



가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감: Q 방법론적 연구

김효진 · 송준아

고려대학교 간호대학

Empathy in Family Caregivers for Persons with Dementia: A Q Methodology Study

Kim, Hyojin · Song, Jun-Ah

College of Nursing, Korea University, Seoul, Korea

Purpose: This study was done to explore the subjective perception structure and types of empathy in family caregivers for persons with dementia (PWD). Q methodology was used. **Methods:** Based on interviews with family caregivers and a literature review, 38 Q samples were selected. The Q sorting was conducted with 30 family caregivers. Types of empathy for these family caregivers were analyzed using PC-QUANL. **Results:** Five types of empathy were identified: (1) Cognitive understanding of change in the state of the disease, (2) Perceiving need for assistance in the PWD, (3) Unconditionally accepting the PWD as a family member, (4) Humanly understanding the sense of loss felt by the PWD, and (5) Having compassion by generalizing the character of the disease. **Conclusion:** Feeling empathy can be expressed in various aspects as family caregivers' attitudes, opinions or ideas are formed through their lives in different ways. Therefore, it is not a matter of which type makes empathy better. However, because the type of family caregiver empathy is closely connected with the quality care giving in general, it is necessary to develop strategies to increase levels of empathy by taking into account the family caregivers' type of empathy.

Key Words: Dementia, Family, Caregivers, Empathy

서론

1. 연구의 필요성

국내 치매노인의 72%는 가족 구성원에 의해서 돌봄을 받고 있으며[1], 2008년 노인장기요양보험 제도의 시작으로 인해 공적인 돌봄의 기회가 많이 확대되었음에도 불구하고 가족주의에 바탕을 둔 우리나라의 경우 치매노인들은 가족으로부터

부양받기를 선호하여 치매노인을 돌보는 주된 간호제공자는 주로 가족이다[2]. 치매노인 간호에 있어서는 치매노인의 사고와 감정을 토로하게 하고, 무비판적으로 반응하며 긍정적인 반응을 보여야 하고 싸움, 분노 반응을 자극하지 않도록 화나게 하는 자극이나 부정적인 비평, 논쟁, 대면 등을 줄이는 것이 중요한데[3], 전문 지식과 경험이 없는 가족에게 치매노인 간호는 매우 어려운 일이다[4]. 대부분의 치매노인 가족 돌봄 제공자들은 치매 증상과 함께 성격의 변화를 보이는 치매노인에

주요어: 치매노인, 가족 돌봄 제공자, 공감

Corresponding author: Song, Jun-Ah

College of Nursing, Korea University, 145 Anam-ro, Sungbuk-gu, Seoul 02841, Korea.
Tel: +82-2-3290-4921, Fax: +82-2-928-9107, E-mail: jasang@korea.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 김효진의 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This manuscript is based on a part of the first author's master's thesis from Korea University.

Received: Sep 27, 2017 / Revised: Dec 7, 2017 / Accepted: Dec 16, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

게 맞대항 하거나, 어떤 행위를 강요했을 때 치매노인이 이를 무조건적으로 거부하거나 가족원을 때리는 등 오히려 난폭한 행동을 보이게 되는 것을 경험하며, 이에 치매노인을 부드럽게 대하고 비위를 맞추어가며 다루게 된다[5]. 이러한 과정을 통해 가족 돌봄 제공자들은 그들의 태도가 그대로 치매노인에게 반영되며 다시 치매노인의 반응이 자신들에게 나타남을[6] 경험 하면서, 치매노인에 대한 공감적 이해 없이 치매노인에게 필요한 돌봄을 제공하는 것이 어렵다는 것을 깨닫게 된다[7].

공감이란 인지적, 정서적, 표현적 요소를 모두 포함하는 복합적인 개념으로 비록 자신이 직접 경험하지 않았더라도 다른 사람의 감정을 거의 같은 내용과 수준으로 이해하고 느끼며 표현하는 것이다[8]. 공감을 통해 돌봄 제공자는 돌봄을 제공받는 대상자가 느끼는 정서적 우울, 스트레스, 고통과 같은 유사한 경험을 하게 되며, 이러한 정서전달을 통해 돌봄 제공자는 돌봄을 제공받는 대상자에게 위로하고 도와주려는 행위를 동기화 시키므로[9], 공감은 돌봄을 제공받는 대상자를 이해하는 출발점이자, 지지적 관계에 있어서 핵심적 요소이다. 치매노인 돌봄에 있어서 공감은 치매노인에게 신뢰와 안정감을 줄 수 있고 자기 가치감을 회복시킨다. 또한 치매노인의 감정을 자유롭게 표현하고 공감의 자세로 인정함을 통해 치매노인에게 가치를 심어주고 스트레스를 감소시킬 수 있으며[10], 치매노인의 존엄과 능력을 유지시키고 치매노인의 관점을 이해할 수 있다[11]. 가족 돌봄 제공자가 어떠한 태도로 대하느냐에 따라 치매노인의 삶의 질은 변할 수 있고[12], 가족 돌봄 제공자의 공감수준은 돌봄의 질과 관련이 있으며[13] 공감은 치매노인의 삶과 가족 돌봄 제공자에게 핵심적인 역할을 한다. 따라서, 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대하여 탐색하는 것은 현재 우리나라 가족 돌봄 제공자의 치매노인에 대한 공감을 이해하고, 가족 돌봄 제공자를 위한 교육 자료를 마련하는데 있어 중요한 기초자료가 될 수 있다.

그동안 공감에 관련한 선행연구는 요양보호사와 간호사를 대상으로 한 연구들[7,14]로 가족 돌봄 제공자를 대상으로 한 치매노인 공감에 관한 연구는 없었으며, 또한 공감을 연구변수로 사용한 경우에도 치매와 관련되지 않은 일반적인 사항의 진술로 구성된 인지 정서 공감척도[7,13,14] 혹은 공감능력 측정도구[15]로 측정되었다. 이러한 선행연구들은 일반적이고 광범위한 상황사건에 대한 반응을 측정하기 위하여 고안된 기존의 공감도구를 사용하여 왔으므로, 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감이라는 고유한 현상과 주관성을 정확하게 평가해 주지 못하며 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형을 이해하는 데에는 제한점이 있다. 한편, 치매노인을 간호할 때 공감

하는 마음을 강조한 Virginia와 David의 치매노인 간호 요령[16]과 ‘헤아림’, ‘마음 읽어주기’ 등의 국내 치매가족 교육자료[17]에서는 돌봄의 시작이 치매노인의 입장에 서보는 마음과 태도임을 강조하면서 공감을 치매노인 간호의 기본요소로 소개하였다. 그러나 가족 돌봄 제공자가 치매노인을 어떻게 공감하는지, 또는 가족 돌봄 제공자의 입장에서 본 치매노인 공감의 의미는 무엇인지에 대한 깊이 있는 내용을 다루고 있지 않아 가족 돌봄 제공자들이 치매노인을 공감하는 현상 및 주관성을 이해하는 데에 한계가 있다. 관련 연구들의 부족으로, 가족 돌봄 제공자의 치매노인에 대한 공감과 그 속에서 주요하게 작동하는 변인이나 심리적 속성이 무엇인지를 이론적, 학술적으로 설명하는 것은 현재로서는 매우 어려운 일이다. 따라서 치매노인 돌봄의 실제영역에서 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 주관성의 유형과 유형별 특성을 확인할 필요가 있다.

2. 연구목적

본 연구는 Q방법론을 적용하여 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 주관적 인식구조를 확인함으로써 그 현상에 대한 이해를 도모하는데 있으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 주관성을 유형화한다.
- 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 유형별 특성을 분석한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 주관성을 파악하고 그 유형별 특성을 설명하기 위해 Q방법론을 적용한 탐색적 연구이다. 본 연구는 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감이라는 개인의 주관적 판단의 구조를 발견하는 데 목적이 있으므로 개인의 경험이나 지각에 따라 다르게 의식할 수 있는 개념을 객관화하는데 유용한 Q방법론을 이용하였다.

2. 연구 과정

1) Q-모집단(Q-population) 및 Q-표본의 구성

본 연구에서는 치매노인의 가족 돌봄 제공자와 심층 면담

을 실시하고 이를 녹취한 내용을 분석한 결과 및 선행연구에 대한 문헌고찰을 토대로 Q-모집단을 구성하였다.

(1) Q-모집단 구성을 위한 심층면담 참여자

심층면담 참여자는 서울 소재의 치매지원센터에 등록된 치매노인을 돌보는 주 간호 제공자로, 현재 또는 과거에 치매노인을 직접 돌보며 공감한 경험 및 생각을 충분히 전달할 수 있는 가족 돌봄 제공자이다. 선행연구에서 가족 돌봄 제공자들이 간호한지 2년이 되고나서 치매노인을 수용할 수 있었다는 연구결과를 참고하여 치매노인을 2년 이상 돌봐온 가족 중 주 간호 제공자를 대상으로 한정하였다. 심층면담 참여자 선정을 위해 본 연구자가 직접 치매지원센터에 방문하여 팀장에게 연구 목적을 설명하고 연구에 참여할 것을 요청하였고, 팀장과 센터장의 허락 이후 해당 구역 보건소에 공문을 보내 연구 관련 사항을 알렸다.

연구참여자에 대한 윤리적 고려로써 심층면담과 Q-분류에 앞서 2016년 12월 31일 고려대학교 생명윤리심의 위원회의 승인(1040548-KU-IRB-16-255-A-1)을 받아, 그 기준에 의거하여 자료 조사를 시행하였다. 심층면담은 치매노인 공감에 관하여 더 새로운 진술문이 나오지 않는 이론적 포화(theoretical saturation)에 이르렀다고 판단될 때까지 진행하였으며, 최종적으로 치매노인의 아들, 며느리, 부인, 남편이 각각 1명, 2명, 6명, 2명으로 총 11명의 가족 돌봄 제공자가 면담에 참여하였다. 돌보는 치매노인의 치매종류는 알츠하이머병 7명, 혈관성 치매 4명이었고, 대상자 모두 치매노인이 치매를 진단 받은 시점부터 면담한 시점까지 치매노인과 함께 거주하며 돌보고 있었고, 돌봄 기간은 2년 6개월에서 10년 사이였다. 하루 중 실제 치매노인을 돌보는(식사보조, 목욕, 산책 등의 일상생활 보조)시간은 8시간에서 24시간이었다.

(2) 심층면담 과정

심층면담은 2017년 2월 18일부터 2017년 3월 12일까지의 기간 동안 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 새로운 진술문이 나오지 않는다고 판단 될 때까지 진행되었다. 참여자들에게는 정확한 자료분석을 위해 녹취될 것이고, 면담내용을 포함한 연구 중에 수집된 모든 자료는 연구 외의 목적으로 사용되지 않을 것이며, 익명으로 다루어진다는 것에 대해 사전 동의를 받은 후 진행하였다. 면담은 직접대면면담의 형식으로 진행되었으며, 치매지원센터에서 치매노인 대상 프로그램이 진행되어 가족 돌봄 제공자들이 프로그램 진행실 밖에서 치매노인을 기다리는 대기 시간에 실시하였다. 면담 장소는

조용하고 분리된 치매지원센터 내 사무실에서 시행하였고, 면담시간은 1회, 1시간에서 1시간 30분 내외였다. 면담 내용의 누락을 막기 위해 녹취하였고, 녹취된 내용은 면담 당일에만 복해서 들으면서 참여자의 말을 그대로 기록하였으며, 이 과정을 통해 Q-진술문을 도출하였다. 또한, 면담 종결 후 즉시 면담노트를 작성하여 분위기, 면담내용, 참여자의 인상, 느낌 등을 기록하여, 이 또한 Q-진술문 도출에 활용하였다.

심층 면담은 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 관한 질문을 위주로 진행하였다. 질문내용으로는 “귀하께서는 치매노인의 생각, 정서나 감정을 어떻게 느끼십니까? 구체적인 예를 들어 이야기 해주십시오.”, “귀하께서는 치매노인의 욕구를 어떻게 확인하십니까? 구체적인 예를 들어 이야기 해주십시오.”, “귀하께서 치매노인의 생각과 감정을 공감했을 때에, 그것을 치매노인에게 어떻게 표현하셨습니까?”, “귀하께서 치매노인에게 깊이 배려하는 마음이 들었던 경우나 상황에 대해서 말씀해주십시오.”, “귀하께서 치매노인에게 감정 이입을 했던 경우나 상황에 대해서 말씀해주십시오.”, “치매노인이 행동심리증상(무감동, 우울, 망상, 환각, 초조, 불안, 배회, 수면야간행동, 부적절한 식욕습관, 신체적/언어적 공격 등)을 보일 때, 귀하께서는 그 행동을 어떻게 이해하십니까?”, “치매노인이 행동심리증상(무감동, 우울, 망상, 환각, 초조, 불안, 배회, 수면야간행동, 부적절한 식욕습관, 신체적/언어적 공격 등)을 보일 때, 그 행동을 어떻게 대처하십니까? 그 이유는 무엇입니까?”의 질문을 통해 치매노인 공감의 주관적 판단과정과 어떻게 행동하게 되는지의 일련의 절차를 탐색하였다.

면담 과정 동안 연구자는 참여자의 진술을 경청하였으며, 참여자의 이야기에 긍정적이거나 부정적인 반응을 최소화하여 참여자가 자신의 이야기를 최대한 방해 없이 자연스럽게 할 수 있도록 하였다. 또한 참여자의 진술에 대한 이유를 반드시 묻고, 분명하지 않은 부분은 재진술을 요청하여 명확하게 참여자의 의견을 이해하도록 하였다.

(3) Q모집단 및 Q표본 선정

본 연구에서는 Q-모집단으로 추출된 Q-진술문들 중에 동일한 주제에 속하는 것으로 여겨지는 것끼리 범주화하였고, 이 과정에서 유사한 진술문이나, 한 진술문에 두 개의 내용이 담긴 경우 삭제 및 분리하는 단계를 거치면서 재구성하였다. 이러한 Q-진술문 추출과 범주화 과정은 Q-방법론으로 학생을 지도한 경험이 있는 관련 전공 교수님께 검토받았다. 최종적으로 38개의 Q-표본은 Q-모집단으로부터 각 범주를 가장 잘 대표한다고 생각되는 진술문을 임의로 선택하는 비구조화

표본방법[18]을 통해 추출되었다(Table 1). 추출된 Q 표본에 대하여 연구참여자 2명을 대상으로 사전검사(pre-test)를 시행하였으며, 참여자가 분류 지침을 잘 이해했는지, 분류 시간은 얼마나 걸리는지를 점검하였다.

2) P-표본의 선정

P-표본이란 Q-표본을 분류하는 작업인 Q-분류를 시행하는 참여자를 일컫는 말로[17], 본 연구에서는 치매노인의 가족 돌봄 제공자로서 치매노인에 대한 공감을 가장 잘 드러내 줄 수 있을 것으로 판단되는 P-표본으로 앞서 Q-모집단 구성을 위한 심층면담 참여자의 선정기준에서 돌봄 기간을 제외한 나머지는 동일한 기준을 적용하여 총 30명을 최종 P표본으로 선정하였다.

3) Q-표본 분류 및 자료분석방법

Q-표본으로 확정된 38개의 진술문은 P-표본으로 선정된 참여자에게 제시하고, 9점 척도를 이용한 Q-표본 분류표에 분류하도록 하였다. Q-표본 분류표는 Q-표본을 먼저 읽은 후 긍정(+), 중립(0), 부정(-)의 세 부분으로 나눈 다음 긍정(부정)진술문 중에서 가장 긍정(부정)하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터(+4, -4) 안쪽으로 분류를 진행케 하여 중립부분(0)에서 마무리하게 하였다. 이때 양 끝에 놓인 2개씩의 진술문 4개에 대한 선택 이유나 느낌 등에 대한 질문을 통해 Q-요인 해석 시 유용한 추가 정보를 얻었다. 이렇게 Q-분류와 면담에 소요된 시간은 1인당 40분에서 1시간 30분 정도 소요되었다. Q-카드 분류기간은 2017년 4월 5일부터 2017년 5월 9일까지였다.

자료분석은 PC-QUANL 프로그램에 입력한 뒤 각 항목의 표준점수(Z-score), 주요 분석(Principal Component Factor Analysis)을 이용한 Q-요인 분석을 시행하였다. 유형은 Eigen value 1.0 을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 합리적인 유형이라고 판단되는 것을 선택하였다.

연구결과

1. 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형 형성

PC-QUANL 프로그램을 이용하여 P-표본을 축으로 하는 요인분석 결과 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 주관성이 4개의 요인, 5개의 유형으로 분류되었다. 4개의 요인은 전체 변량의 46.14%를 설명하고 있으며, 각 요인별 설명력은 요인 I이 24.54%, 요인 II가 7.92%, 요인 III이 7.04%, 요인

IV가 6.64%로 나타났다(Table 2). 그러나 요인 IV에서 42.15%가 반대 극에 적재되어 있어, 이것을 하나의 요인으로 독립시켜 5번째 유형으로 산출하였다[16].

가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 유형간 상관관계는 Table 3과 같다. 구체적으로 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형별 상관관계계수는 -.37에서 .38이었으며, 유형 I 과 유형 III가 다소 높고, 유형 II와 유형 IV는 다소 낮게 나타났다. P-표본의 유형별 특성 및 요인 가중치는 Table 4에서 제시하였다. 연구대상 P-표본은 총 30명이었으며, I에 12명, 유형 II에 8명, 유형 III에 5명, 유형 IV에 2명, 유형 V에 3명으로 분류되었다. 유형별 P-표본에서 요인 가중치(factor weight)가 높은 사람은 그가 속한 유형의 전형적인 사람으로 그 유형으로 분류되어지는데 높게 기여한 사람이며 그 유형을 대표할 수 있는 특성을 보여주는 대상자임을 의미한다.

2. 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형별 분석

1) 유형 I: 질병 관련 변화 중심 인지적 이해형

유형 I에 속한 가족 돌봄 제공자는 총 12명으로 이들의 일반적 특성과 요인 가중치는 Table 4에 제시하였다. 이 유형은 5가지 유형 중에서 아들, 며느리, 딸 등의 배우자 외의 관계가 6명이 속해 있으므로 평균 연령이 가장 낮고 다른 유형에 비해 학력이 고졸에서 대학원졸로 높은 편이다.

유형 I에서 강한 동의를 보인 항목은 ‘나는 치매노인이 주변에 대해 낯선 느낌을 느끼면 불안해 할 것이라 생각하므로, 치매노인에게 익숙한 곳에서 시간을 보내고자 한다(Z=1.86)’, ‘나는 치매노인이 치매에 걸린 것을 슬퍼하고 부끄러워할 때는, 누구나 나이가 들면 그럴 수 있다고 위로해 주는 것이 도움이 된다고 생각한다(Z=1.21)’ 로 치매노인 공감 시에 치매노인의 인지기능 저하로 인한 불편감과 불안감에 대한 인지적 이해를 중요시 여기는 특징이 나타났다. 유형 I의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인이 느끼는 바에 대해 알고, 그렇게 느끼는 이유에 대해서도 알거나 이해하며 치매와 관련한 의학적인 지식을 활용해 치매노인을 이해하려는 특징이 있다. 또한 치매노인이 낯선 곳에서 당황하지 않도록 익숙한 곳에서 시간을 보내도록 하고 있었다.

반면 강한 비동의를 보인 항목은 ‘나는 치매노인은 치매로 인해 아무것도 모르므로, 슬프거나 기쁘다고 느끼는 것이 없다고 생각한다(Z=-2.54)’, ‘나는 치매노인에게 내가 누군지, 이름이 무엇인지 물어보면 테스트를 당하는 것 같아 기분이 나빠할 것이라고 생각해서 묻지 않는다(Z=-1.81)’, ‘나는 설

Table 1. Empathy in Family Caregivers for Persons with Dementia: Q Samples

No	Q-item
1	As I have lived together for years, I can notice whether PWD is happy or sad only by looking at his/her eyes and facial expressions.
2	I try to read PWD's hidden feelings through his/her actions or words.
3	I believe that although PWD loses his/her memories, his/her feelings are alive, so I acknowledge his/her feelings.
4	I think PWD does not feel sorrow or joy because he/she is demented and knows nothing.
5	I think that although I did not tell PWD, he/she is guessing that he/she has dementia.
6	If I assumed I have dementia, I would know how dull and sad PWD is.
7	I normally roll over when PWD gets angry, because he/she used to get angry even before having dementia.
8	For PWD, it is difficult to express himself/herself and is frustrated for not being in control, I help PWD's activities of daily life.
9	I respond seriously to PWD's requests, looking for the way to help him/her find the solution when, for instance, he/she has lost his/her house.
10	When PWD cannot find the proper words to express, I try to find it together with him/her.
11	I think PWD would be more comfortable if he/she keeps past habits.
12	I think PWD wants me to take the hard work for him/her because he/she is likely to be stressful when doing difficult things.
13	I think PWD is frustrated when he/she repeats the same question or gets angry.
14	I think PWD thinks himself/herself pathetic when he/she feels different from what he/she used to be.
15	When PWD stays with no words, I think he/she feels lonely by losing friends because of dementia.
16	I think, when PWD feels sad or shy about his/her own dementia, it is helpful to give him/her comfort telling him/her that anyone can get dementia.
17	I feel sad when PWD realizes that he/she is being destroyed by dementia.
18	I am afraid that PWD will suffer from being informed that he/she has dementia.
19	I think PWD gets upset by the fact that he/she cannot take a trip or get dressed well.
20	I feel PWD is anxious when I'm not beside him/her, so I always try to stay close.
21	As I think PWD feels uncomfortable with different surroundings, I try to spend time at the familiar places.
22	I feel a sense of responsibility when I think that PWD is depending on me.
23	I think it is helpful for PWD to keep recalling the past memories by telling about what he/she might remember.
24	Taking as a sign of respect to PWD, I try to allow him/her to choose what he/she wants in daily life.
25	I think, when PWD is sad, it is because of the sadness of the past or the anxiety caused by the family relationship, and I accept the sadness.
26	I try to make PWD feel understood and loved by tapping his/her shoulder or holding hand.
27	As I think PWD has his/her own thoughts, I give his/her a unconditional positive regard.
28	If I unconditionally tell PWD that what he/she says is right rather than explain or persuade him/her, he/she would like it.
29	Because PWD also has a desire to be respected, I try to acknowledge his/her comments and words.
30	When PWD gets angry in a way of using empty threats against his/her family by thinking the family will ignore him/her for his/her status, I understand the angry attitude itself.
31	Although I think PWD makes up stories he/she cannot remember to keep his/her pride, I pretend not to know it, considering it best for him/her.
32	I am afraid that PWD will hurt himself/herself by acknowledging the dementia, so I try to save it by giving praise.
33	I don't talk about dementia because PWD doesn't like to get the same treatment that other dementia patients get.
34	I do not ask PWD to answer my name or who I am because he/she feels bad, thinking he/she is tested.
35	When I see PWD avoiding wearing diapers even before me, a family member, I think he/she still has pride.
36	I think, when PWD hides money or asks questions repeatedly, it is because he/she forgets right away.
37	I try to give PWD a little more time without hurrying because he/she is losing abilities of judgement and others.
38	When I see delusions and hallucinations from PWD, I try to tolerate and sympathize because I believe he/she is really experiencing it.

Table 2. Eigen Values and Explanatory Variables by Factor

Variables	Type I	Type II	Type III	Type IV, V
Eigen values	7.36	2.38	2.11	1.99
Percentages of total variance (%)	.25	.08	.07	.07
Cumulative of total variance (%)	.25	.32	.39	.46

Table 3. Correlations among the Empathy Type of Family Caregivers for the Persons with Dementia (N=30)

Variables	Type I	Type II	Type III	Type IV	Type V
Type I	1.00	.32	.38	.23	.02
Type II		1.00	.27	.09	.12
Type III			1.00	.30	.21
Type IV				1.00	-.37
Type V					1.00

명, 설득하는 것 보다 치매노인의 말을 무조건 옳다고 들어주면 치매노인이 좋아할 것이라고 생각한다(Z=-1.78)'로 나타났다. 이는 치매노인이 느끼는 불편감과 불안감을 가족 돌봄 제공자가 함께 느끼고 있음을 보여주며, 또한 치매노인에게 생긴 생활의 어려움이 급격히 진행되지 않도록 지속적으로 질문 및 확인하여 인지기능을 훈련시키는 경향을 보여준다.

유형 I은 치매노인의 인지기능 저하로 인한 불편감과 불안감을 인지적으로 이해한다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인이 느끼는 바에 대해 알고, 그렇게 느끼는 이유에 대해서도 알거나 이해하며, 이해를 토대로 돌봄 속에서 치매노인을 배려하는 특성이 있다. 이에 유형 I을 '질병 관련 변화 중심 인지적 이해형'으로 명명하였다.

2) 유형 II: 무능력으로 인한 조력의 필요성 인식형

유형 II에 속한 가족 돌봄 제공자는 총 8명으로 이들의 일반적 특성과 요인 가중치는 Table 4에서 제시하였다. 유형 II의 가족 돌봄 제공자들의 연령은 64세에서 84세 사이로 타 유형에 비해 고령이었으며 치매노인과의 관계는 모두 배우자였다. 돌봄 기간은 치매진단 기간과 동일하며 10개월에서 7년 사이였으며, 하루 중 돌봄 시간은 5시간에서 24시간이었다. 이 유형은 다른 유형에 비해 모두 고령의 배우자가 속해 있으며 무학 1명, 초졸 2명, 중졸 3명, 고졸 1명, 대졸 1명으로 학력이 낮은 편이다.

유형 II에서는 '나는 치매노인이 물건이나 집을 잃어버렸다고 할 때는 함께 찾아주려고 하면서 치매노인의 요구에 진지하게 반응해 주려고 한다(Z=1.69)', '나는 치매노인이 스스로

표현하기 어렵고, 자기관리가 안 되는 것을 답답해하므로 눈치껏 일상생활을 도와준다(Z=1.54)', '나는 내가 만약 치매에 걸렸다는 생각을 해보면 치매노인이 얼마나 답답하고 슬플지 알 것 같다(Z=1.34)', '나는 치매노인이 표현하고자 하는 적당한 말을 찾지 못할 때 같이 생각해주고자 한다(Z=1.20)', '나는 치매노인이 나를 의지한다는 생각이 들 때에는 책임감을 느낀다(Z=1.15)' 에 강한 동의를 나타냄으로써 치매로 인해 소실되는 능력저하로 인한 일상생활에서의 답답함을 위주로 이해하는 모습을 보였다. 그러므로 일상생활에서 치매노인의 답답함을 해소해주는 방법으로 치매노인을 도우려는 인식이 드러나며 치매노인은 아무것도 할 수 없어 자신의 도움이 필요하다고 생각하므로 치매노인을 끝까지 책임지겠다고 생각하는 특징이 있다.

그러한 반면에 '나는 치매노인 스스로도 예전과 달라진 자신의 모습을 느끼며 자신이 한심하다고 여겨질 것이라고 생각한다(Z=-2.02)', '나는 치매노인이 슬퍼할 때, 과거의 한이나 가족관계의 속상함 때문이라고 생각하고 받아준다(Z=-1.93)', '나는 과거에 해오던 여행, 몸치장에서 떨어진 것이 치매노인을 속상하게 만든다고 생각한다(Z=-1.61)'에 강한 비동의를 보임으로써 치매노인이 슬퍼하거나 치매로 인해 변해버린 자신을 인식하고 속상해 하는 감정 등도 없다고 생각하고, 치매노인의 남아있는 인지기능을 무시할 때도 있고 표현으로 드러나지 않는 감정 또한 중요시 여기지 않는 경향을 나타냈다.

유형 II는 치매로 인해 소실되는 능력 저하로 인한 일상생활에서의 답답함을 위주로 이해한다. 이 유형의 가족돌봄제공자들은 치매노인은 아무것도 할 수 없어 자신의 도움이 필요하

다고 생각하며 치매노인을 끝까지 책임지겠다고 생각하는 특징이 있다. 이에 유형 II를 ‘무능력으로 인한 조력의 필요성 인식형’으로 명명하였다.

3) 유형 III: 가족구성원으로서 무조건적 수용형

유형 III에 속한 가족 돌봄 제공자는 총 5명으로 이들의 일반적 특성과 요인 가중치는 Table 4에 제시하였다. 이 유형은 5가지 유형 중에서 73세 이상의 고령의 배우자가 속해 있는 비중이 높으며, 하루 돌봄 시간도 8시간인 1명을 제외하고 모두 20시간 이상으로 가장 길고, 진단 경과 후 돌봄 기간도 최소 3년에서 7년 6개월로 다른 유형에 비해 돌봄 기간이 오래된 편이다.

유형 III에서 강한 동의를 보인 항목은 ‘나는 내가 만약 치매에 걸렸다는 생각을 해보면 치매노인이 얼마나 답답하고 슬플지 알 것 같다($Z=2.27$)’, ‘나는 치매노인이 치매로 인해 무너지는 본인을 인식할 때는 마음이 쩡하다($Z=2.04$)’, ‘나는 치매노인이 물건, 돈을 감추거나 반복질문을 하는 것은 본인이 하고도 잊어버리기 때문이라고 생각한다($Z=1.66$)’, ‘나는 같이 살아온 세월이 있기 때문에 치매노인의 눈빛과 표정만 봐도 치매노인이 즐거운지, 슬픈지 알 수 있다($Z=1.63$)’로 나타나 가족 돌봄 제공자들이 같이 살아온 시간동안 축적한 정보를 토대로 현재의 치매노인을 이해하는 경향을 보였다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 온전했던 모습을 토대로 치매노인을 이해하기에 치매노인의 건망증이나 반복질문도 치매로 인한 결과이기보다는, 단순히 잊어버렸기 때문이라고 생각하는 인식을 보여준다. 또한 치매노인이 무너지는 본인을 인식하고 과거와 달라진 모습을 답답해하는 것을 위주로 치매노인을 공감하는 특징이 있다.

반면 ‘나는 치매노인은 치매로 인해 아무것도 모르므로, 슬프거나 기쁘다고 느끼는 것이 없다고 생각한다($Z=-1.93$)’, ‘나는 치매노인도 나름의 생각을 가지고 있다고 생각하므로, 치매노인의 이야기에는 무조건 옳다고 대답해준다($Z=-1.30$)’, ‘나는 치매노인의 행동이나 말을 통해서 그 밑에 숨겨져 있는 치매노인의 감정을 읽으려 한다($Z=-1.19$)’에 강한 비동의를 나타냄으로서 치매로 인한 감정변화나 행동심리증상에는 감정이입하는 것을 부정하는 특징을 보였다. 유형 III의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 변화에 대해서 수용적인 태도를 보이나 실제로는 심리적 갈등이 크며, 치매노인의 어려움을 공감하는 속에서 가족 돌봄 제공자들은 좌절감을 때로 느끼기도 하였다.

유형 III은 같이 살아온 시간동안 축적한 정보를 토대로 현

재의 치매노인을 이해하고, 받아들일 수 없는 변화는 무조건적으로 수용한다. 과거 인지가 온전했던 치매노인의 모습을 위주로 이해하므로, 치매노인이 무너지는 본인을 인식하고 과거와 달라진 모습을 답답해 하는 것은 받아들이고 인정하지만, 치매로 인한 감정변화나 행동심리증상에는 감정이입하는 것을 부정하는 특징이 있다. 이에 유형 III은 ‘가족구성원으로서 무조건적 수용형’으로 명명하였다.

4) 유형 IV: 상실감 중심 인간적 이해형

유형 IV에 속한 가족 돌봄 제공자는 총 2명으로 이들의 일반적 특성과 요인 가중치는 Table 4에 제시하였다. 연령은 77세와 79세로 결혼 상태는 모두 기혼이었고, 이들의 학력은 고졸, 대졸이었으며 치매노인과의 관계는 모두 배우자였다. 돌봄 기간은 치매 진단 경과 기간과 동일하며 1년과 4년 5개월이었고, 하루 중 돌봄 시간은 모두 24시간이었다. 돌보는 치매노인의 치매종류는 알츠하이머 1명, 혈관성 치매 1명이었다.

‘나는 치매노인이 치매인 것을 자존심 상해한다고 여겨지므로, 칭찬을 해서 기를 살려주려고 한다($Z=1.93$)’, ‘나는 치매노인이 치매로 인해 무너지는 본인을 인식할 때는 마음이 쩡하다($Z=1.51$)’, ‘나는 치매노인의 어깨를 두드려주고, 손을 잡아주면서 치매노인이 이해받고 사랑받는다고 느끼게 해주려고 한다($Z=1.72$)’에서 강한 동의를 나타냈다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자는 치매노인의 상한 자존심, 상실감, 슬픔, 격려로 인해 받을 수 있는 위로감을 위주로 치매노인을 이해한다. 또한 치매노인의 손을 잡고 칭찬을 해주는 등의 긍정적 정서 표현을 중요하게 생각한다. 치매노인이 자존심을 상해하거나, 친구가 없어서 외로움을 느낀다고 생각할 때에는 기를 살려주고, 사랑받는다고 느낄 수 있는 표현을 하는 것이 다른 유형에 비해 두드러진다.

반면 ‘나는 치매노인이 주변에 대해 낮은 느낌을 느끼면 불안해 할 것이라 생각하므로, 치매노인에게 익숙한 곳에서 시간을 보내고자 한다($Z=-2.09$)’, ‘나는 설명, 설득하는 것보다 치매노인의 말을 무조건 옳다고 들어주면 치매노인이 좋아할 것이라고 생각한다($Z=-1.72$)’, ‘나는 과거에 해오던 여행, 몸치장에서 멀어진 것이 치매노인을 속상하게 만든다고 생각한다($Z=-1.47$)’에 강한 비동의를 나타냄으로써 치매로 인한 행동심리증상이나 의사소통에 있어서는 인지적 이해나 적극적 배려는 다소 부족한 면을 보였다.

유형 IV는 치매정도와 상관없이 인간으로 느낄 수 있는 치매노인의 감정변화를 이해하고, 치매노인의 상실감과 슬픔을 함께 느낀다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 손을 잡고 칭찬

Table 4. Family Caregivers' Characteristics by Empathy Types and Factor Weight

P samples	Type I (N=12)					Type II (N=8)					Type III (N=5)					Type IV (N=2)		Type V (N=3)													
	1	7	9	11	14	15*	18	23	25	26	27	29	2	5*	6	12	13	19	21	28	3	16	17*	20	30	4*	24	8	10	22*	
Gender	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M	F	F	M	M	F	M	F	F	F	
Age	66	82	59	41	83	50	48	70	76	46	46	43	75	84	82	64	73	79	78	81	82	73	73	82	51	79	77	74	70	77	
Family relations	SP	SP	DL	SP	D	SP	D	SP	SP	Son	Son	DL	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	D	SP	SP	Son	SP	SP	D	SP	SP	
Education level	HS	HS	U	CS	HS	HS	HS	HS	HS	U	U	U	MS	ES	N	U	ES	MS	MS	HS	MS	MS	MS	U	CS	HS	U	HS	ES	ES	
Marital status	MR	MR	MR	MR	DV	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	DV	MR	MR	MR	MR	MR	DV	MR	MR	
Religion	P	B	P	P	P	P	P	P	P	P	None	P	P	Co	Ca	P	B	Co	P	P	Co	Ca	P	None	P	B	P	B	P	Ca	
Monthly income (10,000 won)	≥300	100~	≥300	≥300	≤50	50~	≥300	100~	≥300	200~	≥300	≥300	≤50	≥300	200	100~	≥300	100~	100~	100~	100~	≤50	50~	100~	200~	≥300	≥300	50~	≤50	100~	
Degree of health consciousness	II	II	III	IV	I	III	IV	IV	V	IV	III	III	III	IV	IV	III	III	III	III	II	II	II	IV	II	II	II	IV	III	III	IV	IV
Cohabitation status	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Period of care (month)	48	72	30	120	24	6	10	60	12	12	12	24	72	29	36	84	10	30	72	72	36	60	65	36	90	42	53	12	24	60	40
Caring time (hour)	8	24	24	24	20	12	14	24	24	5	5	24	8	5	24	24	24	24	23	16	23	24	24	23	20	8	24	24	24	14	
Level of annoying and angry [†]	3	2	3	5	2	2	3	5	3	2	3	3	3	3	1	2	4	2	1	1	1	4	3	2	3	4	3	1	3	5	4
C Gender	M	M	M	F	F	F	F	M	M	F	F	F	F	F	M	M	M	F	M	F	F	F	F	F	F	F	M	F	M	M	
a Age	68	87	63	71	78	82	77	78	80	73	80	77	78	85	86	77	75	78	88	79	77	95	77	77	81	80	74	91	71	82	
i Marital status	MR	MR	MR	MR	MR	WD	WD	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	MR	WD	MR	MR
n Education level	HS	MS	U	HS	HS	ES	N	HS	U	N	ES	N	ES	ES	ES	U	MS	ES	HS	MS	ES	N	HS	HS	N	HS	HS	ES	ES	MS	
g P Religion	B	None	P	None	P	B	P	Others	None	P	B	P	P	None	None	P	B	Co	P	P	None	Ca	P	Ca	P	B	P	Ca	None	None	
W Diagnosis lapse (month)	48	72	30	120	24	6	10	60	12	18	36	72	29	36	84	120	30	72	72	36	60	77	36	90	42	53	12	84	60	40	
Types of dementia	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	VaD	AD	AD	AD	AD	VaD	AD	AD	AD	VaD	AD	AD	VaD	VaD
Degree of functional damage [‡]	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	3	1	2	3	2	1	2	2	1
Factor weight	0.89	0.84	0.48	1.15	0.67	2.19	1.67	0.30	0.40	1.68	1.21	1.78	0.54	1.54	0.58	0.58	0.91	1.53	0.46	0.59	0.69	0.60	0.93	0.83	0.68	1.18	0.67	0.05	1.01	1.17	

*Indication is representative P-sample representative of the type; †Degree of that I was angry and annoyed about the memory loss of PWD and BPSD for the past week: 1) I was not annoyed or angry at all, 2) It was a little annoying or annoying, 3) I was a bit annoyed or angry, 4) I was annoyed or angry a lot, 5) It was very annoying or annoying; ‡The degree of impairment of the current function of PWD in behaviors necessary for daily life (such as eating, bowel movements and dressing): 1) PWD can manage by oneself, 2) PWD needs some help from others, 3) PWD needs the help of others entirely; M=Male; F=Female; DL=Daughter-in-law; D=Daughter; SP=Spouse; MR=Married; DV=Divorced; WD=Widowed; CS=Graduate school; U=University; HS=High school; MS=Middle school; ES=Elementary school; N=No formal education; P=Protestant; B=Buddhist; Ca=Catholic; Co=Confucianism; I=Very healthy; II=Healthy; III=Average; IV=Unhealthy; V=Very unhealthy; AD=Alzheimer Disease; VaD=Vascular Dementia.

을 해주는 등의 긍정적 정서 표현을 중요하게 생각하며 정서적 위로를 통해 치매노인의 상실감 극복을 도와주는 특징이 있다. 이에 유형 IV는 '상실감 중심 인간적 이해형'으로 명명하였다.

5) 유형 V: 질병 특성 일반화를 통한 측은지심형

유형 V에 속한 가족 돌봄 제공자는 총 3명으로 이들의 일반적 특성과 요인 가중치는 Table 4에 제시하였다. 연령은 70세에서 77세 사이로 결혼 상태는 기혼 2명, 이혼 1명이었고 이들의 학력은 초졸~중졸이었으며 치매노인과의 관계는 배우자 2명, 딸 1명이었다. 돌봄 기간은 치매 진단 기간과 동일하며 6개월에서 10년 사이였으며, 하루 중 돌봄 시간은 14시간에서 24시간이었다. 돌보는 치매노인의 치매종류는 알츠하이머 1명, 혈관성 치매 2명이었다.

유형 V는 '나는 치매노인이 화를 낼 때에는, 치매에 걸리기 전에도 화를 내 왔으므로 그냥 그러려니 하고 생각한다($Z=2.42$)', '나는 치매노인이 스스로 표현하기 어렵고, 자기관리가 안 되는 것을 답답해하므로 눈치껏 일상생활을 도와준다($Z=1.67$)', '나는 가족인 내 앞에서도 기저귀 입는 걸 피하는 걸 보면, 치매노인도 자존심이 있다고 생각한다($Z=1.53$)'에서 강한 동의를 나타내었다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 인지적 변화와 행동심리증상을 단순히 치매 발병으로 인한 변화로 이해한다.

'나는 치매노인이 치매인 것을 자존심 상해한다고 여겨지므로, 칭찬을 해서 기를 살려주려고 한다($Z=-1.80$)', '나는 치매노인도 존중받고자 하는 욕구가 있으므로, 치매노인의 의견이나 말을 다 맞다고 인정한다($Z=-1.79$)', '나는 치매노인의 어깨를 두드려주고, 손을 잡아주면서 치매노인이 이해받고 사랑받는다라고 느끼게 해주려고 한다($Z=-1.76$)'에는 강한 비동의를 나타냄으로써 치매노인이 치매가 걸려서 불쌍하다는 일반적인 생각은 있으나 그 생각과 감정이 조력의 행위로 이어질 때에는 이를 부정하는 특징을 보였다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인이 이해받고 사랑받는다라고 느끼게 해주는 행위나 치매노인의 틀린 이야기에 도 맞다고 인정해주는 것, 칭찬 등의 긍정적 정서표현을 모두 부정하였다. 치매노인은 치매로 인해 아무것도 모른다고 생각하거나, 화를 내는 일에도 그러려니 하고 넘어가려는 경향이 타 유형에 비해 우세하다.

유형 V는 치매노인의 인지적 변화와 행동심리증상에 관해 단순히 치매 발병으로 원인을 돌린다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매가 걸려서 불쌍하다는 일반적인 생각은 있으나 그 생각과 감정이 조력의 행위로 이어질 때에는 이를 부정하

고 회피하는 특징이 있다. 이에 유형 V를 '질병 특성 일반화를 통한 측은지심형'으로 명명하였다.

논 의

연구결과 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형은 5가지로 분류되었다. '질병 관련 변화 중심 인지적 이해형', '무능력으로 인한 조력의 필요성 인식형', '가족 구성원으로서 무조건적 수용형', '상실감 중심 인간적 이해형', '질병 특성 일반화를 통한 측은지심형'의 5가지 유형으로 분류되었다. 본 연구에서 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 관한 5가지 유형이 차지하는 설명변량은 46%로 이는 본 연구에서 5가지 유형 외에 또 다른 유형이 존재하고 있음을 반영한다. 따라서 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 관한 심층적 이해를 위해서 반복적인 연구가 필요함을 제시하고 있다.

5개의 유형에서 평균 표준점수(Z score)가 1.0 이상으로 강한 동의를 보인 항목은 없었지만 비교적 강한 동의를 보인 항목은 표준점수 0.77의 '나는 치매노인은 어려운 것을 할 때 스트레스를 받아 내가 대신해주길 원한다고 여겨진다.'로 대부분의 가족 돌봄 제공자들이 치매노인의 일상생활수행능력 감소로 인한 어려움을 공감하는 것으로 나타났다. 가족 돌봄 제공자는 치매노인이 식사를 하는 것부터 대소변 보기에 이르기까지 하나부터 열까지 일상생활의 어려움을 돕고 있는데[19], 이것은 본 연구의 참여자들이 치매노인의 일상생활수행능력 감소로 인한 어려움을 공감하여 일상적인 보호와 관찰을 지속하고 있음을 진술한 것과 일치한다.

본 연구의 결과를 살펴보면, 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감은 돌봄과 크게 연관이 있다는 공통점을 도출해낼 수 있다. 유형 I의 가족 돌봄 제공자는 치매 노인이 낯선 곳에서 느끼는 불편감과 불안함을 인지적으로 이해하므로, 치매노인이 익숙한 곳에서 시간을 보낼 수 있도록 하고 있었다. 유형 II의 가족 돌봄 제공자는 치매노인의 일상생활에서의 답답함을 이해하므로, 눈치껏 일상생활을 돕고 있었다. 유형 III의 가족 돌봄 제공자는 같이 살아온 세월을 통해 가족의 입장에서 직감하므로, 치매노인의 눈빛만 봐도 치매노인의 마음을 알 수 있다 하였고, 유형 IV의 가족 돌봄 제공자는 치매노인의 상실감과 외로움을 이해하기에, 따뜻한 말과 칭찬으로 치매노인의 정서적 욕구를 채워주고 있었다. 또한 유형 V의 가족 돌봄 제공자는 치매노인의 증상을 단순히 치매발병으로 인한 변화로 이해하기에, 적극적인 공감은 회피하는 걸 볼 수 있었다. 기존 연구에서 공감과 유사한 개념으로 보고되는 감정이입과 교감

은 대상자에게 간호중재를 제공하기 위한 조건의 하나로, 행동적 측면을 포함하지 않는다[20]. 따라서, 공감은 대상자의 어려움을 해결하거나 경감시킬 수 있도록 구체적인 행동과 지원을 통해 반응하는 힘이며[21], 경청, 함께하기, 정서적 지지, 교육으로 구체화된 간호행위를 통해 대상자에게 전달된다[22]는 점을 본 연구에서도 확인할 수 있었다.

유형별로 가족 돌봄 제공자들의 공감 특성을 살펴보면, 유형 I에 속하는 가족 돌봄 제공자들은 치매노인을 공감하는데 있어 치매와 관련한 의학적인 지식을 활용해 치매노인을 이해하려는 특징이 있다. 본 연구에서 유형 I은 타 유형에 비해 학력이 높았으며, 치매노인을 공감할 때 치매노인의 질병에 대한 지식을 이용한 인지적인 이해가 두드러지는 특징이 있는데, Lee [23]의 연구에서 치매노인 부양가족의 교육수준이 높을수록 치매에 대한 의식 및 지식정도가 높다는 연구결과 일치하며, Kim [24]의 연구에서 학력이 높은 그룹이 낮은 그룹보다 높은 공감 수준을 보인 결과를 공감이 정서적 요소 뿐 아니라 인지적 요소도 포함하고 있기 때문으로 해석한 것과 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 본 연구에서 유형 I에 속한 가족 돌봄 제공자들이 돌보는 치매노인은 5년 이상 돌본 3명의 참여자를 제외하고는, 치매 진단 경과 기간이 6개월에서 4년 사이로 비교적 초기 치매에 해당된다. 그러므로 유형 I은 타 유형에 비해 비교적 돌봄 경과 기간이 짧고, 가족 돌봄 제공자들의 소진이나 부담이 적었기 때문에 가족 돌봄 제공자들의 인지적인 이해가 타 유형에 비해 더 드러났다고 해석할 수 있다. 치매노인 가족의 경험과 간호육구는 치매가 진행됨에 따라 여러 단계를 겪고[25], 또한 치매 단계마다 나타나는 증상과 예후에 따른 대처 전략이 가족의 스트레스를 적절히 해소할 수 있는 방법이 되므로[5], 이 유형의 가족 돌봄 제공자들에게는 치매 단계마다 나타날 수 있는 증상과 예후에 관한 의학적 정보 제공이 앞으로 치매노인 공감에 도움이 될 수 있다.

유형 II에 속하는 가족 돌봄 제공자들은 치매로 인해 소실되는 능력저하로 인한 일상생활에서의 답답함을 위주로 이해한다. 공감은 타인의 고통을 자신의 일처럼 함께 아파하고 느끼며 경험하는 감정으로 반드시 행위를 수반하며[26], 대상자의 어려움을 해결하거나 경감시킬 수 있도록 구체적인 행동과 지원을 통해 반응하는 힘[21]으로, 이 유형의 가족 돌봄 제공자들이 치매노인의 답답함을 공감하고, 해소해주려는 특징에서도 공감의 특성을 찾아볼 수 있다. 본 연구에서 유형 II의 가족 돌봄 제공자들은 타유형에 비해 고령이며 치매노인의 일상생활 보조를 전적으로 담당하고 있다. Jo [27]의 연구에서 가족 돌봄 제공자가 70~79세로, 건강상태가 나쁜 편이고 치매노인

의 일상생활 의존도가 높을 때 가족 돌봄 제공자의 부담감이 가장 높았다는 결과를 참조해 볼 때 이 유형의 가족 돌봄 제공자가 가지고 있는 치매노인의 일상생활 답답함에 대한 공감과 돌봄의 책임감은 부담감과 연관이 있음을 알 수 있다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자에게는 치매노인과 가족 돌봄 제공자 본인을 위한 의료 및 사회복지 서비스를 적극적으로 이용하도록 정보를 제공하는 것이 부담감 감소와 치매노인 공감에 긍정적 영향을 끼칠 것으로 사료된다.

유형 III에 속하는 가족 돌봄 제공자들은 같이 살아온 시간 동안 축적한 정보를 토대로 현재의 치매노인을 이해하고, 받아들일 수 없는 변화는 무조건적으로 수용하는 유형이다. 대상자 중심의 간호모델에서 치매노인을 잘 아는 가족들이 오랜 경험을 통해 치매노인의 관점을 받아들이는 데 긍정적 영향을 줄 수 있다고 제시한 것과는 상반된 의미로, 오히려 유형 III의 가족 돌봄 제공자들에게서는 기존 가족 관계에 갇혀 치매노인의 관점을 받아들이는 데 어려움을 겪는 것으로 나타났다. Andren과 Elmstahl [28]의 연구에서 치매노인 가족들이 오랜 기간 동안 치매노인을 돌보면서 돌봄과 휴식을 얼마나 잘 조절해나가느냐에 따라 치매노인을 돌보며 느끼는 부담감과 만족감이 다를 수 있다는 결과를 참고해 봤을 때, 본 연구에서 유형 III은 타 유형에 비해 하루 돌봄 시간도 20시간으로 가장 길고, 진단 경과 후 돌봄 기간도 최소 3년에서 7년 6개월로 오래되었으므로 장기화된 치매노인 돌봄이 치매노인 공감에 영향을 주었음을 유추해 볼 수 있다. 그러므로 이러한 유형의 가족 돌봄 제공자들에게는 돌봄 부담과 소진을 막기 위해 사회복지 서비스를 적극적으로 이용하도록 정보를 제공하는 것이 치매노인 공감에 도움이 될 수 있으며, 치매노인의 변화를 오랜 세월을 함께 살아온 가족의 입장에서만이 아닌 질환을 가진 사람으로 이해하도록 정보를 제공하는 것이 필요하다.

유형 IV에 속한 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 상실감을 함께 느끼며, 정서적 위로를 통해 상실감 극복을 도와주는 유형이다. 치매노인의 손을 잡고 칭찬을 해주며, 치매노인의 기를 살릴 수 있는 긍정적 정서표현을 중요하게 생각한다. 이 유형은 Monin과 Shulz [9]의 연구에서 돌봄 제공자가 공감기능을 통해 돌봄을 제공받는 대상자가 느끼는 정서적 우울, 스트레스, 고통과 같은 유사한 경험을 하게 되며, 이러한 정서전달을 통해 돌봄 제공자는 돌봄을 제공받는 대상자에게 위로하고 도와주려는 행위를 동기화시킨다는 결과와 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 이 유형의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 행동심리증상에 대한 부담감과 치매노인과 의사소통 시 어려움도 함께 가지고 있는데, 치매노인의 행동심리증상에 대한

정확한 이해를 통한 인지가 돌봄 행위를 향상시키는 요인이 될 수 있으므로[7], 가족 돌봄 제공자가 치매노인을 질병을 가진 사람의 수준에서 이해할 수 있도록 의학적 정보를 제공하는 것이 치매노인 공감에 도움이 될 수 있다.

유형 V에 속한 가족 돌봄 제공자들은 치매노인의 인지적 변화와 행동심리증상에 관해 단순히 치매 발병으로 원인을 돌리고, 치매가 걸려서 불쌍하다는 생각과 감정이 조력의 행위로 이어질 때에는 이를 부정하는 특성이 있다. Kim [24]의 연구에서 분류된 치매노인 돌봄 유형 중 측은지심형의 가족 돌봄 제공자들은 치매 환자를 수발하는 자신의 역할과 상황에 수용적이고 수동적인 특성을 보이며 치매의 적극적인 치매치료 행동에 부정적인 특성을 보인다고 보고되고 있는데, 이는 유형 V의 가족 돌봄 제공자들이 질병 특성 일반화를 통해 치매노인을 이해하려는 것과 같은 의미의 결과로 해석할 수 있다. 부양노인에 대한 애정과 애착은 노인 부양의 관여 정도를 더 크게 하며, 부양부담을 줄일 수 있는데[29], 유형 V의 가족 돌봄 제공자들은 치매노인에 대한 애정과 애착이 적기에 치매 노인에 대한 관여 정도가 적으며, 부양 부담이 크다고 볼 수 있다. 치매노인 가족의 어려움이나 갈등은 전반적인 가족의 삶의 질 저하를 나타내고 잠재적으로 가족의 위기 상황을 초래할 수 있으므로[30], 치매노인을 돌보는 지속적인 위기상황을 가족 내의 상호협력으로 해결할 수 있도록 도와주는 것이 필요하다.

위의 유형별 논의에서 가족 돌봄 제공자의 주관적인 생각과 이해에 따라 치매노인 공감이 서로 다른 유형으로 나누는 것을 확인 하였다. 공감은 개인이 가지고 있는 성별, 성격, 성향 등의 특성과 개별적 상황 등에 따라 다르게 나타나며[8], 각각의 사람에 따라 서로 다른 상황의 조합에 따라 낮은 수준에서 높은 수준에 이르기까지 다양한 양상으로 나타난다. 이것은 치매노인 공감에 있어 어느 유형이 공감을 더 잘하고 못하고가 아니라, 각자의 살아온 경험과 입장, 생각이 다르기 때문에 이같이 다양한 측면에서 공감이 이루어지고 있음을 시사하며, 서로 다른 상황과 환경에서 나타날 수 있는 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감을 보여준다고 할 수 있다.

결론

본 연구는 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형을 확인하고 각 유형별 특성을 설명함으로써 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 깊이 있는 이해를 도모하고, 가족 돌봄 제공자의 치매노인에 대한 공감 정도를 측정하는 도구 개발에 기초자료를 제공하고자 시도된 Q 방법론 연구이다. 본 연구에

서 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감은 5개의 유형으로 나타났다. 이상의 결과에서 가족 돌봄 제공자의 일반적 특성과 각자의 살아온 경험, 입장, 생각에 따라 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감은 서로 다르게 나타났으나, 치매노인에 대한 공감은 돌봄과 크게 연관이 있다는 공통점을 확인하였다. 본 연구를 통한 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 대한 서로 다른 특성의 이해와 유형별 특성에 따른 개별적 접근 방법이 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감을 증진시키고 효과적인 치매노인 돌봄에 기여할 것으로 기대하며 이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 서울 소재의 치매지원센터에 등록된 치매노인을 돌보는 주 가족 돌봄 제공자를 대상으로 제한하여 연구하였으므로 주간보호시설이나 요양시설 간호제공자를 대상으로 반복연구 시행을 제언한다. 둘째, 본 연구결과에서 나타난 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감에 관한 속성과 특징을 토대로 가족 돌봄 제공자의 공감을 확인할 수 있는 도구개발 연구를 제언한다. 셋째, 본 연구결과를 토대로 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형을 식별하고 각 유형별로 개별화된 프로그램을 개발함으로써 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감을 고려한 가족 돌봄 제공자 교육에 활용할 것을 제언한다. 넷째, 본 연구에서 나타난 가족 돌봄 제공자의 치매노인 공감 유형에 따라 맞춤형으로 개발된 교육 프로그램이나 콘텐츠를 적용하여 치매노인 돌봄에 미치는 효과를 알아보는 연구를 제언한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. 2015 statistics for elderly people [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2015 September 24 [updated 2015 Sep 24; cited 2016 Aug 17]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=348565&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=
2. Ministry of Health and Welfare. 2015 National Association for the Management of Dementia [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2015 December 17 [updated 2015 Dec 17; cited 2017 Dec 7]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=329062&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE=
3. Hennings J, Froggatt K, Keady J. Approaching the end of life and dying with dementia in care homes: the accounts of family carers. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2010;20(2):114-27.
4. Oh JJ. A comparative study on the effects of an individual in-

- tervention program and a group intervention program on the demented elderly and their families. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2008;19(2):205-15.
5. Kim CM. The coping process of family caregivers for demented elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2005;16(3):249-59.
 6. Park KW, Kim JY, Choi MG, Jung JB. A study on family caregivers' attitude toward senile dementia. *Korea Society for the Scientific Study of Subjectivity*. 2012;25:121-36.
 7. Yun SW, Ryu SA. Impact of dementia knowledge, burden from behavioral psychological symptoms of dementia and empathy in the caring behavior of certified caregivers in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2015;17(3):131-41. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2015.17.3.131>
 8. Howe D. *Empathy: what it is and why it matters*. New York.: Palgrave Macmillan; 2012. 248 p.
 9. Monin J, Suchulz R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology and Aging*. 2009; 24(3):681. <https://doi.org/10.1037/a0016355>
 10. Feil N, De Klerk-Rubin V. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias*. 3rd ed. Baltimore: Health Professions Press; 2002. 392 p.
 11. Kitwood T, Bredin K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing & Society*. 1992;12(3):269-87. <https://doi.org/10.1017/s0144686x0000502x>
 12. Kim SH. Awareness of dementia care knowledge and person-centered approach in general hospital nurses. [dissertation]. [Seoul]: Seoul National University; 2015. 80 p.
 13. Panyavin I, Trujillo M, Peralta SV, Stolfi M, Morelli E, Perrin P, et al. Examining the influence of family dynamics on quality of care by informal caregivers of patients with Alzheimer's dementia in Argentina. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 2015;30(6):613-21. <https://doi.org/10.1177/1533317515577129>
 14. Åström S, Nilsson M, Norberg A, Sandman P, Winblad B. Staff burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*. 1991;28(1):65-75. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(91\)90051-4](https://doi.org/10.1016/0020-7489(91)90051-4)
 15. Lee MH, Park MH. Geriatric hospital nurses' empathy, attitude and pain management for patients with dementia. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2016;28(4):388-98. <https://doi.org/10.7475/kjan.2016.28.4.388>
 16. Virginia B, David T. *The best friend approach to dementia care*. 2nd ed. Baltimore; Health Professions Press; 2015. 232 p.
 17. *A Book for Family Caregivers of The Persons of Dementia* [Internet]. Seoul: National institute of dementia; 2015 November 15[updated 2015 Nov 15; cited 2016 Sep 10]. Available from: https://www.nid.or.kr/info/dataroom_view.aspx?bid=134
 18. Kim HG. *Q methodolgy*. Seoul: Communication Books; 2008. 510 p.
 19. Jang HY, Yi MS. Hermeneutic phenomenological study on caring experience of spouses of elderly people with dementia at home. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2017;47(3): 367-79. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.367>
 20. Von DE, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nursing Inquiry*. 2000;7(3):166-74. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2000.00065.x>
 21. Dutton J, Worline M, Frost P, Lilius J. Explaining compassion organizing. *Administrative Science Quarterly*. 2006;51(1):59-96. <https://doi.org/10.2139/ssrn.911274>
 22. Kong BH. Art of caring in nursing. *Philosophy of Medicine*. 2007;3(1):97-116.
 23. Lee YH. The study on relationship between perception for dementia and health promotion behavior among middle and old-aged people [masters thesis]. [Seoul]: Hanyang University; 2011. 55 p.
 24. Kim YJ. Understanding family caregivers' experiences of living with dementia: a transcendental phenomenological inquiry. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2007;27(4): 963-86.
 25. Cho NO. Study of the dementia patient's family experience and their nursing needs [dissertation]. [Seoul]: Seoul National University. Seoul; 1996. 191 p.
 26. Lilius J, Worline M, Maitlis S, Kanov J, Dutton J, Frost P. The contours and consequences of compassion at work. *Journal of Organizational Behavior*. 2008;29(2):193-218. <https://doi.org/10.1002/job.508>
 27. Jo YY. A study of the caregiver appraisal in family caregivers of patients with dementia. [masters thesis]. [Seoul]: Yonsei University; 2008. 72 p.
 28. Andren S, Elmstahl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(2):157-68. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00328.x>
 29. Sheehan N, Donorfio L. Efforts to create meaning in the relationship between aging mothers and their caregiving daughters: a qualitative study of caregiving. *Journal of Aging Studies*. 1999;13(2):161-76. [https://doi.org/10.1016/s0890-4065\(99\)80049-8](https://doi.org/10.1016/s0890-4065(99)80049-8)
 30. Kim GM, Park EY, Lee YS, Lee JN. Resilience of families with elderly patients with dementia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;21(3):197-209. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.3.197>