

치매노인 가족의 극복력

김근면¹ · 박은영² · 이영신³ · 이종남⁴

서울여자간호대학¹, 고려대학교 간호대학², 나사렛대학교 간호학과³, 극동대학교 사회복지학과⁴

Resilience of Families with Elderly Patients with Dementia

Kim, Geun Myun¹ · Park, Eunyoung² · Lee, Young Shin³ · Lee, Jong Nam⁴

¹Seoul Women's College of Nursing, Seoul

²College of Nursing, Korea University, Seoul

³Department of Nursing, Korea Nazarene University, Cheonan

⁴Department of Social Welfare, Far East University, Eumseong, Korea

Purpose: The purpose of this study was to pave the way for developing nursing intervention strategies to enhance family resilience by identifying unique patterns of resilience in families of elderly patients with dementia. **Methods:** The Q-methodology was used to define types and describe characteristics of family resilience. After in-depth interviews with 12 family members of patients with dementia and study of related literature, final 50 Q-samples were selected by collecting the opinions of experts. The selected 50 Q-statements were sorted by 30 family members (P-samples). The PC-QUNAL program was used to analyze Q-sort data. **Results:** Four distinctive Q-factors for family resilience were identified: I. Seeking positive meaning, II. Developing reasonable cooperation with family members, III. Accepting reality passively, IV. Depending on external resources. **Conclusion:** Families caring for elderly patients with dementia show unique patterns of family resilience, which result from multi-factors, such as their own belief systems or culture, organizational patterns, and communication processes, in dealing with crisis. The results of this study can be useful in confirming the types of resilience of families of patients with dementia and their characteristics, and the underlying data can be used as to develop tailored nursing strategies for strengthening family capacities to master adversity.

Key Words: Dementia, Family, Resilience

서론

1. 연구의 필요성

치매는 발병 후 비가역적인 기질적 뇌손상으로 언어, 행동, 기억력 및 지적 능력의 장애와 인격 변화로 인해(Lee, Park, &

Kim, 2005) 점차 타인의 도움 없이는 독립적으로 일상생활을 수행하기가 어려워 지속적인 돌봄과 간호가 요구되는 대표적인 퇴행성 만성질환 중 하나이다(Covinsky et al., 2003). 따라서 치매노인을 돌보는 가족은 직접적인 경제적 부담감뿐만 아니라 피로, 소진 및 신체적 기능 저하 등의 신체적 불편감을 호소하게 된다. 더욱이 치매노인을 돌보는 상황이 장기화될수

주요어: 치매, 가족, 극복력

Corresponding author: Park, Eunyoung

College of Nursing, Korea University, Anam-dong, Sungbuk-gu, Seoul 136-705, Korea.

Tel: +82-2-3290-4910, Fax: +82-2-927-4676, E-mail: eypark@korea.ac.kr

- 이 논문은 2010년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 기초연구사업 지원을 받아 수행된 것임 (2010-0004445).

- This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (2010-0004445).

투고일 2012년 4월 25일 / 수정일 2012년 6월 1일 / 게재확정일 2012년 9월 24일

록 가족들은 우울, 무력감, 높은 수준의 긴장이나 불안, 분노, 치매 환자의 부양에 따른 사생활 제약, 사회적 고립 등 심각한 심리사회적 문제를 경험할 수 있다. 이러한 치매노인 가족의 복합적인 문제는 가족 구성원간의 갈등 등 전반적인 가족의 삶의 질 저하로 잠재적으로 가족의 위기 상황을 초래할 수 있다(Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997; Janevic & Connell, 2001; Levin, 1999).

하지만 기존의 치매노인 가족에 관한 연구들은 가족이 경험하는 스트레스와 부담감 등 가족의 위기 상황과 부적응 자체에 초점을 둔 연구가 주를 이루었다(Donaldson et al., 1997; Dunkin & Anderson-Hanley, 1998; Kim, Lee, Yoo, & Park, 2007; Lee, Park, Choi, & Lee, 2005). 이는 치매노인 가족의 부담감이나 부적응과 관련된 요인을 규명하거나 스트레스 관리를 위한 기초 연구로 활용될 수 있으나 만성적인 신체적 고통 및 심리사회적 스트레스가 심한 위기 상황에서도 긍정적인 적응양상을 보이는 가족의 특성이나 적응 과정을 충분히 설명하지 못하고 있다. 최근 일부 만성질환자 가족 연구는 다양한 스트레스 경험과 위기 상황에도 불구하고 주위의 다양한 자원을 활용하고 가족 간에 융통성을 발휘하는 심리사회적으로 건장한 가족의 적응 양상을 보고하면서(Nichols & Schwartz, 2000; Walsh, 2002) 가족의 극복력(family resilience) 개념을 중요하게 다루고 있다. 가족 극복력은 가족이 변화에 따른 혼란이나 위기 상황에 직면했을 때 잘 견디고 적응할 수 있도록 돕는 가족의 특징, 차원, 속성을 의미한다(Hawley, 2000). 구체적으로 역경에 대한 의미부여, 긍정적인 인생관, 영적 혹은 정신적 특성 등의 가족의 신념 체계, 탄력성, 유대관계, 사회적, 경제적 자원 등의 가족의 구조, 표현의 명료성, 정서적 공유, 협동적 문제 해결 등의 가족의 의사소통과정을 포함한다(Walsh, 1998). 따라서 가족 극복력은 가족 기능을 약화시키거나 역기능을 불러일으키는 상황에서 기능 장애의 위험 요인을 줄이고 스트레스로부터 보호하며 위기로부터 치유와 성장을 촉진시킬 수 있으므로(Walsh, 2002) 가족의 회복과 성장을 이해하는데 핵심적인 역할을 한다(McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996).

이와 같이 가족 극복력의 접근은 역경을 극복하는 가족의 능력을 강화하는 성장에 기반을 두고 있으며, 부정적인 문제 중심의 관점에서 잠재적인 역량을 확인하고 증진시키는 강점과 안녕에 초점을 둔 긍정적이고 미래 지향적인 관점으로서의 변화를 이끌었다(Walsh, 2002). 이에 비해 국내외 치매노인 가족의 극복력에 관한 연구는 극히 소수이며, 이들 대부분은 가족 극복력과 삶의 만족도, 적응과 같은 변수의 상관관계

연구에 국한되어 있다(Fitzpatrick & Vacha-Haase, 2010; Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007; Harmell, Chattillion, Roepke, & Mausbach, 2011; Kim & Kim, 2009; Yoo, 2007). 또한 가족 극복력 개념을 가족 스트레스 이론의 단순한 연장선상에서 바라보고 있고 그 개념에 대한 정의가 일관되지 않아 우리나라 치매노인 가족의 극복력에 대한 개념의 체계화가 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 가족 극복력은 가족의 신념체계 및 문화적 배경에 따라 다양하게 나타나는 가족 고유의 특성과 더불어 가족 구성원간의 상호작용을 포함한 가족간, 환경간의 상호작용의 역동적인 과정적 특성을 보인다(Walsh, 1998). 이는 극복력 개념의 특성상 역동적이며 과정적일 뿐 아니라 복합적이고 주관적인 속성을 내포하므로 선행연구의 변수 간 상관관계의 서술만으로 이론화되기 어려워 치매노인 가족의 극복력 개념 및 속성의 근원을 추적하는 가설생성적 접근(Kim, 2008)인 Q 방법론이 본 연구주제에 유용할 수 있다.

따라서 본 연구는 Q 방법론을 이용하여 한국 치매노인 가족의 극복력 유형을 확인하고 각 유형별 특성을 설명함으로써 한국 치매노인 가족의 극복력에 대한 깊이 있는 이해를 도모하여 향후 치매노인 가족의 극복력을 강화하기 위한 간호중재 전략의 기초를 제공하고자 시도되었다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 치매노인 가족의 극복력의 주관성을 파악하고 그 특성을 설명하기 위해 Q 방법론을 적용한 탐색적 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

1) Q 모집단 및 Q 표본 구성

연구자는 Q 진술문 구성을 위해 치매노인을 돌보는 가족 12인과 비구조화된 심층면담을 실시한 후 면담내용 분석과 관련문헌 고찰을 통해 수집된 자료를 근거로 자아참조적 진술문을 구성하였다. 면담내용은 주로 치매노인을 돌보면서 겪게 되는 경험과 어려움, 이에 대한 가족의 관점과 극복해나가는 가족의 특성, 역할, 대처, 변화 및 주변과의 관계 등에 관한 것이었다. 정신간호학 전공 교수 2인과 간호학 박사(노인간호학 전공) 1인, 치매노인요양센터장 1인의 자문을 얻어 진술문간 중복항목 삭제, 분리 및 정련의 과정을 거쳐서 가족의 문제해

결능력과 융통성, 응집력 등의 내용을 포함하는 조직특성 관련 항목 30개, 문제해결을 위한 의사소통과정 관련 항목 20개, 가족의 관점과 신념, 역경상황에 대한 해석, 가족의 강점 등의 내용을 포함하는 신념체계 관련 항목 25개, 사회적 지지 관련 항목 10개로 총 85개의 모집단을 추출하였다. 추출된 85개의 Q 모집단에서 각 주제별 범주를 가장 잘 대표한다고 생각되는 진술문을 임의적으로 선택하는 방법(Kim, 2008)으로 총 50개의 Q 표본을 추출하였다.

2) P 표본 선정

본 연구에서의 관점은 치매노인 가족 극복력의 주관적 구조를 파악하기 위한 것으로 Q 방법론상 수행되는 소표본 원리에 입각하여(Kim, 2008) 가정간호, 요양원, 데이케어센터 등에서 본 연구참여에 동의한 30명의 치매노인 가족 30인을 선정하였다.

3) Q 분류

Q 분류는 치매노인 가족의 극복력에 대한 Q 표본 50개를 하나씩 읽으면서 주관적인 의견의 중요도에 따라 긍정적 감정 또는 동의(+), 부정적 감정 또는 비동의(-), 중립(0)으로 분류하도록 하되 각 항목들이 강제적으로 유사정상분포(forced quasi distribution)가 되도록 하였다. Q 분류 분포도는 각각 ± 4 점에 2개의 카드, ± 3 점에 4개의 카드, ± 2 점에 6개의 카드, ± 1 점에 8개의 카드를 분류하도록 한 후, 나머지 10개의 카드는 중립으로 분류하고 0점으로 처리하였다. 또한 대상자가 Q 분류할 때 Q 요인 해석 시 유용한 정보를 얻기 위해 분류 후 P 표본에게 동의, 비동의의 양극에 놓인 진술문에 대해 분류한 이유나 느낌 등에 대한 추가적 질문을 실시하였다. 일반적 특성 조사지 작성과 Q 분류 및 면담에 소요된 시간은 30분에서 1시간이었다.

4) 윤리적 고려 사항

본 연구의 자료수집을 위해 일 대학병원 생명윤리위원회 승인(KU-IRB-10-43-A-2)을 받았고, 2010년 7월 1일부터 2011

년 3월 19일까지 약 9개월간 자료수집을 실시하였다. 자료수집 전 Q 모집단 구성을 위한 면담 대상자와 P 표본에게 연구 목적 및 익명성과 비밀보장 등에 관한 윤리적 고려 사항을 설명하고 연구참여에 대한 서면 동의를 구하였으며, 연구참여 중에도 대상자가 원하지 않으면 참여를 거부할 수 있도록 설명하여 자발적 참여를 보장하였다.

3. 자료분석

P 표본으로 선정된 30명의 치매노인 가족이 분류한 50개의 Q 진술문들을 각 P 표본이 동의 또는 비동의한 수준에 따라 가장 동의하지 않은 항목에 1점을 시작으로 비동의 정도가 약할수록 1점씩 더하며 동의하는 정도가 가장 강한 경우 9점을 주어 자료파일에 입력한 후 PC-QUNAL program을 통해 각 항목의 표준점수, 주요인분석(principal component factor analysis)을 이용한 Q 요인분석을 실시하였다. 가장 이상적인 요인수를 결정하기 위해 아이겐 값 1.0 이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 변량과 누적 변량, 가족 극복력의 개념적 특성을 고려하여 가장 합리적인 Q 요인이라고 판단되는 것을 선택하였다.

연구결과

1. Q 요인 형성

본 연구에서는 PC-QUNAL program의 수행요인 중 상관관계를 고려했을 때 4개의 요인으로 분류하는 것이 적절하다고 판단되어 이를 입력하여 요인분석을 실시하였다. 각 요인별 설명력은 Q 요인 I 17.4%, Q 요인 II 9.5%, Q 요인 III 7.2%, Q 요인 IV 6.0%를 설명하여 4개 요인이 전체 변량의 40.1%를 설명하고 있는 것으로 나타났다(Table 1). 각 Q 요인간의 상관관계분석 결과 Q 요인 I과 Q 요인 II의 상관관계 계수는 .34, Q 요인 I과 Q 요인 III의 상관관계 계수는 .05, Q 요인 I과 Q 요인 IV의 상관관계 계수는 .10, Q 요인 II과 Q 요

Table 1. Eigen Value, Explained Variance, and Cumulated Variance of Q Factors

Variables	Q factor I	Q factor II	Q factor III	Q factor IV
Eigen value	5.23	2.84	2.17	1.79
Explained variance (%)	17.4	9.5	7.2	6.0
Cumulated variance (%)	17.4	26.9	34.1	40.1

인 III의 상관관계 계수는 .01, Q 요인 II과 Q 요인의 IV 상관관계 계수는 .17, Q 요인 III과 Q 요인 IV의 상관관계 계수는 .15로 나타났다. P 표본의 Q 요인특성 및 요인가중치는 Table 2에 제시되었으며, Q 요인 I에 11명, Q 요인 II에 6명, Q 요인 III에 5명, Q 요인 IV에 8명으로 분류되었다. Q 요인별 가중치가 높은 사람은 각 Q 요인을 분류하는데 기여한 가족으로 자신이 속한 Q 요인을 대표하는 전형적인 특성을 보여줄 수 있는 대상자임을 의미한다.

한편 전체 Q 항목 중 모든 요인들에 있어 비슷한 점수를 보여 요인과 관계없이 의견일치를 보이는 항목을 일치 항목 (consensus items)이라고 하는데, 평균표준점수가 절대값 1 이상이며 유형 간 부정으로 의견일치를 보인 항목은 ‘자식이 나만 있는 것도 아닌데 환자를 돌보는 일을 전적으로 부담하고 있다 보니 억울하고 속상한 마음에 형제들도 미워진다($z=-1.1$)’로 나타났다. 이를 역으로 해석하면 치매노인 가족들은 환자를 돌보는 일을 가족 구성원 중 특정 개인만 희생해서 치매 환자나 가족에 대한 체념이나 부정적인 인식을 갖기보다는 오히려 가족들이 함께 도와가며 치매 환자를 간호해야 한다고 인식하고 있었다. 다른 일치 항목으로는 ‘우리 가족은 환자를 모시는데 조금이라도 도움이 되기 위해 치매에 대한 정보를 얻는다거나 요양보호사 교육을 받는 등 적극적으로 행동하는 편이라 생각한다($z=0.6$)’와 ‘환자를 보면 다 치매라는 병 때문이라는 걸 알면서도 나도 사람이다 보니까 “저렇게 사실 바에는 빨리 가시는 게 나을 것 같다”라는 말이 절로 나오게 된다($z=0.1$)’로 제시되었다. 평균표준점수가 절대값 1 이상인 항목이 아니어서 해석에 큰 의미를 부여하기 어렵지만 가족간 협력으로 치매 환자 간호나 돌봄에 도움이 되는 관련 정보를 탐색하고 실질적인 교육을 제공받는 등의 적극적인 행동을 보이는 것으로 확인되었다.

2. Q요인 분석

1) Q 요인 I: 긍정적 의미추구형

Q 요인 I은 Table 3에서 제시된 바와 같이 ‘치매 환자를 돌봐야 하는 현실이 때론 고달프고 힘들었지만 나도 언젠가는 나이가 들면 어떻게 될지도 모르는데...’ 하는 생각을 하게 되어 주어진 현실을 담담하게 받아들이게 된다($z=2.0$)’에서 가장 강한 동의를 보였다. ‘치매 환자의 돌봄과 관리’는 가족 개인이 혼자 담당하기 보다는 보다 체계화되고 실질적으로 도움이 되는 정책들이 만들어져서 국가적인 차원에서 관리가 되어야 한다고 생각한다($z=1.9$)’, ‘하느님은 시련을 주시면서 그

것을 이겨낼 수 있는 힘도 함께 주신다고 생각하기 때문에 그런 믿음으로 온 가족이 주어진 현실을 담담하게 받아들이고 주어진 환경에서 최선을 다해야 한다고 생각한다($z=1.7$)’ 순으로 강한 동의를 보였다. 치매노인을 돌보는 상황에 대해 종교적 해석을 시도하고 주 돌봄제공자 개인의 부담이 아닌 가족 전체의 문제로 인식하여 가족 구성원이 협력적으로 문제를 해결하려는 등 긍정적인 면이 강한 유형이다. 반면 비동의 항목으로는 ‘환자를 돌보느라 나를 노력하는데 환자 상태가 안 좋아지면 식구들이 모든 비난을 내게 돌리는 것 같아 가족들도 보기 싫을 때가 있다($z=-1.9$)’, ‘치매 환자를 돌보는 일은 직접 해보지 않은 사람은 상상조차 하기 힘든 일이기 때문에 누군가에게 조언을 구하는 일은 소용없다고 생각한다($z=-1.8$)’ 등으로 현 상황에 대한 부정적 인식을 표현하는 항목에는 동의하고 있지 않았다. Q 요인 I의 가족 극복력 유형을 명료화하기 위해 이 요인의 전형이라고 할 수 있는 요인가중치가 높은 P 표본과의 면담내용을 참고하면 다음과 같다. 요인가중치가 가장 높은 P-8 (factor weight score=2.20)은 54세 남성으로 환자의 아들이며 학력은 대학원졸업자로 월수입 500만원 이상으로 중상위권에 속하였다. 현재 치매를 앓고 계신 어머니는 가정간호서비스를 받고 있었으며 유병기간은 25개월이었다.

어머니가 치매라 진단받았을 때 치매라는 병이 내 가족에게도 생길 수 있는 문제였구나 하는 생각과 청천벽력과 같은 진단에 충격이 컸지만 가족끼리 다독거리며 마음을 다잡았어요. 어머니가 불쌍하다는 생각이 제일 컸구요. 아무래도 어머니 곁에서 가장 많은 시간을 함께 한 아내에게 미안하다는 생각도 컸습니다. 왜 성경에도 있지 않습니까? 수고하고 무거운 짐 진 자들이 다 내게로 오라 내가 너희를 쉬게 하리라. 이런 구절이 있듯 하느님께 의탁하게 되더라고요. 그래서 교회도 더 열심히 다니게 되고, 집사람 같은 경우는 교회에서 봉사도 더 열심히 하더라고요. 아이들도 평일엔 할머니 돌봐드릴 시간이 없는데도 저녁에 번갈아 가며 일찍 들어옵니다. 제 어머니 힘들까봐서요. 아이들에게도 너무 고맙고 미안하죠. 요양센터 같은 곳에 모실까도 생각했지만 아무래도 가족들 곁에 모시는 게 어머니 병환상태에도 더 나을 것 같더라고요.

Q 진술문의 동의/비동의 항목과 면담자료를 종합할 때, Q 요인 I의 특성은 치매 환자를 돌보는 상황에서의 위기와 충격을 종교적인 힘과 더불어 가족의 이해와 협력을 통해 가능한 긍정적으로 의미를 부여하고 수용하며 극복하려는 노력을 보

Table 2. Factor Weights by Q Factors and Characteristics of the Subjects

Q factor (N)	P sample No.	P samples (Family members)						Patients with dementia				Factor weight		
		Gender	Age (year)	Marital status	Relation with patients	Education	Job	Monthly income (10,000 won)	Age (year)	Duration of dementia (m)	Residence with/at		Health care services	
Q factor I (11)	1	F	60	Married	Daughter	HS	Homemaker	351~400	93	48	Family	HHC	0.28	
	3	F	52	Married	DL	HS	Homemaker	301~350	84	204	Family	HHC	0.26	
	8 [†]	M	54	Married	son	GS	Commerce	≥500	77	25	Family	HHC	2.20	
	9	M	58	Married	son	College	Commerce	≥500	89	30	Family	DC	1.39	
	10	M	52	Married	son	College	Commerce	201~250	77	14	Family	DC	1.14	
	13	M	84	Married	Spouse	College	Others	201~250	83	108	Family	NH	0.47	
	15	F	72	Married	Spouse	ES	Homemaker	301~350	74	48	Family	HHC	1.37	
	16	F	67	Married	Spouse	MS	Homemaker	151~200	73	48	Family	CWC	0.46	
	18	F	60	Married	DL	MS	Homemaker	101~150	85	3	Family	others	0.57	
	20	F	70	Married	Spouse	MS	Homemaker	101~150	80	144	Family	HHC	1.38	
	21	F	52	Married	DL	HS	Services	351~400	86	66	Family	DC	0.45	
Q factor II (6)	11	F	74	Married	Spouse	MS	Homemaker	151~200	77	120	Family	DC	0.40	
	12	F	60	Married	Daughter	HS	Homemaker	101~150	83	90	Family	HHC	0.86	
	19	F	80	Married	Spouse	HS	Homemaker	≤100	90	10	Family	CWC	0.53	
	27	F	47	Married	Daughter	College	Homemaker	301~350	82	53	NH	NH	0.79	
	29	F	53	Married	DL	HS	Services	251~300	79	60	Family	HHC	0.52	
	30 [†]	F	58	Married	DL	College	Homemaker	≥500	85	24	NH	NH	1.02	
Q factor III (5)	2	F	57	-	Daughter	MS	Homemaker	201~250	86	12	Family	DC	1.91	
	4	F	72	Married	Spouse	None	Homemaker	≤100	72	36	Family	DC	0.33	
	5	M	75	Married	Spouse	GS	Others	≤100	74	60	Family	others	1.51	
	6	M	77	Married	Spouse	HS	None	≤100	77	36	Family	HHC	0.12	
	7 [†]	M	68	Separated	Son	College	Commerce	201~250	88	30	Family	DC	2.63	
	Q factor IV (8)	14	F	70	Married	Spouse	MS	Homemaker	≤100	68	36	Family	DC	0.33
		17	F	52	Married	DL	HS	Others	151~200	79	4	Family	HHC	0.29
22		F	65	Married	Daughter	College	Homemaker	351~400	90	5	Family	HHC	0.91	
23		F	35	Married	Daughter	College	Homemaker	351~400	77	120	NH	NH	0.14	
24		F	75	Married	Spouse	MS	Homemaker	251~300	81	-	NH	NH	0.93	
25		M	65	Married	Son	HS	Commerce	351~400	-	-	-	-	1.28	
26		F	61	Married	Others	HS	Homemaker	351~400	-	-	-	-	0.51	
28 [†]		F	54	Married	DL	HS	Homemaker	151~200	85	36	Family	HHC	0.86	

[†] P sample who shows the highest factor weight among P samples of each Q factor.

DL=daughter-in-law; ES=elementary school; MS=middle school; HS=high school; GS=graduate school; NH=nursing home; HHC=home health care; DC=daycare center; CWC=community welfare center.

Table 3. Array of Z-score of Four Q Factors and Q Items

Q Items	Z-score			
	Q factor I	Q factor II	Q factor III	Q factor IV
1 Even while thinking that caring for a patient with dementia is family obligation, I cannot help wishing to avoid and escape from this situation.	-1.2	1.1	-1.5	-0.2
2 Because I believe that supporting a dementia patient is not a burden to be borne only by the first-born or spouse but should be borne by those who can afford to support, I do not really blame my siblings and do not expect much from them.	1.0	-1.2	-1.8	-0.3
3 As there is no dutiful son to long-term sickness, placing a patient in a nursing home would be a wiser choice to maintain a good relationship with family members and to have personal time than suffering from caring for the patient at home.	0.1	-0.1	1.1	1.9
4 Although family members mostly care for patients with dementia at home, the society should be responsible for attending the patients and expand current dementia-related health care systems.	1.6	1.6	-0.9	0.9
5 Caring for dementia patients should be managed in the government level through systematic and realistic policies rather than only individual family's duty.	1.9	1.7	0.3	1.4
6 I believe that it is reasonable for all family members to bear the expenses regarding supporting the patient together (facility fees, nursing fees, hospital fees etc.).	1.2	2.0	0.6	1.2
7 Family members make all decisions regarding caring a dementia patient together through a family meeting, ranging from trivial to huge matters.	0.7	0.8	-0.7	0.0
8 Because other family members are busy with their own lives while I am spending all my time and efforts in caring for a dementia patient, I usually have to endure my stress alone.	1.0	-0.4	1.7	-1.1
9 I feel a bit relieved from caring for a patient due to social support, including long-term care insurance, and I feel that this kind of support from the society is desperately needed.	0.9	1.9	-0.7	1.9
10 Because dementia make family members as well as patients suffered, it is hard for me to accept the difficult situation so that I cannot help but ask why my family members, who are kindhearted, have to endure this kind of hardship.	-0.2	-1.9	1.5	-0.0
11 No matter how I try to positively think and to cheer up, I feel tempted to give up over time when realizing all my efforts poured in caring for a patient is useless in that his/her condition becomes worse and dementia is not a curable disease.	-1.5	0.6	-0.1	-0.7
12 Having a dementia patient in his/her family is likely to have a family disease, giving pain to all family members.	-0.0	1.4	1.3	0.3
13 As the adage goes "there is no dutiful son to a long-term disease," I feel that now my siblings do not care about a patient and family relationship has fallen apart.	-0.9	-1.5	-1.4	0.7
14 I feel that a relationship among family members becomes alienated due to the hardship and misunderstanding arising out of caring for a patient with dementia.	-0.9	-0.3	1.1	1.0
15 While some siblings feel sorry for a dementia patient, others say that "taking care of my own family rather than parents is a priority," or "it is merely a given reality and a process of life." These different perspectives could be barriers to caring for the patient.	-0.4	-0.2	-0.8	0.3
16 Since my siblings do not help take care of a patient due to their own business while the patient has been cared for at my home, I feel burdened by the major task only my family took on.	-0.9	-0.5	1.1	1.3
17 Because caring for a patient requires attention at all times, it is hard to have separate personal time or any leisure time in life.	-0.9	0.3	-1.2	0.8

Table 3. Array of Z-score of Four Q Factors and Q Items (Continued)

Q Items	Z-score			
	Q factor I	Q factor II	Q factor III	Q factor IV
18 Because I think only one son cares for a dementia patient among several siblings and my siblings become more and more disinterested towards the patient, I cannot help abandoning all expectations on my siblings.	-0.5	-1.4	-0.6	0.3
19 When I see my family members, who once had a good relationship, become now estranged after frequent argument, I feel that all efforts are useless.	-1.2	-2.0	-0.4	0.6
20 Since all family members seem to blame me for patient's worsening conditions in spite of my efforts, I cannot bear the sight of them sometimes.	-1.9	-1.3	0.0	-0.6
21 When a patient was first diagnosed with dementia, I was extremely disappointed with my siblings who indifferently said "it would be better for him/her to die," or "there is no choice but to place him/her in a nursing facility," instead of feeling pity for him/her.	-1.0	-0.3	-2.0	-0.7
22 Because taking care of a dementia patient is unimaginably an difficult task, seeking advice or helping from others is useless.	-1.8	-0.3	0.7	0.2
23 I sometimes feel resentful towards my siblings because I am the only one taking full charge of caring for the patient.	-1.1	-0.8	-1.5	-0.9
24 This is a difficult situation for me because caring for a patient at home makes the whole family suffer while placing the patient in a nursing home makes me feel as if I were abandoning him/her.	-0.9	1.2	0.3	-0.9
25 A vicious circle is being formed because I sometimes feel sympathetic to a patient while sometimes I am so exhausted, thinking it would rather be better for the patient to die, especially when the patient shows abnormal and uncontrollable symptoms of dementia.	-0.4	0.9	0.4	-0.3
26 Due to caring for a deteriorating patient, all family members seem to be gradually ill in terms of physical and mental health as well.	-1.2	-0.2	0.5	-0.0
27 Although I do understand that a patient is acting out of dementia, I find myself unconsciously saying, "it would be better to die than to live like that."	-0.4	-0.1	0.5	0.5
28 Since I have no personal time to spend with my friends due to taking care of a patient, I feel confined in an isolated island.	-0.9	0.5	1.4	-0.3
29 Due to the lack of professional advice or information regarding patient care or his/her prognosis, I feel lost, not knowing what to do.	0.3	-1.2	-1.2	-0.1
30 Because of continuously going through abnormal behaviors of a patient, I sometimes wish that the patient would die rather than live under no control for the whole family.	-1.1	0.2	0.3	0.9
31 While I am looking after a patient on behalf of busy family members, I occasionally feel resentful towards those who do not understand my suffering.	-1.0	-1.2	0.2	0.7
32 I feel more comfortable and accustomed by considering and treating a patient as a baby.	1.4	-0.5	1.0	0.2
33 Although looking after a patient is at times tough and exhausting, I have been calmly accepting this given reality, thinking that I myself might become such a patient one day.	2.0	0.0	1.4	1.2
34 Even though dementia is not a curable disease which would make it difficult for family members, my family became more united to adjust this situation.	0.7	-0.9	1.0	-1.4
35 My family takes a quite active part in seeking information or receiving education regarding caring for a patient in order to provide at least some assistance.	0.5	0.8	0.9	0.2

Table 3. Array of Z-score of Four Q Factors and Q Items (Continued)

Q Items	Z-score			
	Q factor I	Q factor II	Q factor III	Q factor IV
36 Although I feel bad about placing a patient in a nursing home, I believe it is a better alternative than suffering from caring for the patient at home in that family members are able to gain some breathing space, which allows to treat him/her with more sympathy.	-0.3	0.3	0.5	2.2
37 It is easier and more stable that family members decide to take charge of caring for a patient, such as preparing meals or bathing the patient, comparing to that only one person is in charge of it.	0.1	-0.6	0.3	-1.7
38 After caring for a patient, my family has become more responsible, encouraging, and zealous in life.	-0.1	0.0	0.6	-1.8
39 Because my family members always have to keep an eye on a patient and help his/her self care, including assistance in eating, bathing, or elimination, we take turns doing housework.	-0.4	-1.4	-0.8	-1.7
40 It is a difficult and burdensome task to take care of a patient, however, my family members cooperate based on the idea that we should overcome the situation if we cannot avoid it.	1.4	-0.1	-0.7	-0.4
41 I do not think I could have taken care of a patient without the trust and faith of family members.	0.4	1.3	-0.3	-0.9
42 I believe that constantly communicating with family members and asking for their understanding on any difficulties related to caring for a patient is the way to maintain good family relationships.	0.7	1.2	0.2	-0.3
43 Because my family's whole life has been changed to revolve around taking care of a patient such as diet and residential environment, I feel uncomfortable at first, but have now become used to it.	0.3	-0.2	-0.7	-0.8
44 Even though I suffer from taking care of a patient, I feel at peace when realizing that I am thankful for small blessings during attending church with my family.	0.6	0.8	0.4	-0.8
45 Because I believe that God gives us strength to overcome any pain when putting us in a difficult situation, we should accept the given situation and do our best based on that faith.	1.7	0.1	-1.9	0.2
46 Although my siblings live far from each other, we sometimes ask after a patient and always make important decisions through family discussions.	0.7	1.7	-1.5	-1.5
47 I think that sharing information and suffering at family gatherings, community welfare centers, or nursing homes is extremely useful and necessary in caring for a patient.	0.8	-0.2	-0.7	0.8
48 Although it is difficult for my family to spend time together due to caring for a patient, we put in efforts to have personal time or family time by each of us in rotation.	0.9	-0.5	1.6	0.5
49 While my family has been mainly caring for a patient at home, my siblings have cooperated with each other, including attending the patient occasionally or sharing expenses.	-0.1	-0.5	0.1	-2.1
50 I could never have imagined taking care of a patient suffering from dreadful and difficult dementia without my family.	0.4	-0.4	0.3	-0.9

인다. 또한 이 과정에서 높은 가족응집력을 바탕으로 가족 간 개방적인 감정 표현과 의사소통, 역할 분담을 통해 협력적으로 문제를 해결하고자 한다. 따라서 Q요인 I을 긍정적 의미추구형이라 명명하였다.

2) Q 요인 II: 합리적 상호협력형

Q 요인 II는 ‘환자를 돌보면서 발생하는 경제적 비용(시설 이용비, 간병비, 병원비 등)은 형제들과 가족들이 십시일반으로 조금씩 나눠 부담하는 것이 합리적이라 생각한다(z=2.0)’

에 가장 강한 동의를 보였다. 이밖에도 ‘장기요양보험제도 등 사회적인 도움으로 그나마 환자 돌보는 부담감에서 조금은 해방된 느낌이 들고 이러한 사회적 도움이 절실하다는 생각이 든다($z=1.9$)’, ‘형제들이 서로 멀리 살고 있다 하더라도 환자에 대한 안부도 가끔씩 전하고 중요한 결정 사항도 반드시 의논해서 결정한다($z=1.7$)’ 항목에서 강한 동의를 나타내어 환자를 돌보는 상황에서 발생할 수 있는 문제 해결에 집중되어 있음을 알 수 있다. 비동의를 보인 항목으로는 ‘부모님이 치매에 걸리시기 전까지 우에 있던 형제들이 환자 돌보는 문제로 다투게 되는 등 지금은 서먹해져서 서로 왕래도 없이 지내는 것을 보면 안타까우면서도 다 소용없다는 생각이 든다($z=-2.0$)’에서 가장 강한 비동의를 보였으며, ‘치매라는 병은 환자는 환자대로 힘들고 가족은 가족대로 마음의 병이 드는 질병이라 여태 남한테 나쁜 짓 하나 안하고 지낸 우리 가족에게 왜 이런 시련이 찾아오는 것일까 하는 생각에 원망스럽고 아직까지 받아들이기 힘들 때가 있다($z=-1.9$)’, ‘오랜 병에 효자 없듯 이제 자식들도 환자에 대해 무관심해지는 것 같고 이웃 사촌만도 못하다는 생각이 든다($z=-1.5$)’에서 강한 비동의를 보였다. 즉, Q 요인 II는 치매 환자 돌봄 자체를 힘들고 지칠 수 있는 상황으로 인지하지만 이를 가족간 상호협력과 의사소통으로 해결하고 사회적 시설과 제도를 이용하는 등 보다 현실적으로 접근하여 현 상황에 대한 부담감을 분담하여 극복하려는 의지를 강하게 보인다. Q 요인 II의 전형인 요인가중치가 가장 높은 P 표본과의 면담내용을 참고하면 다음과 같다. P-30 (factor weight score=1.02)은 58세 여성으로 치매 환자의 며느리며 대졸학력의 월수입 500만원 이상의 중상위층으로 환자를 가정에서 모시다가 두 달 전부터 요양원에 모신 상태이다. 환자의 유병기간은 24개월이었다.

어머니를 요양원에 모신지 두 달째 접어들고 있어요. 처음에 형제들 모두 망설였는데 지금은 오히려 잘했다는 생각이 들어요. 어머니한테도 가족들에게도 모두요. 어머니도 전문적인 도움을 받으시는 거고 형제들도 부담에서 다소 벗어날 수 있고…….(중략) 처음엔 많이 당황했었죠. 점점 어머니 상태가 안 좋아질수록 어디로 도망가 버리고 싶을 때도 있었으니까요. 사실 제가 만며느리는 아니지만 큰 형님 댁 사정이 안 좋아서 모시고 있어요. 꼭 만이가 모셔야 되는 건 아니지만 힘들 땐 그런 생각도 좀 나긴 해요. 그래도 어떡하겠어요. 형편이 되는 사람이 해야죠. 하지만 어머니에 대한 중요한 결정 사항이 있거나 어머니에게 드는 비용은 형제들이 모여서 결정하고 나눠서

해요. 요양 보호사가 요즘은 집으로 나와 주셔서 얼마나 큰 힘이 되는지 몰라요. 제 개인시간도 가질 수 있구요. 이런 제도적인 혜택이 많아졌으면 좋겠어요.

Q 요인 II는 치매 환자를 돌보는 상황에 대해 힘들고 어려운 상황으로 인식하기는 하나 현실적인 여건과 가족 간 상호신뢰를 바탕으로 가족 간의 상호 협력적인 문제해결방식과 유대관계, 안정적인 협력을 취하여 위기상황을 극복하려고 하는 유형이다. 이에 Q 요인 II를 합리적 상호협력형이라 명명하였다.

3) Q 요인 III: 수동적 현실수용형

Q 요인 III는 ‘환자를 돌보는 일에 시간과 노력을 다 쏟고 있고 가족들은 모두 자기 할 일들에 바빠기 때문에 스트레스가 쌓이더라도 혼자서 삭히는 경우가 많다($z=1.7$)’ 항목에서 가장 강한 동의를 보였다. 또한 ‘환자를 돌보는 문제로 가족이 함께 시간을 보내는 게 힘들더라도 되도록 서로 번갈아가며 개인시간을 갖거나 가족들끼리 시간을 보내려고 노력한다($z=1.6$)’, ‘치매라는 병은 환자는 환자대로 힘들고 가족은 가족대로 마음의 병이 드는 질병이라 여태 남한테 나쁜 짓 하나 안하고 지낸 우리 가족에게 왜 이런 시련이 찾아오는 것일까 하는 생각에 원망스럽고 아직까지 받아들이기 힘들 때가 있다($z=1.5$)’에서 강한 동의를 보였다. 비동의를 보인 항목으로는 ‘치매라는 질병이라는 걸 알게 되었을 때 형제들이 “본인을 위해서도 얼른 돌아가시는 게 낫다”, “시설에 모시는 수밖에 없다”는 등 환자를 측은하게 생각하기 보다는 오히려 너무나도 냉정하다는 생각에 형제도, 자식도 다 소용없다는 생각이 든다($z=-2.0$)’에서 가장 강한 비동의를 보였다. 이밖에도 ‘하느님은 시련을 주시면서 그것을 이겨낼 수 있는 힘도 함께 주신다고 생각하기 때문에 그런 믿음으로 온 가족이 주어진 현실을 담담하게 받아들이고 주어진 환경에서 최선을 다해야 한다고 생각한다($z=-1.9$)’와 ‘환자를 모시는 일은 꼭 장남, 배우자의 몫이 아니라 형편이 되는 사람이 모시는 게 맞다고 생각하기 때문에 굳이 다른 형제들에게 기대하는 바도 없고 서운하지도 않다($z=-1.8$)’에서 강한 비동의를 보였다. 즉, Q 요인 III은 치매노인을 돌보는 상황에 대하여 원망과 더불어 부정적으로 인식하는 유형으로 스트레스를 혼자서 삭히는 등 다소 소극적으로 현실을 수용하며 가족결속력이 낮아 가족간 감정표현이 자유롭지 못한 유형이다. Q 요인 III의 전형인 요인가중치가 가장 높은 P 표본과의 면담내용을 참고하면 다음과 같다. P-7은 68세 남성으로 현재 30개월째 치매를 앓고 있는 88세

의 어머니를 혼자 모시고 있으며 부인과는 별거상태에 있고 직업은 자영업으로 월수입은 201~250만원 정도였다. 치매 환자는 현재 데이케어센터를 이용하고 있었다. Q 요인 III로 분류된 P표본의 경우 다른 유형에 비해 경제적 상태가 낮은 편에 속하는 대상자가 많았다.

다 소용없더라고요. 어머니가 치매라고 하니 마누라도 못 모시겠다 나가고 그냥저냥 저랑 같이 살고 있어요. 그냥 열심히 산 것 밖에 없는데, 왜 이런 일이 생기는지……. 그래도 어떡하겠어요. 어머닌데. 원망스럽긴 해요. ‘왜 말년에 이런 일이 생기나.’ 사실 저도 노인이잖아요. 노인이 노인을 모시고 있는 판이니깐. 밑에 동생도 있어요. 그렇다고 동생보고 모시고 가라할 수는 없잖아요. 그냥 그냥 견뎌야죠 뭐. 이렇게 낮에는 복지관에 어머니 보내고 저녁엔 집에 모시고, 그래도 복지관에 보낸 시간엔 제가 가게라도 나갈 수 있으니 다행이죠 뭐. 그냥 그냥 사는 거예요. 어머니 돌아가실 때까지 제가 모실 수 있을 때까지…….

Q 요인 III는 치매노인을 돌보는 현실을 버겁고 힘든 위기상황으로 받아들여 다소 부정적으로 인지하지만 어쩔 수 없이 자신이 처한 상황에서 어렵게 현실을 수용하려는 특성이 있다. 또한 가족간의 유대관계가 부족하여 치매노인을 돌봄으로써 발생하는 문제를 가족 내에서 협력적으로 해결하기 보다는 개인이 감당하려는 폐쇄적인 감정 표현과 의사소통 과정을 보인다. 따라서 Q 요인 III를 수동적 현실수용형이라 명명하였다.

4) Q 요인 IV: 외적자원 의존형

Q 요인 IV는 ‘환자를 시설에 모시는 것이 마음은 아프지만 심리적으로나 육체적으로나 여유가 생기게 되어 환자에게도 더 잘하게 되는 것 같아 집에서 서로 힘들어 하는 것보다 낫다고 생각한다($z=2.2$)’에서 가장 강한 동의를 보였다. 또한 ‘긴 병에 효자 없고 집에서 환자를 모시면서 서로 힘들어 결국 포기하게 되는 것보다 차라리 요양시설에 모시는 것이 그나마 부모님과의 관계를 좋게 유지할 수 있고 가족간의 관계와 개인생활까지 보장받을 수 있어 현명한 일이라고 생각한다($z=1.9$)’, ‘장기요양보험제도 등 사회적인 도움으로 그나마 환자 돌보는 부담감에서 조금은 해방된 느낌이 들고 이러한 사회적 도움이 절실하다는 생각이 든다($z=1.9$)’ 등에서 강한 동의를 보여 요양시설이나 요양보험제도 등 현실적이고 사회적인 지원에 대한 높은 요구를 보였다. 비동의 항목으로는 ‘환

자를 모시는 건 주로 우리 가족이 담당하고 있지만 경제적 비용 등을 형제들이 서로 분담하거나 잠깐만이라도 환자를 모셔가는 등 나름대로 우리 가족은 환자를 모시는데 서로 협조하고 있다($z=-2.1$)’에서 가장 강한 비동의를 보였다. ‘환자가 발생한 이후로 우리 가족은 오히려 그 전보다 각자 자기가 맡은 일을 분담해가며 열심히 살려고 노력해가며 서로 격려한다($z=-1.8$)’, ‘환자를 돌보는 일은 식사부터 목욕에 이르기까지 가족들이 서로 분업화해서 담당하고 있어 혼자 환자를 돌보는 것보다 훨씬 수월하고 심리적으로도 안정이 되는 것 같다($z=-1.7$)’에서 강한 비동의를 보여 치매노인을 돌보는 일에 대한 역할분담 등 가족 간의 협조적인 노력에 대해서는 부정적인 시각을 보였다. Q 요인 IV의 전형인 요인가중치가 가장 높은 P 표본과의 면담내용을 참고하면 다음과 같다. P-25는 65세 남성으로 치매 환자 어머니를 모시고 있으며 현재 자영업으로 월수입은 351~400만원이었다.

‘긴 병에 효자 없다’는 말이 있잖아요. 어머니를 모시다 보니 저도 이제 노인이고 보살핌을 받아야할 나이인데 힘들더라고요. 이렇게 오래되다 보면 형제들끼리도 더 소원해지고, 서운한 마음이 생기게 되고……. 어차피 하루, 이틀 갈 병도 아니고 괜히 가족들끼리 의 상하는 것보다 시설이나 기관을 이용하는 게 나을 것 같아요. 어차피 나을 병도 아니고 매번 어머니 일로 가족회의하는 것도 그렇고, 처음엔 가족회의라는 것도 해보고 그랬는데 서로 사는 게 힘들고 바빠다 보니까. 이런 치매 환자 돌보는 걸 도와줄 수 있는 기관이나 국가적 도움이 많아졌으면 좋겠어요.

Q 요인 IV는 치매노인을 장기간 돌봄으로 인하여 가족 내 정서 등의 공유와 상호협력적 문제해결이 어려워 결국 가족간의 관계가 소원해지고 소진을 경험할 수 있는 유형이다. 이러한 가족 내의 문제점과 치매노인을 돌봄으로써 발생하는 만성적인 위기 상황에 대해 부정적 인식이 강하여 이를 극복하기 위해 가족의 힘보다는 외적, 공적 지지체계에 의존하려는 경향이 강하여 외적 자원을 활용하고자 하는 의도가 큰 유형으로 Q 요인 IV를 외적자원의존형으로 명명하였다.

논 의

본 연구는 Q 방법론을 통하여 치매노인 가족의 극복력에 대한 개념 및 요인별 특성을 설명하고자 하였다. 본 연구결과에서 제시된 치매노인 가족의 극복력에 대한 유형과 Q 요인간

특성을 토대로 치매노인 가족 극복력의 속성에 대해 논의하고자 한다.

본 연구결과 Q 요인간 일치항목을 고려해 볼 때, 치매노인 가족 극복력의 공통된 본질은 치매노인을 돌보는데 있어 가족 구성원 중 특정 개인만 전적으로 부담하고 희생하여 가족 갈등을 초래하기 보다는 가족들이 상호 협력하여 치매 환자 간호와 관련된 정보와 교육을 탐색하는 등 적극적인 행동으로 확인되었다. 이는 한국 치매노인 가족 극복력의 공통된 속성 중 지속적인 위기 상황에서도 문제를 적극적으로 해결하려는 등의 가족 공동의 노력이 하나의 주요한 요소임을 제시해 주고 있다. 이러한 결과는 가족 극복력의 핵심과정으로 위기 상황시 가족은 공동의 노력을 통해 더 강인해지고 지략적으로 변화해간다는 Walsh (2002)의 주장과 일치한다. 또한 Lee 등 (2002)은 한국가족의 극복력의 속성 중 내적, 외적 자원을 지속적으로 이용하려는 가족의 위기 극복행위는 만성화될수록 더 강화되기 때문에 가장 설명력이 큰 요인으로 보았는데, 이는 본 연구결과 치매노인 가족 극복력의 본질과 매우 유사한 결과이다. 뿐만 아니라 문제와 관련된 정보를 적극적으로 확보하려는 속성인 외부자원 활용 능력 역시 주요한 요인으로 규명된 점은 본 연구에서 다시 확인된 결과이다. 따라서 정신건강간호사는 치매노인 가족구성원들이 자원을 활용할 수 있도록 가족의 요구에 맞는 정보를 제공하고 궁극적으로 가족이 지닌 잠재적 자원과 강점을 발견하여 가족 스스로 그들의 역할을 강화하고 활용하도록 도모해야 할 것이다(Bae & Choi, 2006).

구체적으로 Q 요인 I은 긍정적 의미추구형으로 종교적인 힘을 통해 처한 현실을 가능한 긍정적으로 인식하며 개방적인 감정 표현과 협력적 의사소통으로 치매노인을 돌보는 역할을 가족이 합리적으로 분담하고 문제를 해결하려는 노력을 보인 요인이며, 이는 만성적인 위기 상황을 수용하기 위해 의미를 부여하는 단계에서 시작되고 본 연구에서 요인의 변량을 고려해 볼 때 가장 일반적인 치매노인 가족의 극복력 유형으로 나타났다. 나머지 Q 요인에 비해 Q 요인 I의 두드러진 특징인 종교적인 힘으로 위기 상황을 긍정적으로 바라보는 가족 극복력의 속성은 여러 연구의 가족 극복력 개념 분석 시 공통적으로 제시되었다(Lee et al., 2002). 이 요인에서 나타난 종교적인 측면은 위기 시 가족들을 지지할 뿐만 아니라 일관적인 삶의 태도를 형성하며, 강력한 치유의 힘이자 강점을 발견할 수 있는 가족 성숙의 계기가 되므로 가족 극복력의 원천이 될 수 있다(Walsh, 1998, 2002). 이는 Walsh (1998)가 제안한 가족 극복력 모형에서 가족의 극복력은 긍정적인 가치관과 영성

으로 역경에 대한 의미를 부여하고 변화에 대한 융통성을 발휘하여 가족구성원과 지역사회와의 유대관계를 가지고 개방적인 정서 공유와 상호협력적인 문제 해결방식을 통한 의사소통 과정을 포함한다는 주장과 매우 유사하다. 반면, Q 요인 II는 합리적 상호협력형으로 치매 환자를 돌보는 현 상황 자체는 힘들고 어렵다는 다소 부정적 인식을 가지고 있으나 현실적인 문제해결을 위해 가족 간의 상호 신뢰와 유대관계를 바탕으로 협력하는 요인이다. Q 요인 I와 Q 요인 II는 가족간의 유대관계와 상호협력적인 문제해결 노력 등 가족 구조와 의사소통 과정에 있어 유사한 형태를 보이며, 가족의 신념체계에 있어 가족 모두 위기 상황에 대해 공통된 인식을 가지고 있다. 하지만 Q 요인 I이 보다 현 상황을 종교적인 측면에 의지하여 긍정적인 의미부여를 하는 한편 Q 요인 II는 현 상황에 대해 부정적인 인식을 하는 차이를 보인다.

Q 요인 III은 수동적 현실수용형으로 치매 환자를 돌보는 현실을 원망하는 등 상황을 부정적으로 인식하며 가족 간 합의나 협력에 의한 문제해결보다는 직접 환자를 부양하는 가족이 많은 부분 희생을 감수하는 측면이 보인다. 이로 인해 불가피하게 현실을 수용하려는 다소 폐쇄적인 의사소통과정과 함께 고립감과 무력감을 나타낸다. 또한 Q 요인 IV는 외적자원 의존형으로 치매노인을 간호해야 하는 상황으로 가족관계가 소원해지고 가족 내 정서 공유나 협력적 의사결정이 어려워 쉽게 가족이 와해되거나 소진되기 쉬운 요인으로, 현실에 대해 부정적 문제 인식이 강하고 이에 따른 가족의 부담을 덜기 위해 외적 자원이나 사회적 지원에 의존하려는 성향이 강하다. 따라서 지지적 역할자로서 정신건강간호사는 치매노인을 돌보는 과정에서 가족들이 쉽게 소진되지 않도록 이들에게 취미활동이나 운동, 종교적 활동 등에 적극적으로 참여하여 자신만을 위한 시간을 갖는 것에 대한 중요성을 교육하여야 한다. 또한 자원 연계자로서 정신건강간호사는 환자 가족들이 돌봄으로 인한 어려움에서 벗어나 일시적으로 휴식을 가질 수 있도록 치매노인을 위한 주간보호소 뿐 아니라 밤 시간대나 주말시간에도 탄력적으로 운영하는 시설이나 효율적인 지역사회 서비스를 연계할 수 있다(Ross, Holliman, & Dixon, 2003). 다른 한 편, 가족 응집력은 위기에 직면한 가족이 가족에 대한 이해와 통제력을 발휘하여 스트레스 상황을 삶의 일부로 긍정적으로 수용하고 위기보다는 도전으로 인지하여 성공적으로 대처할 수 있는 가족 극복력의 주요한 요소 중 하나이다(Antonovosky, 1998). 따라서 정신건강간호사는 보다 근본적으로 Q 요인 III나 IV와 같이 유대관계가 부족한 가족이 위기 시 혼돈과 가족 해체를 경험할 때 가족 응집력을 활용

하여 가족의 역할과 구조의 변화 등 가족을 재조직해야 한다는 필요성을 교육하고(Lee et al., 2002; Walsh, 1998), 가족이 안정적으로 균형을 찾을 수 있도록 도울 수 있다(Walsh, 2002).

본 연구에서 확인된 4개의 Q 요인은 치매노인 가족의 극복력 유형을 제시하고 있다. 앞서 논의되었듯이 선행연구나 문헌에서 제시되었던 역경에 대한 의미부여나 긍정적 가치관, 영적인 힘 등의 신념체계, 융통성, 유대관계 및 결속력, 사회, 경제적 자원의 가족 구조 변화, 지속적인 소통, 개방적 정서 공유, 협력적 문제 해결 등의 의사소통과정의 가족 극복력 속성이 각 요인별로 다르게 확인되었다. 뿐만 아니라 극복력 과정에서 가족 해체나 혼돈의 경험, 현 상황에 대한 부정적 인식이나 소진 등의 부정적 측면이 제시되기도 하였다. 이는 극복력 개념 자체가 반드시 긍정적인 결과만을 의미하는 것이 아니라 할 수 있다. 왜냐하면 가족 극복력은 고정불변의 것이 아니며(Tusaie & Dyer, 2004) 가족 고유의 특성 외에 ‘과정’을 내포하기 때문이다(Walsh, 2002). 또한 가족 문화와 구조는 점차 다원화되고 유동적이기 때문에(Walsh, 1998) 가족 극복력은 확립적이고 자동적으로 기능하기보다는 전후 맥락 내 변인들에 대해 다양하게 반응하며 강화되기도 하고 약화되기도 하기 때문이다(Tusaie & Dyer, 2004). Q 방법론에서 요인은 사람의 특징보다는 규명하고자 하는 현상의 주관적 속성이므로(Kim, 2008) Q 요인분석을 통해 도출된 Q 요인간 특성은 치매노인 가족 극복력의 다양한 속성을 반영한 것이라 할 수 있다. 가족 극복력은 만성질환과 같은 반복되고 지속적인 위기 상황을 극복하기 위해 대상자의 강점에 초점을 두는 간호의 기본철학과 밀접한 관련이 있다(Lee, 2003). 본 연구결과를 토대로 한국 치매노인 가족의 극복력의 속성을 확인할 수 있었으며, 임상에서 치매노인 간호에 초점을 두어 자칫 간과할 수 있지만 환자뿐 아니라 전체 가족의 삶의 질과 안녕에 영향을 미치는 부양가족의 간호와 중재의 기초자료로 활용하는데 기여할 수 있을 것으로 사료된다. 즉, 치매노인 가족이 기능 장애를 최소화하고 최상의 기능을 발휘할 수 있도록 그들의 가진 고유의 강점과 특성을 파악하고 활용하여 치매노인 가족 간호에 기여할 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 향후 연구는 본 연구를 기반으로 한국 치매노인 가족의 극복력에 대한 개념개발 연구 및 개념개발을 통한 측정도구 개발 연구를 제언한다. 이를 통해서 부적응 요인에 초점을 두는 대신 강점을 활용한 치매노인 가족 관련 프로그램의 효과와 연계하여 보다 효과적인 중재 프로그램 전략이 가능할 것으로 기대한다.

결론

본 연구는 Q 방법론을 통하여 한국 치매노인 가족의 극복력의 지표가 될 수 있는 4개 Q 요인 즉, 긍정적 의미추구형, 합리적 상호협력형, 수동적 현실수용형, 그리고 외적자원 의존형이 확인되었다. 본 연구결과를 통하여 치매노인 가족의 극복력은 치매노인을 돌보는 지속적인 위기 상황을 가족의 고유한 신념체계에 문화 내에서 각기 다르게 인식하고, 이를 극복하기 위해 다양한 방식으로 가족의 구조 변화와 의사소통과정을 거쳐 위기 상황의 부정적인 면을 최소화하고 나름의 대처 방식으로 극복하려는 노력이며, 이 과정에서 가족의 상호협력력이 주요한 공통 요소로 확인되었다.

REFERENCES

- Antonovsky, A. (1998). *Stress, coping, and health in families*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bae, K. W., & Choi, M. H. (2006). Resilience in children with chronic illness and in their family. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 12, 223-232.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., et al. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(Suppl 1), S53-67.
- Fitzpatrick, K. E., & Vacha-Haase, T. (2010). Marital satisfaction and resilience in caregivers of spouses with dementia. *Clinical Gerontologist*, 33, 165-180.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 38-44.
- Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Mausbach, B. T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. *Current Psychiatry Reports*, 13, 219-224.
- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *American Journal of Family Therapy*, 28, 101-116.
- Janevic, M. R., & Connell, C. M. (2001). Racial, ethnic, and cultural differences in the dementia caregiving experience: Recent findings. *Gerontologist*, 41, 334-347.

- Kim, H. K. (2008). *Q-methodology: Philosophy of science, theory, analysis, and applications*. Seoul: Communication Books.
- Kim, S. D., & Kim, Y. H. (2009). The effect of family resilience on the life satisfaction of the family caregivers of the elderly with the dementia. *Journal of Welfare for the Aged*, 45, 7-35.
- Kim, S. M., Lee, Y. J., Yoo, S. J., & Park, M. J. (2007). Hassles in caring dementia patients at home: From family caregivers' perspectives. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 357-367.
- Lee, H. H. (2003). *Resilience of adolescents according to the problem-drinking in parents*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Lee, I. S., Park, Y. S., Song, M. S., Lee, E. O., Kim, H. S., Park, Y. H., et al. (2002). A study on the development of the Korean family resilience scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32, 560-569.
- Lee, S. J., Park, H. R., & Kim, N. C. (2005). Life satisfaction and burden for primary caregivers of patients with dementia in day care centers and in their homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 7, 37-46.
- Lee, S. Y., Park, H. R., Choi, S. E., & Lee, S. J. (2005). Depression and depression relating variables for caregivers of patients with dementia in home. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 250-259.
- Levin, C. (1999). The loneliness of the long-term caregiver. *Caring*, 18, 54-57.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation- inventories for research and practice*. Wisconsin: University of Wisconsin Publisher.
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2000). *Family therapy: Concepts and methods* (5th ed.). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Ross, L., Holliman, D., & Dixon, D. R. (2003). Resilience in family caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 81-96.
- Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 1, 3-10.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51, 130-137.
- Yoo, Y. S. (2007). The study on factors affecting adaption of the family with the elderly dementia. *Journal of Welfare for the Aged*, 38, 31-50.