양자의 사회참여, 마음챙김이 높을수록 우울이 낮고, 치매노인의 행동심리증상이 심할수록 우울이 높은 것으로 나타났다(Table 3).

5. 주부양자의 우울 관련 요인

주부양자 우울 관련 요인을 확인하기 위해 시행한 위계적 회귀분석의 결과는 Table 4와 같다. 회귀분석을 위한 독립변수는 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 월 소득, 만성질환과 유의한 상관관계를 나타낸 일상생활활동능력, 행동심리증상, 사회참여, 마음챙김이었으며, 이 중 명목 변수는 더미 변수로 처리하여 총 6개를 투입하였다. 투입된 변수들 간의 상관계수는 0.6 미만임을 확인하였고, 공차한계(Tolerance)는 0.50~0.88로 0.1 이상이었으며, 분산팽창계수(variance inflation factor)는 1.14~1.99로 10 미만으로 나타나 변수 간 다중공선성(multicollinearity)에는 문제가 없었고, Durbin-Watson 통계량은 1.84로 2에 근사한 값으로 잔차의 독립성 가정에 문제가 없는 것으로 확인되어, 본 데이터가 회귀분석에 적합함을 확인하였다.

대상자의 우울 관련 요인 중 독립변수의 상대적 영향력을 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다. 1단계에 치매노인 요인과 사회참여를 포함한 주부양자 요인을 투입하여 통제한 후 2단계에 마음챙김을 투입하였다. 1단계는 통계적으로 유의하였으며(F=8.78, p<.001), 사회참여(β=-.33, p<.001), 행동심리증상(β=.32, p=.001), 월 소득 100~199만 원(β=-.23, p=.025) 순으로 우울에 유의한 관련 요인으로 확인되었고 설명력은 37%였다. 마음챙김을 투입한 2단계 역시 통계적으로 유의하였고(F=15.82, p<.001), 마음챙김(β=-.46, p<.001)이 가장 강력한 관련 요인으로 확인되었으며, 마음챙김 투입으로 설명력이 18% 증가하여 최종 설명력은 55%였다(Table 4).

논의

본 연구는 서울 소재 일 상급종합병원과 2개의 방문요양 서비스센터에서 65세 이상의 치매노인을 가정에서 돌보는 주부양자를 대상으로 시행되었다. 치매노인과 주부양자의 일반적 특성 및 돌봄 관련 특성, 치매노인의 일상생활활동능력, 행동심리증상과 대상자의 사회참여, 마음챙김 및 우울의 정도를 파악하고 COVID-19 대유행에서 우울 관련 요인을 확인하고자 하였다. 연구결과를 바탕으로 주부양자의 우울 예방 및 감소를 돕고, 나아가 주부양자의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위한 기초 자료를 제공하는데 의의가 있다.

본 연구에서 치매노인은 여성이 81명(71.1%)으로 많게 나타나 대한민국 치매 현황[1]과 Park과 Kwak [6]의 연구와도 유사하였다. 평균 연령이 79.70±6.31세로 높게 나타남으로써 여성 노인에 대한 취약함을 인식하고, 간호 실무에서 대상자 사정 시 민감도를 높여 조기 발견에 기여하고, 노화에 따른 건강상의 변화에 대한 적극적인 교육이 이루어져야 할 것이다.

https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

Table 1. Differences in Social Participation, Mindfulness, and Depression According to General Characteristics and Care-Related Characteristics of Care Receiver and Caregiver (*N*=114)

Characteristic	Category	*n* (%)/M±SD	Social participation		Mindfulness		Depression	
			M±SD	t/F (*p*) Scheffe	M±SD	t/F (*p*) Scheffe	M±SD	t/F (*p*) Scheffe
Care receiver								
Gender	Man	33 (28.9)	3.11±0.47	1.70 (.091)	3.30±0.59	-1.37 (.172)	17.12±9.21	0.80 (.422)
	Woman	81 (71.1)	2.92±0.57		3.48±0.62		15.35±11.18	
Age (year)	≤69[a]	7 (6.1)	3.34±0.41	2.01 (.138)	4.04±0.67	3.97 (.021) b,c<a	7.14±4.77	2.94 (.057)
	70~79[b]	51 (44.7)	2.99±0.47		3.36±0.62		15.53±10.49	
	≥80[c]	56 (49.1)	2.91±0.61		3.41±0.57		17.25±10.88	
	M±SD	79.70±6.31						
Education level	None[a]	26 (22.8)	2.70±0.62	6.41 (.002) a<c	3.44±0.64	0.56 (.568)	18.08±9.92	0.83 (.437)
	Elementary school[b]	37 (32.5)	2.92±0.50		3.50±0.58		14.59±10.87	
	≥Middle school[c]	51 (44.7)	3.15±0.49		3.36±0.63		15.65±10.85	
Disease duration (year)	<3	33 (28.9)	2.83±0.59	1.65 (.196)	3.33±0.64	0.63 (.533)	19.06±11.82	2.28 (.107)
	3~6	46 (40.4)	3.03±0.55		3.49±0.68		15.09±10.15	
	>6	35 (30.7)	3.03±0.49		3.44±0.49		13.86±9.67	
	M±SD	5.09±2.98						
Type of dementia	Alzheimer's dementia[a]	93 (81.6)	3.04±0.47	5.38 (.006) b<a	3.43±0.61	0.53 (.587)	15.52±10.47	0.26 (.768)
	Vascular dementia[b]	15 (13.1)	2.56±0.76		3.51±0.65		17.52±13.20	
	Others[c]	6 (5.3)	2.91±0.64		3.20±0.60		17.00±6.32	
Caregiver								
Gender	Man	52 (45.6)	2.87±0.64	-1.83 (.070)	3.56±0.65	2.09 (.038)	14.13±12.24	-1.59 (.113)
	Woman	62 (54.4)	3.06±0.45		3.32±0.57		17.31±8.94	
Age (year)	≤59	49 (43.0)	2.96±0.52	0.86 (.869)	3.47±0.62	0.32 (.724)	15.49±10.54	1.83 (.165)
	60~69	17 (14.9)	2.92±0.56		3.34±0.53		20.29±13.28	
	≥70	48 (42.1)	3.00±0.58		3.41±0.64		14.67±9.49	
	M±SD	64.64±13.94						
Education level	≤Middle school[a]	29 (25.4)	2.76±0.69	4.11 (.021) a<c	3.36±0.63	0.75 (.471)	18.10±10.62	1.96 (.144)
	High school[b]	35 (30.7)	2.93±0.52		3.36±0.58		17.11±11.14	
	≥Junior college graduate[c]	50 (43.9)	3.13±0.42		3.51±0.63		13.68±10.07	
Occupation	Yes	54 (47.4)	3.04±0.46	1.30 (.195)	3.46±0.62	0.55 (.580)	14.48±8.25	-1.31 (.191)
	No	60 (52.6)	2.91±0.61		3.40±0.61		17.10±12.34	
Monthly income (10,000 won)	≤99[a]	26 (22.8)	2.70±0.76	5.09 (.004) a<d	3.47±0.74	2.03 (.114)	19.65±11.68	5.96 (.001) d,b<a,c
	100~199[b]	27 (23.7)	2.92±0.47		3.52±0.51		12.74±7.78	
	200~299[c]	22 (19.3)	2.94±0.44		3.14±0.69		21.41±11.88	
	≥300[d]	39 (34.2)	3.21±0.38		3.50±0.51		12.36±8.96	
Chronic disease (duplicate response)	Yes	81 (71.1)	2.91±0.59	-1.79 (.075)	3.34±0.61	-2.31 (.022)	17.47±10.94	2.59 (.011)
	No	33 (28.9)	3.12±0.39		3.63±0.58		11.91±8.82	
	M±SD	1.31±1.16						
Relationship	Spouse	54 (47.4)	3.03±0.55	0.67 (.570)	3.37±0.64	1.58 (.197)	16.20±11.42	0.58 (.624)
	Daughter	26 (22.8)	3.00±0.44		3.34±0.64		16.00±8.91	
	Son	19 (16.7)	2.87±0.59		3.70±0.49		13.16±10.07	
	Other	15 (13.2)	2.84±0.67		3.44±0.53		17.80±11.54	
Caregiving duration (year)	<3[a]	38 (33.3)	2.79±0.58	3.79 (.026) a<b	3.35±0.64	0.56 (.571)	17.97±11.59	1.13 (.324)
	3~6[b]	52 (45.6)	3.11±0.51		3.45±0.64		14.67±10.18	
	>6[c]	24 (21.1)	2.96±0.51		3.51±0.51		15.08±9.95	
	M±SD	4.55±2.73						
Caregiving hours (/day)	≤10	29 (25.4)	2.88±0.41	1.40 (.249)	3.53±0.59	0.75 (.474)	15.62±6.97	0.02 (.985)
	11~20	39 (34.2)	2.91±0.64		3.34±0.52		15.92±11.31	
	≥21	46 (40.4)	3.08±0.53		3.44±0.70		15.96±12.08	
	M±SD	17.01±6.67						
Home benefit service	Yes	36 (31.6)	2.67±0.64	3.73 (<.001)	3.50±0.68	-0.90 (.368)	17.81±9.09	-1.33 (.106)
	No							

The sum of the percentages does not equal 100% because of rounding. M=Mean; SD=Standard deviation.

Table 2. Scores of ADL, BPSD of Care Receiver and Social Participation, Mindfulness, and Depression of Caregiver (*N*=114)

Variable	Category	Number of item	Item score	Total score		
			M±SD	M±SD	Actual range	Possible range
Care receiver	ADL	10	1.30±0.61	13.02±6.08	0~20	0~20
	BPSD	12	3.88±2.96	46.54±35.57	0~147	0~180
Caregiver	Social participation	21	2.97±0.55	62.40±11.58	23~86	21~105
	Mindfulness	20	3.43±0.62	68.54±12.36	37~100	20~100
	Depression*	20	0.79±0.53	15.86±10.64	1~57	0~60

*No depression=total score: 0~15, *n* (%): 61 (53.5); Possible depression=total score: 16~24, *n* (%): 32 (28.1); Definitive depression=total score: ≥25, *n* (%): 21 (18.4); ADL=Activities of Daily Living; BPSD=Behavioral Psychological Symptoms of Dementia; M=Mean; SD=Standard deviation.

Table 3. Correlation Among the Research Variables (*N*=114)

Variable	A	B	C	D	E
	r (*p*)*	r (*p*)*	r (*p*)*	r (*p*)*	r (*p*)*
A. Care receiver ADL	1				
B. Care receiver BPSD	-.53 (<.001)	1			
C. Caregiver social participation	.26 (.006)	.04 (.660)	1		
D. Caregiver mindfulness	.14 (.134)	-.27 (.003)	.11 (.232)	1	
E. Caregiver depression	-.31 (<.001)	.35 (<.001)	-.39 (<.001)	-.59 (<.001)	1

*Pearson's correlation coefficient; ADL=Activities of Daily Living; BPSD=Behavioral Psychological Symptoms of Dementia.

Table 4. Factors Related to Depression in Primary Caregiver (*N*=114)

Variable	Category	Model 1					Model 2				
		B	SE	β	t	*p*-value	B	SE	β	t	*p*-value
Care receiver ADL		-0.04	0.17	-.02	-0.21	.835	-0.08	0.15	-.05	-0.55	.582
Care receiver BPSD		0.10	0.03	.32	3.35	.001	0.06	0.03	.20	2.39	.018
Caregiver monthly income* (10,000 won)	≤99 (ref.)										
	100~199	-5.64	2.47	-.23	-2.28	.025	-5.64	2.10	-.23	-2.68	.009
	200~299	1.42	2.66	.05	0.53	.595	-1.02	2.29	-.04	-0.44	.659
	≥300	-3.41	2.43	-.15	-1.40	.163	-4.29	2.07	-.19	-2.07	.041
Caregiver chronic disease†		-3.33	1.90	-.14	-1.75	.083	-1.04	1.66	-.04	-0.63	.532
Caregiver social participation		-0.31	0.08	-.33	-3.81	<.001	-0.25	0.07	-.28	-3.67	<.001
Caregiver mindfulness							-0.39	0.06	-.46	-6.45	<.001
F (*p*)		8.78 (<.001)					15.82 (<.001)				
R^2		.37					.55				
R^2							.18				
Adjusted R^2		.33					.51				

*Dummy variable (monthly income: <99=0; 100~199, 200~299, >300=1); †Dummy variable (chronic disease: yes=0; no=1); ADL=Activities of Daily Living; BPSD=Behavioral Psychological Symptoms of Dementia; ref.=Reference; SE=Standard error.

주부양자의 성별은 여성 62명(54.4%)이 남성 52명(45.6%)보다 많았다. 이는 여성의 참여율이 높음을 의미하나, 앞서 Park과 Kwak [6]의 25.1%와 Jo 등[5]의 38.1%보다 돌봄에 있어 남성의 참여율이 증가 추세를 보였다. 따라서 Lee와 Hong [22]의 연구에서 나타난 부양자의 성별 특성을 고려함에 있어 남성은 가사 및 외부 자원에 대한 욕구를 적극적으로 지원하고, 여성은 관계 지향적인 프로그램 등을 활성화하여 참여로 유도해야 할 뿐만 아니라 향후 성별 간 돌봄과 대처의 차이에 대한 지속적인 연구를 통해 개별적인 지원이 이루어져야 할 것이다. 평균 연령이 64.64±13.94세로 이들 중 60세 이상이 65명(57.0%)로 나타났는데, 이는 고령화로 치매노인 평균 연령의 증가와 함께 배우자 비율이 높은 것으로 비춰볼 때 치매노인을 돌보는 노년기 가족의 건강 상태는 더욱 악화될 수 있다. 본 연구 대상자 중 68.4%에서 재가급여 서비스를 이용하지 않고 있는 것으로 나타나 향후 서비스 대상의 폭을 넓히고, 부양자의 건강에 대해 더 많은 관심이 기울여야 하며, 특히 주부양자 중 노인 간 돌봄을 행하고 있는 대상자를 위한 정책적 지원의 확충이 따라야 할 것이다. 치매노인

https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

의 평균 유병 기간이 5.09±2.98년과 부양자의 평균 돌봄 기간이 4.55±2.73년으로 유사하게 나타나 가정에서의 돌봄이 특정인에게 치우치는 경향으로 해석될 수 있었다. 일평균 돌봄 시간은 17.01±6.67시간으로, Park 등[2]의 연구에서 10.62±7.67시간에 비해 장시간 돌봄을 행하고 있었다. 특히, 본 연구에서 21시간 이상 돌봄이 46명(40.4%)으로 나타나 선행 연구 결과에 비해 돌봄에 할애하는 시간이 상당히 길었고[2,3], 이로 인한 부담이 심각한 수준임을 예상해 볼 수 있었다. 이는 COVID-19 유행이 전 세대에 부정적인 영향을 미쳤지만 특히, 노인을 포함한 취약계층에 더욱 부각되었는데[23], 본 연구가 COVID-19 유행 시기에 조사가 이루어져 치매노인 돌봄이 주로 가정에서 이루어지면서 가중된 부담으로 연결 지을 수 있었고, 이에 따른 감염병 사태에 대한 대비가 절실함을 시사하는 결과로 해석된다. 따라서 향후 발생 가능한 감염병 사태에 대한 적극적인 대비가 시급하고, 이에 따른 다양한 방식의 돌봄 지원 서비스를 개발해야 할 것으로 사료된다. 대상자 중 과반 수 이상에서 직업이 없고, 24명(21.1%)이 6년 이상 돌봄을 지속한 것으로 볼 때 이들이 빈곤층으로 진행되지 않도록 지원 강화의 필요성을 확인하였다. 본 연구의 대상자 중 81명(71.1%)이 만성질환이 있었는데, 부양자 중 배우자 비율이 높은 것과 고령화와 함께 부양자의 연령이 증가함에 따른 결과로 사료된다. 이에 주부양자의 만성질환에 대한 적극적인 관리가 시급하며, 치매노인뿐만 아니라 주부양자의 건강관리에서 간호사는 교육자로서 지속성 있는 중대한 역할을 해야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 사회참여의 문항별 평균 점수는 5점 만점 기준으로 2.97±0.55점이었다. 앞서 동일한 도구로 지역사회 노인을 대상으로 한 Park [20]의 연구의 3.38±1.12점보다 낮은 수준을 보였는데, 이는 본 연구에서 59세 이하의 비중이 43.0%로 높은 것을 고려할 때 활동이 왕성한 시기에 돌봄 상황에 처한 부양자의 사회참여 제한으로 해석될 수 있었다.

본 연구에서 대상자의 마음챙김의 문항별 평균 점수는 5점 만점 기준으로 3.43±0.62점이었다. 이는 치매 국가책임제 시행 전에 치매 관련 주·단기 보호시설을 이용 중인 부양자를 대상으로 동일한 도구로 측정한 Kim과 Jeon [13]의 연구에서 2.46±4.65점보다 높게 나타났는데, 여기서 상대적으로 높은 개인의 내적 자원으로 작용하는 마음챙김 수준은 치매 국가책임제의 순기능에 일부분 부합하는 결과로 생각된다.

한편, 본 연구에서 대상자 우울의 평균 점수는 60점 만점 기준으로 15.86±10.64점으로 나타났는데, 확정적 우울 18.4%를 포함하여 전체 대상자 중 46.5%가 우울을 경험하는 것으로 나타나 선행 연구와 유사한 결과를 보였다[6,24]. 이러한 결과로 치매노인 부양자 우울의 심각성을 다시 한번 확인할 수 있었고, 이렇듯 높은 수준의 우울은 돌봄의 질에도 악영향을 미칠 수 있으므로 장단기적 관점에서 우울을 낮출 수 있도록 적극적인 돌봄 지원 방안이 마련되어야 할 것이다.

본 연구에서 대상자의 우울은 치매노인의 일상생활활동능력, 대상자의 사회참여, 마음챙김과 음의 상관관계이고, 행동심리증상과 양의 상관관계를 나타내었다. 본 연구에서 치매노인의 일상생활활동능력이 낮을수록 부양자의 우울이 높았는데, 이는 치매노인의 의존성이 부담 요인으로 작용했던 선행 연구[3,25]에 따라 진행성 질환인 치매노인의 의존성이 날로 높아지면서 축적된 부담으로 인해 부양자의 우울은 더욱 높아질 수 있다. 사회참여가 높을수록 우울이 낮고[8,9], 마음챙김 수준이 높을수록 우울이 낮으며[12], 행동심리증상이 심할수록 우울이 높게 나타난 결과와 일치하였다[6]. 앞서 COVID-19와 우울 간의 상관성을 확인한 결과[23]를 고려하면 부양자의 정신건강을 위해 보다 적극적으로 행동심리증상 관리와 일상생활활동능력 향상을 돕고, 부양자의 사회참여 및 마음챙김 수준 향상을 위한 중재가 필요하다.

대상자 특성에 따른 사회참여의 차이를 살펴보면 치매 종류, 부양자의 교육 수준, 월 소득, 돌봄 기간, 재가급여 서비스에 따라 유의한 차이가 있었다. 혈관성보다 알츠하이머 치매에서 부양자의 사회참여가 높았는데, Kim 등[26]의 연구에서 알츠하이머 치매가 후기 단계에서 일상생활활동능력의 저하가 서서히 진행함으로써 나타난 결과로 생각되며, 월 소득이 높을 때 사회참여가 높았던 결과와 일치하였다[20]. 돌봄 기간 3년 미만이 3년 초과보다 사회참여가 낮았는데, Ryu 등[27]의 연구에서 부양자는 준비 없이 가족이 치매 진단과 돌봄이라는 새로운 상황에서 다양한 어려움을 겪지만 돌봄 역할에 적응할수록 극복되어 새로운 삶의 가치를 찾았던 결과로 해석될 수 있었다. 그뿐만 아니라 재가급여 서비스를 이용 중인 경우 사회참여가 낮게 나타났다. 재가급여 서비스가 부양부담의 영향 요인으로 나타났던 결과[3]와도 연결 지을 수 있는데, 이는 심신의 기능 상태에 따라 등급이 산정되고, 이를 기준으로 서비스를 제공하므로 대상자의 중증도로 인해 부양자의 사회참여가 낮은 것으로 추정해 볼 수 있다. 따라서 Jang과 Choi [28]의 연구에서 진단 초기 치매노인 부양자의 강점을 이해하고 개별적인 교육을 통해 돌봄에 대한 준비도를 높였던 결과를 바탕으로, 진단 초기부터 교육 수준을 고려하여 개별적 접근을 통한 교육을 장기적으로 시행하여 부양자 자신의 일상생활 유지 및 관리의 중요성에 대한 인식을 높이고, 이와 함께 재가급여 서비스의 대상자 확충 및 질적 향상이 따라야 할 것으로 생각된다.

대상자 특성에 따른 마음챙김의 차이를 살펴보면 주부양자가 여성인 경우에 마음챙김이 유의하게 낮게 나타남으로써 성별에 따라 서로 다른 접근이 필요함을 시사하였다. 다음으로 만성질환이 있는 경우 마음챙김이 유의하게 낮았는데, Gawrysiak 등[29]의 연구에서 높은 마음챙김 수준이 마음챙김 훈련 이후의 효과에도 긍정적인 영향을 미치므로 마음챙김 수준의 향상을 극대화하기 위해 진단 초기부터 치매노인 부양자 중 만성질환이 있는 대상자의 취약함을 먼저 인식하고 보다 적극적인 중재가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

대상자 특성에 따른 우울의 차이를 살펴보면 만성질환에서 우울의 차이를 보였는데, 앞서 지역사회 노인 대상으로 만성질환에서 우울

의 차이를 보였던 결과와 일치하였고[20], Park 등[2]의 연구에서 만성질환이 부양부담의 영향 요인으로 나타나, 추후 지역사회 및 임상에서 만성질환의 예방 및 자가 관리 향상을 위해 지속성 있는 교육을 보다 강화해야 하며, 여기서 간호사의 역할이 매우 중요하다. 그뿐만 아니라 월 소득에서 우울의 차이를 보였는데, 이는 소득이 낮은 대상에서 우울의 초기 값이 높고, 소득이 종단적으로 우울의 변화율에 영향을 미쳤던 결과와 함께 살펴보면[10], 장기적인 관점에서 경제적 지원의 확충이 동반되어야 할 것이다. 이렇듯 우울이 부양자의 삶의 질에 상당한 영향을 미칠 수 있으므로 우울 관련 요인을 확인하는 것은 중대한 의미를 갖는다고 볼 수 있다.

치매노인 주부양자의 우울 관련 요인을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 시행한 결과, 우울 관련 요인으로는 마음챙김, 사회참여, 월 소득, 행동심리증상 순으로 나타났으며, 이 중 마음챙김이 가장 강력한 관련 요인이었다. 이는 부양자의 마음챙김 수준이 낮을수록, 사회참여가 적을수록, 월 소득이 낮을수록, 치매노인의 행동심리증상이 심할수록, 우울이 높은 것으로 해석될 수 있다. 1단계에서 마음챙김을 제외한 변인들의 설명력은 37%였고, 2단계에서 투입한 마음챙김의 추가된 설명력은 18%로 나타났으며, 이 변인들의 총 설명력은 55%였다.

본 연구에서 마음챙김이 우울에 가장 강력한 관련 요인으로 확인되었다. 이는 Weisman de Mamani 등[12]의 연구에서 높은 마음챙김 수준이 더 나은 정신건강과 관련이 있다는 결과를 지지하였고, Paller 등[14]의 연구에서 치매노인과 부양자 동시에 마음챙김 훈련을 적용해 두 그룹 모두에서 우울 감소 및 삶의 질이 향상된 결과를 뒷받침하였다. 마음챙김은 훈련을 통해 변화 가능한 긍정적인 내적 자원이므로 부양자의 마음챙김 향상을 위해서 지속적인 관심과 교육이 필요할 것으로 생각된다. 앞서 치매노인 돌봄이라는 새로운 역할에 어려움이 있고[22], 이러한 어려움에 장기간 노출될 때 우울로 진행할 위험성이 증가하므로, 마음챙김 훈련 후 4년 추적 조사에서도 효과가 유지된 Solhaug 등[15]의 결과에 근거하여 진단 초기부터 부양자 대상 마음챙김 수준의 향상이 장기적인 대처 전략이 될 수 있으며, 더 나아가 치매노인 및 부양자 동반하여 마음챙김 향상을 위한 중재도 고려해 볼 수 있다. 또한, COVID-19 유행 시기 동안 3개월간 추적 조사에서 우울이 악화되고[24], 돌봄 상황에서 개인의 대처가 우울에 영향을 미칠 수 있으므로 개인이 선택하고 변화 가능한 내적 자원의 중요성은 더욱 강조된다. 따라서 치매 진단 초기부터 간호사는 상담자, 옹호자 및 교육자로서 체계적인 대상자 접근을 통해 치매 관련 교육뿐 아니라 장기적인 전략으로 변화 가능한 마음챙김 수준 향상을 돕는 간호중재를 적극적으로 활용하는 것이 우울을 예방하고 늦추는 데 효과적인 접근이 될 것으로 생각된다.

두 번째로 사회참여가 우울 관련 요인으로 확인되었다. 이는 지역사회 노인 대상에서 사회참여가 우울을 감소시킨다는 Choi 등[30]의 연구를 지지하였다. 본 연구가 COVID-19 유행 시기에 조사가 이루어졌고, 이는 노인을 대상으로 COVID-19 유행 전후의 사회활동을 비교한 Kim [23]의 연구에서 공식적 사회참여에서 유의한 감소를 보였던 결과와도 함께 살펴볼 필요가 있다. 또한 조사 시점이 'COVID-19 pandemic'에 정책적으로 공식적인 사회참여가 제한된 상황에서의 주부양자 우울의 심각성을 짐작해 볼 수 있었다. 부양자가 돌봄이라는 새로운 역할에 직면하고 축적된 역할 부담이 과부하에 이르는 악순환이 반복되면서 지속하는 장기간의 돌봄은 사회참여 감소와 함께 우울의 결과를 초래할 수 있다. 앞서 사회 참여 빈도가 우울 감소와 관련이 있었는데[30], 이에 우울을 예방하기 위하여 부양자를 대상으로 사회참여 일환으로 가족지원 프로그램 등을 적극 활용하고, 고령인 부양자의 경우 신체적 한계에 따른 사회참여의 감소를 선 이해하여 적절한 중재를 제공해야 하며, 이때 사회참여의 양적인 증대뿐만 아니라 교육의 내용에 있어 질적인 향상이 필수적이다.

세 번째로 월 소득이 우울 관련 요인으로 확인되어 선행 연구와 일치하였고[10], 소득이 우울과 관련이 있었던 Choi 등[30]의 연구와 유사한 결과를 보였다. COVID-19 감염병 시기는 장기적인 사회·경제적 침체로 인해 부정적인 심리 증상을 유발할 뿐만 아니라 더욱 악화시킬 수 있다. 이에 장기간의 돌봄으로 인해 빈곤층으로 진행되지 않도록 재정적 지원 확충뿐만 아니라 부양자의 개별적인 요구와 선호도를 고려한 일자리 정책이 함께 수반되어야 할 것이다.

마지막으로 치매노인의 행동심리증상이 우울 관련 요인으로 확인되었다. 이는 Park과 Kwak [6]의 연구와 일치하는 결과로, 앞서 Park 등[7]의 연구에서 행동심리증상이 가정 내 돌봄을 포기하는 요인으로 작용한 결과와 종합해 보면 치매노인과 부양자의 삶의 질 향상을 위해 행동심리증상을 보다 적극적으로 관리해야 할 것으로 사료된다. 또한 부양부담 경감을 위해 행동심리 증상별 대처 전략에 대해 깊이 있고 지속성 있는 부양자 교육을 통해 치매노인과 주부양자 간 긍정적인 상호 작용을 촉진시키고, 동시에 변화 가능한 내적 자원 강화가 도움이 될 것으로 생각된다.

한편 치매노인의 신체 기능을 파악하는 중요한 지표인 일상생활활동능력은 우울 관련 요인이 아닌 것으로 나타났다. 이는 의존성이 치매노인 부양자의 우울에 영향을 미쳤던 결과와 상이하고[4], Lee와 Choi [3]의 연구에서 치매노인 부양자에게 부담 요소로 작용하는 평균 돌봄 시간의 영향 요인에서 의존성이 가장 크게 나타난 것을 고려할 때 치매의 진행 과정에서 장기적으로 치매노인의 일상생활활동능력 향상을 돕기 위한 중재가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구에서 만성질환 또한 우울 관련 요인이 아닌 것으로 나타났는데, 앞서 만성질환의 수가 부양부담의 영향 요인으로 확인되었던 Park 등[2]의 연구와 상반된 결과를 보였다. 이는 본 연구에서 만성질환에 대해 유무로만 조사가 이루어져 추후 주부양자의 만성질환에 대한 보다 심도 있는 연구가 필요하다. 따라서 추후 지역사회 치매노인 주부양자를 대상으로 만성질환과 치매노인 일상생활활동능력의 영향에 대해 보다 심도 있는 연구를 통해 이해를 넓히고, 우울 관련 요인을 명확히

https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

확인할 필요가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 COVID-19 대유행에서 치매노인을 가정에서 돌보는 주부양자를 대상으로 우울 관련 요인을 확인하기 위해 수행되었다. 연구결과, 돌봄이라는 실천적 측면에 따르는 부양자의 우울에 가장 큰 관련 요인은 마음챙김이었고, 이어 사회참여, 월 소득, 행동심리증상 순으로 나타났다. 마음챙김이 가장 강력한 관련 요인으로 확인됨으로써 우울을 예방하기 위해 마음챙김 수준 향상의 중요성을 확인하였다. 장기간 부양을 지속해 온 상당수가 우울을 경험하고, 이러한 우울을 예방하기 위해 돌봄 책임에 놓인 대상자의 취약함을 선 이해하여 신체적 돌봄 지원뿐만 아니라 정서적 지원 측면에서 변화 가능한 마음챙김 수준의 향상은 유용한 내적 자원으로 활용될 수 있을 것이다. 그뿐만 아니라 미래에 발생 가능한 감염병 상황에서 개인의 대처 전략은 더욱 중요하다. 따라서 향후 지역사회 및 임상실무에서 치매 진단 초기부터 사회참여 유지 및 증진에 대한 인식 강화와 함께 간호사 주도 마음챙김 향상을 위한 간호중재를 제공할 필요가 있다.

마지막으로, 본 연구는 서울 소재 일 상급종합병원 치매 클리닉과 경기도 소재 2개의 방문요양 서비스센터에서 대상자를 표집하여 조사하였기에 연구결과를 전체 부양자에게 일반화하기에는 제한이 있다. 또한 본 연구의 조사는 COVID-19 유행 시기라는 특수성으로 인해 치매노인의 인지 기능을 반영하지 못한 제한점이 있다. 따라서 추후 인지 기능 및 변화 가능한 다양한 변수를 포함하여 우울 관련 요인을 확인하기 위한 종단 연구가 필요하다.

ORCID

Su-In Kim, https://orcid.org/0000-0002-3071-8932
Gwi-Ryung Son Hong, https://orcid.org/0000-0001-7460-4972

Authors' contribution

Study conception and design - SIK; Supervision - GRSH; Data collection and processing - SIK; Analysis and interpretation of the data - SIK and GRSH; Literature search - SIK; Writing - SIK; Critical review of the manuscript - GRSH; Final approval - GRSH

Conflict of interest

No existing or potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Funding

None.

Data availability

Please contact the corresponding author for data availability.

Acknowledgements

This research is the part of the first author's master thesis.

REFERENCES

1. National Institute of Dementia (NID). Korean dementia observatory 2022. Annual Report. NID; 2023 May. Report No. NMC-2023-0054-10.
2. Park M, Sung M, Kim SK, Kim S, Lee DY. Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. International Psychogeriatrics. 2015;27(8):1355-64. https://doi.org/10.1017/S1041610215000460
3. Lee SH, Choi HK. Factors affecting subjective burden and objective burden of family caregivers in dementia patients. Proceedings of the 2017 Spring Conference of KGS; 2017 May 26; Seoul, Korea. Korea Gerontological Society; c2017. 271-3.
4. Kishita N, Contreras ML, West J, Mioshi E. Exploring the impact of carer stressors and psychological inflexibility on depression and anxiety in family carers of people with dementia. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;17:119-25. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.005
5. Jo J, Kim BS, Chang SM. Major depressive disorder in family caregivers of patients with dementia. Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry. 2019;25(2):95-100. https://doi.org/10.22802/jksbtp.2019.25.2.95
6. Park SW, Kwak JY. The effects of symptoms of dementia elderly on the primary caregiver's depression: moderating effects of family support. Journal of Family Relations. 2016;21(3):3-23. https://doi.org/10.21321/jfr.21.3.3
7. Park DG, Lee S, Moon YM, Na DL, Jeong JH, Park KW, et al. Predictors of institutionalization in patients with Alzheimer's disease in South Korea. Journal of Clinical Neurology. 2018;14(2):191-9. https://doi.org/10.3988/jcn.2018.

14.2.191
8. Kim NH, Jung MS. The influence of elderly social activity and depression on elderly well being. The Journal of the Korea Contents Association. 2017;17(3):496-506. https://doi.org/10.5392/JKCA.2017.17.03.496
9. Mausbach BT, Roepke SK, Chattillion EA, Harmell AL, Moore R, Romero-Moreno R, et al. Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. Aging & Mental Health. 2012;16(1):27-38. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615738
10. Heo WG. A study on the participation in social activities of the elderly and the developmental trajectories of depression. Social Science Research Review. 2017;33(2):183-206. https://doi.org/10.18859/ssrr.2017.05.33.2.183
11. Park SH. Development of the mindfulness scale [dissertation]. The Catholic University of Korea; 2006. 150 p.
12. Weisman de Mamani A, Weintraub MJ, Maura J, Martinez de Andino A, Brown CA. The interplay among mindfulness, caregiver burden, and mental health in family members of individuals with dementia. Professional Psychology: Research and Practice. 2018;49(2):116-23. https://doi.org/10.1037/pro0000181
13. Kim TY, Jeon HS. The effect of mindfulness and family support on the stress-coping behavior of the primary care-givers for the elderly with dementia. Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology. 2018;8(5):629-37. https://doi.org/10.35873/ajmahs.2018.8.5.060
14. Paller KA, Creery JD, Florczak SM, Weintraub S, Mesulam MM, Reber PJ, et al. Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2015;30(3):257-67. https://doi.org/10.1177/1533317514545377
15. Solhaug I, de Vibe M, Friborg O, Sørlie T, Tyssen R, Bjørndal A, et al. Long-term mental health effects of mindfulness training: a 4-year follow-up study. Mindfulness. 2019;10(8):1661-72. https://doi.org/10.1007/s12671-019-01100-2
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p. https://doi.org/10.4324/9780203771587
17. Kim SY, Won CW, Rho YG. The validity and reliability of Korean version of Bathel ADL index. Journal of the Korean Academy of Family Medicine. 2004;25(7):534-41.
18. Kim HJ, Choi KH, Kim SH, Cummings JL, Yang DW. Validation study of the Korean version of the Brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra. 2016;6(2):214-21. https://doi.org/10.1159/000445828
19. Mangen DJ, Peterson WA. Social roles and social participation: research instruments in social gerontology. vol. 2. University of Minnesota Press; 1982. 576 p.
20. Park JN. Effect of loneliness, life stress and depression on the suicidal ideationin the elderly: Focusing on the adjustment effect of participation in social activities [dissertation]. Seoul Christian University; 2014. 149 p.
21. Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 1993;32(3):381-99.
22. Lee JH, Hong GRS. Caring experience of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease: a qualitative study. Journal of Korean Gerontological Nursing. 2022;24(3):257-68. https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.3.257
23. Kim YB. COVID-19 pandemic and changes in level of social activities of elderly: analysis on the data from Chuncheon area. Korean Regional Sociology. 2021;22(3):5-29. https://doi.org/10.35175/KRS.2021.22.3.5
24. Fong TK, Cheung T, Chan WC, Cheng CP. Depression, anxiety and stress on caregivers of persons with dementia (CGPWD) in Hong Kong amid COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;19(1):184. https://doi.org/10.3390/ijerph19010184
25. Kim EK, Park H. Factors associated with burden of family caregivers of home-dwelling elderly people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Korean Journal of Adult Nursing. 2019;31(4):351-64. https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.4.351
26. Kim TU, Kim SY, Kim EG, Kim JW, Park KW, Sung SM, et al. The differences of clinical features between Alzheimer's disease and vascular dementia according to progression. Journal of the Korean Neurological Association. 2006;24(4):337-46.
27. Ryu YM, Yu M, Oh S, Lee H, Kim H. Shifting of centricity: qualitative meta synthetic approach on caring experience of family members of patients with dementia. Journal of

https://doi.org/10.17079/jkgn.2023.00157

Korean Academy of Nursing. 2018;48(5):601-21. https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.5.601

28. Jang J, Choi H. The effects of emotion-focused individual intervention for family caregivers of people with early stages of dementia. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2016;25(2):101-12. https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2016.25.2.101
29. Gawrysiak MJ, Grassetti SN, Greeson JM, Shorey RC, Pohlig R, Baime MJ. The many facets of mindfulness and the prediction of change following mindfulness-based stress reduction (MBSR). Journal of Clinical Psychology. 2018;74(4):523-35. https://doi.org/10.1002/jclp.22521
30. Choi E, Han KM, Chang J, Lee YJ, Choi KW, Han C, et al. Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: emotional social support as a mediator. Journal of Psychiatric Research. 2021;137:589-96. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043