

여성 가족부양자의 건강상태 및 가족부양의 부정적·긍정적인 영향

김 진 선*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 가족부양연구(family caregiving research)는 노인인구의 증가, 산업화, 도시화로 인한 가족구조의 변화 요인들, 그리고 취약한 노인복지시설 등을 살펴볼 때 그 중요성이 강조되고 있다. 요와 가족주의 전통을 상소해 온 우리나라에서 가족은 전통적으로 노인들을 위한 일차적인 사회지지체계이며, 특히 노인들이 아픈 경우 가족으로부터 대부분의 실질적인 그리고 사회심리적인 지지를 받는다(Kim, 2000; Lee, 1995; Choi, 1993; Choi, 1996). 지난 10여년간 국내에서 가족부양에 관련된 연구가 활발히 진행되어 왔지만 대부분의 연구들이 가족부양을 매우 어렵고 힘든 일로 간주하고, 가족부양과 관련된 부담감, 스트레스, 신체적, 정신적 건강의 악화 등 부정적 영향에 초점을 두어왔다 (권중돈, 1994; 문혜리, 1997; Shin, 1995). 그러나 최근 국외에서는 가족부양의 긍정적인 영향에 대한 연구가 행해지고 있으며, 이들 연구자들은 가족부양을 좀 더 총체적으로 이해하기 위해서 부정적인 영향 뿐만 아니라 긍정적인 영향까지도 포함시킨 접근이 필요함을 주장하고 있다 (Kramer, 1997; Miller & Lawton, 1997; Motenko, 1987; Noonan, Tennstedt, & Reblsky, 1996;

Picot, 1995; Lundh, 1999; Walker, Martin, & Johns, 1992; Yamamoto & Wallhagen, 1997). 국내에서도 몇몇 연구자들이 가족부양의 부정적인 영향 뿐만 아니라 긍정적인 영향에도 관심을 갖고 있지만 (김윤정과 최혜경, 1993; 이경순, 1996; Lee, 1995; Lee, Kim, & You, 1997) 이는 극소수이며, 가족부양의 부정적인 영향에 대한 편파적인 사고를 배제하고 부정적인 영향과 더불어 긍정적인 영향에 대한 연구의 필요성이 요구되고 있다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 병약한 노인을 가정에서 돌보고 있는 가족부양자들의 우울증상, 일반적인 건강상태 및 가족부양의 부정적인 그리고 긍정적인 영향을 조사함으로써 가족부양이 부양자에게 미치는 복잡하고 다양한 영향을 이해하기 위함이며, 이를 토대로 가족부양자 및 가족을 위한 중재방법 및 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 제공하고, 가족부양연구의 발전방향을 제시하고자 하는데 있다. 이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다: 첫째, 가족부양자들의 우울 및 일반적인 건강상태를 조사한다; 둘째, 가족부양자의 우울 및 일반적인 건강상태의 예측요인을 밝힌다. 셋째, 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향을 조사한다.

* 초당대학교 간호학과 전임강사 (jskim@chodang.ac.kr)

3. 용어의 정의

- 1) 가족부양자: 신체적 그리고/또는 정신적인 질환을 가진 노인과 한 집에서 살면서 노인의 일상생활활동에 대한 도움을 제공하는 성인 자녀로 노인을 돌보는데 있어서 일차적인 책임이 있는 딸 또는 며느리를 의미한다.
- 2) 건강상태: 가족부양자가 보고한 지난 7일 동안 경험했던 우울증상의 수준과 현재의 일반적인 건강상태를 의미하며, 우울증상은 Radloff (1977)에 의해 고안된 Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), 일반적인 건강상태는 Lawton 등 (1982)에 의해 고안된 Multilevel Assessment Inventory (MAI)를 사용하여 측정된 점수이다.
- 3) 부정적인 그리고 긍정적인 영향: 부정적인 영향은 가족부양자가 노인을 돌보면서 느끼거나 경험한 어려운 또는 힘든 점을, 긍정적인 영향은 만족스러운 또는 보람된 점을 의미하며, 가족부양자가 개방형 질문에 대해 대답한 내용을 포함한다.

II. 문헌 고찰

얼마 전까지만 해도 가족부양에 관심이 있는 많은 연구자들은 부양자들이 얼마나 스트레스, 부담감을 느끼는지 그리고 그런 스트레스 또는 부담감이 그들의 정신적, 신체적 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 밝히려 노력해왔다. 따라서 대부분의 연구들은 가족부양이 부양자의 삶에 부정적인 영향을 준다는 가정 하에서 이루어졌으며 스트레스/적응 모델이 가족부양연구를 위한 지배적인 이론적 패러다임으로 사용되어져 왔다. 그러나 최근의 가족부양 연구자들은 기존의 연구자들이 아주 중요한 면인 가족부양의 긍정적인 영향을 간과했음을 지적하고 있다. 가족부양을 총체적인 관점으로 보려고 하는 연구자들은 가족부양을 매우 복잡하며 개념화하기가 어려운 역동적인 현상으로 설명하고 있으며, 가족부양의 부정적인 영향만을 강조하는 것은 편파적인 해석임을 강조하면서 부정적인 영향과 더불어 긍정적인 영향까지 관심을 가져야만 가족부양자들의 삶과 경험을 총체적으로 이해할 수 있고 가족부양자와 그 가족들을 위한 적절한 중재방법 및 정책개발을 할 수 있음을 주장하고 있다 (Kramer, 1997; Lundh, 1999; Miller & Lawton, 1997; Motenko, 1989; Picot, 1995; Yamamoto & Wallhagen, 1997).

최근의 여러 연구들이 가족부양의 영향을 총체적으로 이해하기 위하여 사회교환이론, 질적연구방법 등 다양한 접근을 사용하고 있다. 사회교환이론 (Nye, 1979; Thibaut & Kelley, 1959)은 개인들은 그들의 사회적 상호작용에 있어서 이득을 최대화하고 손실을 최소화하려고 한다고 전제한다. 이 이론에 근거하면, 가족부양에 있어서도 많은 잠재적인 이득들이 있을 것임을 알 수 있다. 연구자들은 만일 가족부양이 전적으로 부담스럽기만 하다면, 어떻게 가족부양 행위가 지속될 수 있는지를 이해하고 설명하는데 어려움이 따르며 따라서 가족부양의 부정적, 긍정적인 영향 모두를 이해하여야만 한다고 주장한다 (Picot, 1995; Walker et al., 1992). 질적인 연구 또한 대안적인 패러다임으로 사용되어졌다. 이들 연구자들은 가족부양의 영향을 부정적인 현상으로 단정지워 개념화하는데는 문제가 있으며 따라서 질적연구를 통해 가족부양자들의 삶과 경험에 대한 심층적인 분석을 통해 가족부양이라는 복잡한 현상을 이해하고자 했다 (김태현과 전길향, 1995; 이경순, 1996; Noonan et al., 1996; Yamamoto & Wallhagen, 1997). 그 이외에도 많은 연구들이 가족부양의 긍정적인 영향을 조사하였다 (김윤정과 최혜경, 1993; Lee et al., 1997; Kinney, Stephens, Franks, & Norris, 1995; Walker et al., 1990). 가족부양이 가족부양자에게 주는 부정적인 영향과 긍정적인 영향으로 밝혀진 것들을 통합하여 보면 다음과 같다:

가족부양의 부정적인 영향 (Negative Impacts of Family Caregiving)

가족부양의 부정적인 영향은 가족부양자들이 어려움 또는 불이득으로 인지하는 모든 것을 포함한다. 연구자들은 이를 부양자가 인식한 스트레스 또는 부담감, 좌절감, 정신적, 신체적, 그리고 사회적 건강 상태의 악화, 경제적인 어려움, 시간적인 억압 등으로 개념화하였다 (Pallet, 1992; Schulz et al., 1995; Wright, Clipp, & George, 1993). Schulz 등 (1995)은 가족부양자들의 정신적, 신체적인 질환의 유병률을 사정하기 위한 목적으로 관련 연구 41편을 고찰하였다. 조사된 모든 연구에서 가족부양자의 우울점수가 높고, 항정신성 약물의 사용도 많은 것으로 나타났다. 조사된 연구 중 CES-D를 사용한 연구의 대부분이 14-18점 사이의 평균점수를 보였는데, 이 점수는 일반인구집단의 평균치 (7.4-9.4)와 비교할 때 높은 점수이며, 또한 많은 연구

의 평균점수가 기준치인 16점보다 높은 점수를 나타내어 가족부양자 집단에서 우울점수가 높은 것으로 보고되었다. 신체적인 건강을 조사한 6편의 연구에서 자신의 건강을 5점 척도의 하위수준인 “그저 그렇다” 또는 “나쁘다”로 평가한 부양자가 평균 31%로 (18%-45%)로 이는 연구대상자의 연령대인 일반노인들의 24-28%와 비교해 볼 때 높은 수치로 가족부양자 집단의 신체적 건강상태가 가족을 부양하지 않는 집단보다 나쁜 것으로 나타났다. Wright 등 (1993)도 가족부양이 부양자의 건강에 미치는 영향을 조사한 연구들을 분석하였다. 조사된 연구들 중에서 Beck 또는 CES-D와 같은 표준화된 우울측정도구로 측정한 연구들의 결과를 요약하면 28-55%의 가족부양자들이 임상적인 우울증상을 보인 것으로 나타났으며, 가족부양자들의 약 30%가 항정신성 약물을 복용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 일반인 구집단의 14-16%가 우울증상을 보이고 20%가 항정신성 약물을 복용하는 것에 비교하면 높은 수치라고 해석하였다. Stone 등 (1987)의 연구결과에 의하면 33%의 가족부양자들이 그들의 신체적인 건강상태를 그저 그렇거나 나쁜 것으로 보고하였고, 65세 이상의 배우자 부양자의 경우 44%가 그들의 신체적인 건강상태를 그저 그렇거나 나쁜 것으로 나타났는데 이는 일반 노인인 구집단의 30%에 비교하면 높은 수치이다. 연구자들은 가족부양으로 인한 스트레스가 가족부양자들을 우울하게 만들고, 우울증상들이 면역체계를 억압하고 이는 결과적으로 부정적인 신체적인 건강상태에 영향을 미칠 수도 있을 것이라는 결론을 내렸다 (Kiecolt-Glaser et al., 1991; Pruchno, Kleban, Michaels, & Dempsey, 1990).

가족부양의 긍정적인 영향 (Positive Impacts of Family Caregiving)

가족부양의 긍정적인 영향은 가족부양자에게 이득을 주는 것으로 인지되는 모든 것으로 정의된다. 연구자들은 가족부양의 긍정적인 영향을 부양자가 인식한 가족부양에 대한 만족, 이득, 양양, 보상, 회열, 성장과 의미, 즐거움 등으로 개념화하였다. 많은 가족부양자들이 긍정적인 영향에 가치를 두는 것으로 나타났으며 (김윤정과 최혜경, 1993; 김태현과 전길향, 1995; 이경순, 1996; Kinney et al., 1995; Lee et al., 1997; Lundh, 1999), 긍정적인 영향에 가치를 두는 대상자들은 부정적인 반응을 보이는 내성자들에 비해 부양부담

감을 적게 느끼거나 우울 점수가 낮은 것으로 보고했으며, 높은 수준의 안녕상태를 나타냈다 (Braithwaite, 1996; Kinney et al., 1995; Motenko, 1989; Orbell & Gillies, 1993; Sheehan & Nuttall, 1988). 가족부양자들이 가치를 두는 가족부양의 긍정적인 영향은 노인과의 관계 향상, 자기만족 또는 성취감, 자부심 또는 개인적인 성숙의 경험, 자신과 자신의 노화에 대한 지식의 증가, 자녀들을 위한 역할모델, 친지, 가족, 사회로부터의 인정, 종교적인 실천 또는 영적인 삶, 가족관계 또는 결속력의 향상, 경제적인 보상 등이다. Noonan 등 (1996)은 노인을 돌보는 48명의 가족부양자를 대상으로 가족부양의 의미를 조사하는 질적연구를 실시한 결과, 가족부양 역할에 대한 만족감 또는 자부심, 가족으로서의 도덕적인 책임감, 과거의 보살핌이나 친절에 대한 보상, 마땅히 해야 할 일을 한다는 생각, 자아성장의 경험, 노인과의 관계향상 등이 가족부양자들이 가치를 두는 의미를 알 수 있었다. Picot (1995)는 사회교환이론에 근거하여 치매증상을 가진 노인을 간호하는 83명의 흑인 여성을 대상으로 그들이 인지하는 보상과 비용을 조사하였는데, 가족부양자들이 가장 높은 빈도로 보고한 보상은 노인으로부터의 미소, 접촉, 눈맞춤 그리고 신이 그들을 축복한다는 느낌이었다. 우리나라에서도 몇몇 연구에서 가족부양의 긍정적인 영향을 조사하였다. Lee 등 (1997)은 치매노인을 가정 내에서 간호하고 있는 집단 (30명)과 시설입소를 시킨 집단 (24명)을 대상으로 치매노인을 위한 가족부양의 어려움과 만족감을 비교하였는데, 이 연구에서 대상자들은 치매 노인을 위한 가족부양에 대한 만족감으로서 자아성장, 친지, 자신의 가족, 사회로부터의 인정, 자신의 자녀를 위한 모델, 종교적인 실천, 노인과의 관계 향상, 그리고 경제적인 보상을 가족부양의 만족감으로 나타냈다. 이경순 (1996)은 치매노인을 돌보는 가족부양자들의 돌보는 현상을 기술하기 위해 현상학적인 방법을 사용하여 2명의 연구대상자를 대상으로 심층면담을 실시하였는데 이 연구를 통해 구성된 주제 중 긍정적인 영향을 나타내는 것으로는 영적인 삶, 성숙, 적응이었다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 신체적 그리고/또는 정신적인 질환을 가진 노인을 돌보는 것이 딸 또는 며느리 부양자에게 어떠한

영향을 미치는지를 조사하기 위해서 행해진 기술상관연구로서, 개념적인 모델은 Riegel (1979)과 Lerner (1991)의 인간발달이론 (human developmental theories)과 가족부양 문헌에 근거하여 개발되었다. 인간발달 이론은 여러 학자들에 의해 가족부양 연구를 위한 스트레스/적응 모델의 대안으로 제안된 모델로서 (Barer & Johnson, 1990; Mathews & Rosener, 1989; Phillips et al., 1995; Wright, 1994), 가족부양의 영향은 개인의 특성과 환경과의 상호작용의 결과이며, 개인이 처한 사회체계가 가족부양이 부양자에게 미치는 결과에 영향을 줄을 강조하고 있다. 따라서 개인-배경 간의 상호적인 관계에 따라 가족부양의 영향은 부정적일 수도 있고 긍정적일 수도 있다.

2. 연구대상자 및 선정기준

신체적 그리고/또는 정신적인 질환을 가진 60세 이상의 노인을 한 집에서 살면서 돌보는 120명의 딸 또는 며느리 부양자들이 이 연구에 참여했다. 임의표출법을 사용하였으며, 대상자들은 전남지역의 보건기관에서 관리되고 있는 대상자들이나, 종합병원에 입원하였다가 퇴원하였거나 외래를 이용하고 있는 대상자들을 간호사 또는 의사의 도움을 받아 발견하였다. 연구대상자의 선정 기준은 다음과 같았다: 노인화자는 1) 한국판 Mini-Mental State Exam (MMSE-K; Park & Kwon, 1990)의 점수가 24점 이하, 그리고/또는 일상생활활동 (ADL) 점수가 26점 이하인 60세 이상의 남·녀 노인; 2) 병원이나 노인시설에 입원하지 않고 집에서 살고있는 노인. 가족부양자는 1) 노인과 함께 사는 딸 또는 며느리, 2) 노인을 돌보는데 1차적인 책임을 가진 사람, 3) 적어도 다음 중 한가지에 있어서 도움을 제공하는 사람: 개인적인 간호, 쇼핑, 식사준비, 또는 인지적인 장애를 가진 노인을 어떤 형태로든 감독하는 사람, 4) 질문에 대답할 수 있는 사람.

MMSE-K와 ADL 점수의 기준점을 각각 24점 이하와 26점 이하로 정한 근거는 다음과 같다: MMSE-K 점수가 25점 이상인 경우 인지기능이 정상인 것으로 분류하기 때문이며 (Park & Kwon, 1990), ADL 점수를 26점 이하로 정한 이유는 장기간호요구 대상자의 기준인 둘 혹은 그 이상의 ADL에 있어서 도움이 요구되는 사람 (Kane, R. L. & Kane, R. A. 1987)을 선정하기 위함이다.

3. 자료수집 기간 및 방법

자료수집은 1998년 8월부터 1999년 6월까지 약 10개월이었다. 자료수집은 구조화된 질문지를 이용한 직접 면담을 통해 이루어졌으며, 전체 면담에 소요된 시간은 1시간-1시간 30분 정도였다. 면담은 연구자와 간호학과 졸업생 1명에 의해 행하여 졌으며, 조사자 간의 신뢰도 (interrater reliability)를 높이기 위해서 면담을 위한 프로토콜을 만들었으며, 사전에 연구원을 훈련하였다. 면담은 다른 사람이 없어 자신의 감정을 거리낌없이 표현할 수 있는 곳에서 실시되었으며, 개방적인 질문을 위한 간단한 관찰일지가 그 자리에서 기록되었고 대상자의 집에서 나오자마자 대상자의 진술 내용을 자세히 기록하여 문자화하였다. 개방적인 질문에 대한 면담내용은 면담자가 느낌이나 생각을 자유롭게 표현하는 것을 돕기 위해 녹음을 하지 않았다.

4. 연구 도구

본 연구의 도구로는 구조화된 질문지를 사용하였다. 또한 개방적인 질문을 통해 대상자들의 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향을 조사하고자 했다. 면담을 위해 사용된 도구들 중 외국에서 개발되어 국내에서 그 타당도와 신뢰도가 검증되지 않은 도구들은 Brislin (1980)의 지침에 따라 번역, 역번역 과정 그리고 예비조사를 통해 문화적인 차이에서 오는 문제점을 해결하고자 하였다. 일차적으로 영어로 된 도구를 연구자를 포함한 두 명의 간호학자에 의해 한국어로 번역하였다. 두 명의 번역을 비교한 결과 번역된 의미상에 차이가 있는 두 문항이 발견되어 이 두 문항의 일치를 보기 위해서 제 삼의 간호학자에게 자문을 구하여 문제점을 해결하였다. 그 다음 단계로 사용된 질문에 익숙하지 않고 영어와 한국어에 모두 능통한 두 명의 사회과학자에 의해 한국어에서 영어로 역번역을 실시하였다. 또한 20명을 대상으로 예비조사를 실시하여 면담대상자들이 문항을 잘 이해하는지도 확인하였다.

가족부양자들의 건강상태 및 가족부양의 부정적인 그리고 긍정적인 영향을 조사하기 위해 다음의 도구를 사용하였다:

우울. 현재의 우울 정도를 측정하기 위해 Radloff (1977)에 의해 고안된 CES-D를 사용하였다. 이 도구는 20문항으로 각 문항별로 대상자가 지난 1주 동안 그 감정을 몇 번 경험하였는지를 묻는 4점 척도이다. 본

도구의 점수의 범위는 0-60점으로 16점 이상이면 임상적 우울증상이 있는 것으로 생각되며, 점수가 높을수록 우울수준이 높음을 나타낸다. 본 연구에서의 이 도구의 Cronbach Alpha는 0.85 이었다.

일반적인 건강상태. Lawton 등 (1982)에 의해 고안된 MAI를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 8개 항목으로 일반적인 건강상태를 측정하기 위해 만들어졌으며, 점수범위는 8-27로 점수가 높을수록 건강상태가 좋음을 나타낸다. 본 연구에서의 이 도구의 Cronbach Alpha는 .77 이었다.

노인과 부양자와의 인간관계. 부양에 대한 자녀로서의 책임감(의무감)과 노인과의 친밀감(애정)에 의해 측정되었다. 책임감은 Seelbach와 Sauer (1977)가 개발한 자녀기대감 측정도구 (Filial Expectancy Scale)를 사용하였는데, 5개 항목으로 구성된 5점 척도이다. 친밀감은 Horowitz와 Shindelman (1983)이 개발한 친밀감 측정도구 (Affection Scale)를 사용하였는데, 6개 항목으로 이 도구는 과거와 현재의 친밀감을 측정하기 위해 개발되었다. 두 도구 모두 점수가 높을수록 노인과 부양자와의 인간관계에 있어서 책임감 (의무감) 또는 친밀감 (애정)이 높음을 의미한다. 본 연구에서 이들 도구의 Cronbach Alpha는 각각 0.69와 0.80 이었다.

추가역할 (competing roles). 추가역할은 가족부양 이외에 추가적으로 부양자가 수행하고 있는 역할을 말한다. 배우자 유무, 18세 이하의 자녀의 유무, 직업의 유무라는 3문항의 점수를 합하여 추가역할 점수로 사용하였다. 가족부양자로서의 역할 이외에 위의 3가지 역할을 다 가지고 있는 경우 3점, 위의 역할을 아무 것도 가지고 있지 않은 경우가 0점으로, 이 점수가 높을수록 추가역할이 많음을 의미한다.

사회적인 상호작용. 사회적인 상호작용은 Hirsh (1980)에 의해 고안된 Social Network List and Support System Scale를 사용하였다. 이 도구는 5개 영역에서의 사회적인 지지와 갈등을 측정하기 위해 개발된 도구로 각각 5문항으로 구성되었으며, 사회적인 지지와 갈등 점수의 범위는 각각 5-20으로 점수가 높을수록 사회적인 지지 또는 갈등이 많음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach Alpha는 사회적 지지가 0.60 그리고 사회적인 갈등이 0.71 이었다.

부정적인 영향과 긍정적인 영향. 노인 부양의 부정적인 영향은 한 항목의 개방적인 질문을 통해서 이루어졌다: 당신이 노인을 돌보는데 있어서 가장 어려운 또는 힘든 일은 무엇입니까?. 노인 부양의 긍정적인 영향은

한 항목의 개방적인 질문을 통해 이루어졌다: 당신이 노인을 돌보는데 있어서 가장 만족스러운 또는 보람된 일은 무엇입니까?

노인대상자의 선정기준의 필요에 의해 노인들의 신체적 그리고 정신적인 건강상태를 파악하기 위해 다음의 도구를 사용하였다:

일상생활활동 수준. 노인의 신체적 그리고 도구적 일상생활활동 능력을 측정하기 위해 Fillenbaum (1988)에 의해 고안된 도구를 사용하였다. 총 14문항으로 구성된 이 도구의 점수의 범위는 0-28이며, 대상자의 점수가 높을수록 대상자가 일상생활활동을 독립적으로 할 수 있음을 의미한다. 본 연구에서 이 도구의 Cronbach Alpha는 0.91 이었다.

인지능력 수준. 노인의 인지능력은 Folstein 등 (1975)에 의해 개발된 MMSE를 기초로 우리나라 사람들에게 사용하기 적절하게 수정, 변경한 MMSE-K (Park & Kwon, 1990)를 사용하여 측정하였다. 이 도구의 점수범위는 0-30으로 점수가 높을수록 인지능력이 높음을 나타낸다. 본 연구에서 이 도구의 Cronbach Alpha는 0.96 이었다.

5. 분석 방법

본 연구의 대상자인 120명의 노인과 가족부양자로부터 얻어진 자료를 SPSS/PC Version 7.0을 사용하여 분석하였으며, 다음의 여러 가지 분석방법이 사용되었다:

- 1) 연구대상자의 특성 및 대상자들의 우울 및 일반적인 건강상태, 그리고 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향을 파악하기 위하여 기술통계를 사용하였다.
- 2) 독립변수들 간의 상관관계를 파악하기 위해서 상관관계 분석이 사용되었다.
- 3) 긍정적인 영향을 보고한 집단과 보고하지 않은 집단의 우울점수 및 일반적인 건강상태 점수를 비교하기 위하여 t-tests를 사용하였다.
- 4) 가족부양자들의 우울 및 일반적인 건강상태의 예측요인을 밝히기 위하여 위계적 회귀분석 (hierarchical regression analysis)을 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 특성

노인. 노인의 평균연령은 80.82 (범위 60-99), 88% (n = 106)가 여자였다 <표 1>. 이들이 앓고 있는 질환은 치매가 가장 많았고 (36.7%), 뇌졸중 (15.0%), 전신쇠약 (7.5%), 관절염 (5.0%), 시력문제 (5.0%), 마비 (5.0%), 그리고 골다공증 (4.2%) 등의 순이었다. 노인의 평균 MMSE-K 점수는 17.86이었으며, 38명 (31.7%)이 정상 인지기능을 가진 것으로, 20명 (16.6%)이 인지장애가 의심이 가는 것으로, 그리고 나머지 62명 (51.7%)이 확실한 인지장애가 있는 것으로 나타났다. 또한 이들의 일상생활활동 평균점수는 10.87 이었다.

<표 1> 노인의 인구사회학적 특성 (N=120)

변수 및 항목		n (%)
나이	60 - 69세	14 (11.7)
	70 - 79세	36 (30.0)
	80 - 89세	51 (42.5)
	90 - 99세	9 (15.8)
성별	남자	14 (11.7)
	여자	106 (88.3)
결혼상태	기혼	21 (17.5)
	사별	96 (80.0)
	이혼	1 (0.8)
	별거	2 (1.7)
교육수준	무학	100 (83.3)
	국졸	15 (12.5)
	중졸	2 (1.7)
	고졸	1 (0.8)
	대졸	2 (1.7)

가족부양자. 가족부양자는 며느리가 77.5% (n = 93), 딸이 22.5% (n = 27)이었으며, 평균연령은 47.68 이었고, 40대가 가장 많았다. 93명의 며느리 부양자 중 64.5%가 그리고 부양자 전체의 50%가 첫째 며느리였다. 부양자의 53% (n = 64)가 직업을 가지고 있었고 그 중 60.9%가 농업에 종사하고 있었다. 이들이 부양을 해 온 기간은 평균 57.11 개월이었으며, 50% 이상의 부양자가 3년 이상 부양을 하고 있었다 <표 2>.

<표 2> 가족부양자의 인구사회학적 특성 (N=120)

변수 및 항목		n (%)
나이:	29세 이하	6 (5.0)
	30-39세	25 (20.8)
	40-49세	37 (30.8)
	50-59세	33 (27.5)
	60-69세	14 (11.7)
	70세 이상	5 (4.2)
노인과의 관계:		
	만며느리	60 (50.0)
	며느리 (만며느리는 제외)	33 (27.5)
	딸	27 (22.5)
결혼상태:		
	독신	27 (22.5)
	기혼	2 (1.7)
	사별	103 (85.5)
	이혼	14 (11.7)
교육수준:		
	무학	14 (11.7)
	국졸	43 (35.8)
	중졸	30 (25.0)
	고졸	25 (20.8)
	대졸이상	8 (6.6)
직업:		
	유무	64 (53.3)
	무	56 (46.7)
거주지:	도시	63 (52.5)
	시골	57 (47.5)
가족수입:		
	500,000원 이하	31 (25.8)
	500,001-1,000,000원	33 (27.5)
	1,000,001-1,500,000원	29 (24.2)
	1,500,001-2,000,000원	17 (14.2)
	2,000,001원 이상	10 (8.3)
추가역할:		
	배우자 (1=있음, 0=없음)	103 (85.8)
	자녀양육 (1=예, 0=아니오)	55 (45.8)
	직업 (1=예, 0=아니오)	64 (53.3)
부양기간:		
	1년 미만	23 (19.2)
	1년 이상-3년 미만	35 (29.2)
	3년 이상-5년 미만	24 (20.0)
	5년 이상-7년 미만	16 (13.3)
	7년 이상-9년 미만	22 (18.3)

가족부양자의 우울 및 일반적인 건강상태

우울. 가족부양자의 평균 우울점수는 21.80 (범위 4-49)이었다. 가족부양자의 68% (n = 81)가 임상적 우울증상의 존재를 나타내는 16점 이상의 점수를 나타

<표 3> 가족부양 전, 후의 가족부양자의 일반적인 건강상태

변수	명 (%)
당신은 지금 당신의 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?	
아주 좋다	7 (5.8)
좋다	38 (31.7)
그저 그렇다	43 (35.8)
나쁘다	32 (26.7)
간호제공을 시작하기 전에 당신의 건강상태는 어땠습니까?	
아주 좋다	14 (11.7)
좋다	65 (54.2)
그저 그렇다	32 (26.7)
나쁘다	9 (7.5)

냈다. 증상은 Noh 등 (1992)이 분류한 Positive Affect Symptom Cluster의 1항목 (내가 다른 사람들만큼은 우수하다고 생각했다; 미래가 희망적이라고 느꼈다; 행복했다; 삶을 즐겼다)과 Somatic and Retarded Activity Symptom Cluster의 1항목 (모든 일이 힘들게 느껴졌다)에서 가장 많이 나타났다.

일반적인 건강상태. 가족부양자의 평균 MAI 점수는 22.49 (범위 13-27)였다. MAI의 총점은 "현재 당신의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?" 라는 자신이 인지하는 건강상태를 측정하는 한 문항과 높은 상관관계를 보였다 ($r = .823, p < .001$). 가족부양자의 62.5%

가 자신의 현재 건강상태를 그저 그렇다 또는 나쁘다고 대답했는데 이는 가족부양자의 34.2%가 그들이 부양자로서의 역할을 담당하기 전의 건강상태를 그저 그렇다 또는 나쁘다고 한 것과 비교할 만한 수치이다 <표 3>.

가족부양자의 우울 및 일반적인 건강상태의 예측요인

가족부양자의 우울 및 일반적인 건강상태의 예측요인을 알아보기 위해 위계적인 회귀분석을 사용하였다. 이러한 조사는 처음 시행되는 탐색적 연구이므로 유의도를 .10으로 정하였다. 분석을 위해 노인의 인지장애 수준

<표 4> 가족부양자의 우울의 예측요인

변수 및 항목	1단계	2단계	3단계	4단계
가족부양자의 특성:				
나이	-.046	-.110	-.111	-.028
가족수입	-.171+	-.164	-.176+	-.211*
노인과의 관계 ¹⁾	-.069	-.083	-.094	-.086
추가역할	-.166	-.124	-.113	-.100
가족부양자와 노인과의 인간관계:				
애정적인 관계 (친밀감)	-.155	-.123	-.148	-.135
의무적인 관계 (책임감)	.017	.006	.003	.012
노인의 특성:				
기능적인 장애		-.141	-.135	-.105
인지적인 장애 ²⁾		.190	.192+	-.181+
사회적인 상호작용:				
사회적인 지지			.060	.071
사회적인 갈등				.278**
R2	.078	.148	.151	.220
R2 change		.070	.003	.069

¹⁾ 노인과의 관계 (딸 = 0, 며느리 = 1)

²⁾ 인지적인 장애 (치매가 없는 노인 = 0, 치매가 있는 노인 = 1)

** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

은 점수에 따라 치매가 있는 경우를 1로 치매가 없는 경우를 0으로 다시 코딩하였다.

우울. 제1단계의 분석에서 가족부양자의 특성과 노인과의 인간관계를 모델에 포함시켰을 때 이 단계가 가족부양자의 우울의 변이에 7.8%를 설명했다. 부양자의 가족수입만이 ($p < .10$) 유의한 변수였다. 제 2단계로 회귀분석 모델에 노인의 특성이 추가되었을 때, 부양자의 우울의 변이에 7%를 더했으나 가족수입과 우울 간의 유의한 관계가 사라졌다. 제 3단계의 사회적 지지 모델에 추가되었을 때, 우울의 변이에는 거의 기여를 하지 못했지만 가족수입과 노인의 인지수준이 유의하게 나타났다 ($P < .10$). 마지막 단계에서 사회적 갈등을 회귀분석에 입력하였을 때, 가족부양자의 우울에 6.93%를 더했고, 부양자의 가족수입 ($\beta = -.211, p < .05$), 노인의 인지수준 ($\beta = -.181, p < .10$)과 사회적 갈등 ($\beta = .278, p < .01$)이 부양자의 우울정도를 예측할 수 있는 유의한 변수로 나타났다. 즉 가족부양자의 우울점수는 가족부양자의 가족수입이 적을수록, 노인이 치매노인인 경우 그리고 사회적 갈등이 심할수록 높은 것으로 나타났다 (표 4).

일반적인 건강. 제1단계의 분석에서 가족부양자의 특성과 가족부양자와 노인의 관계를 모델에 포함시켰을 때 이 단계가 부양자의 일반적인 건강의 변이의 22.6%를 설명했다. 부양자의 나이와 추가역할이 일반적인 건강의 예측요인으로 나타났다. 노인의 특성, 부양자의 사회적

인 지지를 모델에 포함시켰을 때 이들 변수들은 부양자의 일반적인 건강의 변이에 각각 1.6%와 0.3%만을 더했으며 이들 변수 중 유의한 변수는 없었다. 4단계로 사회적인 갈등을 회귀분석에 추가시켰을 때, 부양자의 일반적인 건강의 변이에 6.6%를 더했고, 부양자의 나이, 추가역할과 사회적 갈등이 부양자의 일반적인 건강을 예측할 수 있는 유의한 변수로 나타났다. 마지막 단계로 부양자의 우울을 모델에 추가시켰을 때 부양자의 일반적인 건강상태의 변이에 4.3%를 더했다. 부양자의 나이 ($\beta = -.313, p < .01$), 추가역할 ($\beta = .205, p < .05$) 그리고 부양자의 우울 ($\beta = -.233, p < .05$)이 유의한 변수로 나타났다. 부양자의 우울을 모델에 추가하였을 때 사회적인 갈등과 부양자의 일반적인 건강의 유의했던 관계가 사라졌다. 즉 부양자의 일반적인 건강은 부양자의 나이가 적을수록, 추가역할이 많을수록 그리고 우울점수가 낮을수록 좋은 것으로 나타났다 (표 5).

가족부양의 부정적인 영향 및 긍정적인 영향

개방형 질문에 대해 가족부양자가 기술한 자료를 연구자와 다른 한 명의 간호학 교수 1인이 각각 여러차례 주의깊게 읽으면서 각 진술의 의미를 해석하고, 같은 의미를 가진 주제에 속한다고 생각하는 개념들을 공통의 속성으로 묶기 위한 범주화 작업을 실시하였다. 두 명

〈표 5〉 가족부양자의 일반적인 건강상태의 예측요인

변수 및 항목	1단계	2단계	3단계	4단계	5단계
가족부양자의 특성:					
나이	-.265**	-.247**	-.245**	-.306**	-.313**
가족수입	.071	.059	.070	.095	.046
노인과의 관계 ¹⁾	-.079	-.058	-.049	-.054	-.074
추가역할	.270**	.247**	.237**	.228*	.205*
가족부양자와 노인과의 인간관계:					
애정적인 관계 (친밀감)	-.080	-.066	-.051	-.061	-.092
의무적인 관계 (책임감)	.101	.097	.099	.093	.096
노인의 특성:					
기능적인 장애		.137	.133	.110	.086
인지적인 장애 ²⁾		.066	.005	.013	-.055
사회적인 상호작용:					
사회적인 지지			-.055	-.063	-.046
사회적인 갈등				-.202*	-.138
가족부양자의 우울:					-.233*
R ²	.226	.242	.245	.281	.324
R ² change		.016	.003	.066	.043

¹⁾ 노인과의 관계 (말 = 0, 머느리 = 1)

²⁾ 인지적인 장애 (치매가 없는 노인 = 0, 치매가 있는 노인 = 1)

** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

이 범주화한 내용의 비교, 재조정 과정을 통해 범주화의 상호일치성을 논의하여 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향을 분석하였으며, 그 내용은 다음과 같다:

부정적인 영향. 개방적인 질문에 대해 90% (n = 108)의 대상자가 가족부양의 어려운 점 또는 힘든 점을 표현했다. 치매를 가진 노인의 문제행동, 가족부양자 자신의 건강상태 악화, 사회규범과 관련된 압력, 가족구성원과의 갈등 그리고 경제적인 어려움은 이들이 가장 많이 호소하는 어려움이었다.

이들 문제 중 부양자들이 가장 힘들어하는 것은 대변과 관련된 노인의 문제행동과 가족부양자 자신의 건강과 관련된 문제들이었다. 부양자들은 노인들의 인지능력이 떨어져 대변을 벽에 장판 밑에 그리고 때로는 먹기까지 하는 그런 행동과 그로 인해 조절할 수 없는 집안의 대변 냄새 등으로 당황해하고 힘들어했다. 또한 부양자 자신의 건강상태가 좋지 않은 경우 부양자로서의 역할을 감당하는데 어려움을 가졌다. 특히 부양자가 나이가 많은 경우 그들 자신이 돌봄을 받아야 하는 나이 또는 건강상태인데도 불구하고 힘든 부양자의 역할을 해야하는데 있어서 어려움을 호소했다. 가족구성원과의 갈등 또한 자주 호소하는 어려움이었다. 당연히 도움을 주어야 할 가족구성원 특히 남편 또는 형제들이 도와주지 않는 경우 부양자들은 그들에게 서운함, 소외감을 느꼈으며 공평하지 못하다고 느꼈다. 그들은 가족부양을 가족들끼리 공유해야 할 책임으로 생각하고 있었다. 경제적인 어려움도 많이 호소했다. 저소득층 가정에서 아픈 노인을 모시는 것은 경제적으로 부담이 되었고, 일부 가정에서는 남편이 IMF 관리체계 하에서 실직을 한 상태였으므로 부양자 자신이라도 일을 해야하는데 노인을 돌보아야 하기 때문에 일을 하러 나갈 수도 없는 그런 상황에서 어려움을 겪고 있었다.

긍정적인 영향. 개방적 질문에 대해 연구대상자의 68.3% (n = 82)가 가족부양에 대해 만족스러운 또는 보람된 점을 보고하였다. 가족부양자들이 표현한 긍정적인 반응 중 가장 자주 나타난 것은 자식 또는 며느리로서의 도리를 한다는 생각 (자기 성취감, 만족감), 노인을 포함한 가족, 친지, 그리고 사회로부터의 인정, 자녀 교육상, 그리고 가정의 화목 등 이었다.

많은 가족부양자들이 며느리 또는 딸로서 당연히 해야 하는 역할을 수행하고 있다는 것에 대해 자기 만족감 또는 자아성취감을 느끼고 있었으며, 자신이 부양역할을 함으로써 노인의 건강이 좋아지거나 유지되는 경우 자신의 존재의 중요성을 깨닫게 됨을 표현했다. 힘든 들지만

자신이 부양역할을 담당함으로써 노인, 남편, 그 밖의 가족, 친지, 주변의 사람들로부터 좋은 소리를 듣거나 인정을 받는다고 생각할 때 그리고 그들이 자신의 어려움을 이해해주고 격려해주고 자신의 노고를 알아줄 때 기쁨을 느낀다고 했다. 또한 자신의 몸은 고달프기는 하지만 자신이 병든 노인을 집에서 모심으로써 자녀들이 노인을 공경하는 마음, 사랑, 다른 사람을 생각하는 마음, 노화의 과정 등에 대한 살아있는 교육을 할 수 있다는 것, 그리고 자신이 희생함으로써 온 집안이 평화롭고 가족구성원이 행복해 하는 것에 대해 보람을 느낀다고 했다.

또한 4명의 며느리 부양자들은 더 이상 시집살이를 안하는 것이 너무 좋다고 했다. 그들은 시어머니가 건강하고 힘이 있었을 때, 시어머니의 권위, 억압, 또는 고부간의 갈등으로 어려움을 가졌었는데, 지금은 상황이 역전이 되어 자신이 힘을 가진 상황이며 더 이상 시어머니로부터 잔소리를 듣지 않아도 되며, 시어머니의 권위나 억압에 시달리지 않아도 되어 부양 자체로 인해 육체적으로는 고되지만 심리적으로는 오히려 편하고 좋다고 하였다.

긍정적인 영향을 기술한 가족부양자가 긍정적인 영향을 기술하지 않은 부양자보다 우울점수가 낮았고 ($t = 1.67, p = .097$), 일반적인 건강상태는 통계적으로 의미있는 차이가 없는 것으로 나타났다 ($t = -1.53, p = .130$). 딸 부양자의 85.2%가 긍정적인 영향을 보고한 반면, 며느리 부양자는 63.4%만이 긍정적인 영향을 보고하였다. 또한 긍정적인 영향을 기술한 대상자가 그렇지 않은 대상자보다 노인과의 친밀감이 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다 ($t = 2.98, p = .003$).

V. 논의 및 제언

본 연구는 신체적 그리고/또는 정신적인 문제를 가진 노인을 가정에서 부양하고 있는 딸 또는 며느리 부양자 120명을 대상으로 부양자들의 우울 및 일반적인 건강상태를 파악하고, 가족부양이 부양자에게 미치는 부정적인 그리고 긍정적인 영향을 알아보기 위해 면담을 통한 자가보고방식으로 이루어졌다. 가족부양자의 우울점수는 같은 연령의 일반인구집단에 비해 높았으며, 일반적인 건강상태도 좋지 않은 것으로 나타났다. 가족부양 경험에 대해 90%의 부양자가 부정적인 영향이 있다고 대답했다. 그러나 부양자의 68.3%가 가족부양이 그들에게 긍정적인 영향을 미치는 것으로 기술하였다.

부양자들의 우울 및 일반적인 건강상태. 가족부양자의 우울점수 그리고 일반적인 건강상태는 같은 연령의 일반인구집단의 건강상태와 비교해 볼 때 좋지 않은 것으로 나타나 가족부양이 부양자의 건강을 악화시킨다는 이전의 연구결과들을 확인하였으며, 나타난 결과는 국외 다른 가족부양 연구 결과와 비교하면 높은 수치이다 (Schulz et al., 1995; Wright et al., 1993). 또한 우리나라의 가족부양자들이 미국인 부양자들 보다 부양 부담감, 우울, 분노 수준이 높음을 보고한 일 비교문화 연구 (Youn, Knight, Jeong, & Nenton, 1999)의 연구결과를 간접적으로 확인하였다. 이렇게 부양자들의 건강상태가 좋지 않은 것은 여러 관점으로 해석할 수 있을 것이다. 첫째, 연구대상자의 선택기준에 의한 영향도 있을 수 있다. 본 연구의 대상자는 모두가 함께 살면서 노인을 부양하는 딸 또는 며느리인데, 이전의 연구결과에 따르면 여자 그리고 며느리 부양자들이 다른 부양자 집단보다 부담감도 많이 느끼고 건강에 영향을 많이 받는 것으로 나타났으며 (Ingersoll-Dayton et al., 1996; Merrill, 1993), 노인과 부양자가 농거하는 경우 따로 살면서 부양을 하는 것보다 부정적인 영향을 끼침이 보고되어 왔다 (George & Gwyther, 1986; Rankin et al., 1992). 둘째, 효와 가족주의를 강조하는 우리나라의 문화 속에서의 갈등, 열악한 노인복지 현황, IMF 관리체제 등의 현재 우리나라의 상황이 결과일 수도 있을 것이다. 셋째, Noh 등 (1992)의 주장대로 CES-D 점수에서 Positive Affect Symptom Cluster의 항목들이 우리나라의 사람들의 정서에 맞지 않아 우울점수가 과다하게 높게 나타났을 수도 있었을 것이다.

또한 본 연구에서 대상자의 우울의 정도는 가족수입이 적을수록, 노인의 인지능력이 떨어질수록 그리고 사회적 상호작용에 있어서 갈등이 심할수록 높은 것으로 나타났으며, 대상자의 일반적인 건강상태는 부양자의 나이가 적을수록, 부양자의 추가역할이 많을수록 그리고 사회적 상호작용에 있어서 갈등이 적을수록 좋은 것으로 나타났다. 국내 연구에 있어서 가족수입은 비교적 일관적인 결과를 보여주어 부양자의 가족수입이 적을수록 부양자들이 부담감을 많이 느끼거나 우울증상을 많이 호소하는 것으로 나타났는데 (문혜리, 1998; 최미경, 1995; 최혜경과 김유정, 1997). 본 연구에서도 이 결과를 확인할 수 있었다. 우리나라처럼 경제적 수준이 낮고 노인을 위한 연금이나 의료혜택 등의 복지제도가 미미한 나라에서 노인이 아파 누워있는 경우 부양자나 가

족들은 더욱 경제적인 어려움으로 시달리며, 이것이 가족부양의 부정적인 영향에 기여를 하는 것으로 생각되며, 특히 본 연구의 자료수집 당시 우리나라가 IMF 관리체제에 있어 가족부양자들이 겪는 경제적인 어려움은 더 컸을 것으로 생각된다. 또한 노인이 인지기능에 문제가 있는 경우 그렇지 않은 경우보다 부양자의 우울이 큰 것으로 나타났는데 이는 이전의 연구결과들과 일치된다 (Draper et al., 1992; Ory et al., 1999; Schwarz & Blixen, 1997). 가족수입 그리고 노인의 인지장애와 가족부양자의 우울 간의 관계는 본 연구의 기술적인 자료의 결과에 의해서도 지지되었다. 따라서 치매 등의 인지장애가 있는 노인이나 그들을 돌보고 있는 가족들을 위한 사회복지제도 및 의료제도 등의 사회적인 지지체제가 필요함을 확인할 수 있었다.

사회적인 상호작용이 가족부양자의 건강에 미치는 영향과 관련된 결과는 본 연구 결과에 있어 아주 의미있는 결과이다. 많은 연구들이 사회적인 상호작용의 긍정적인 영향인 사회적인 지지에 초점을 두고, 사회적 지지가 가족부양자의 건강상태를 예측하는 중요한 변수임을 설명하고 있지만, 사회적인 상호작용의 긍정적인 영향과 부정적인 영향을 모두 포함시킨 연구들의 결과를 보면, 실제로 사회적인 지지는 가족부양자의 건강에 아주 적은 또는 아무런 영향을 미치지 않으며, 사회적인 갈등의 유무가 가족부양자의 건강상태를 예측하는 중요한 변수임을 주장하는데 (Fiore et al., 1983; MalonBeach & Zarit, 1995; Pagel et al., 1987; Rook, 1990), 본 연구의 결과가 이들의 주장을 지지했다. 사회적인 갈등은 당연히 도움을 주어야 한다고 생각되는 가족구성원이 도움을 주지 않을 때 가장 심각한 것으로 나타났다. 따라서 간호사는 가족부양자의 가족들에게 지지적인 상호작용을 증가시키는 중재전략 뿐만 아니라, 갈등을 유발시킬 수 있는 상호작용을 줄이거나 개선될 수 있는 중재전략이 필요하다. 가족부양자가 가족구성원의 도움을 유발시킬 수 있는 사회적인 기술에 대한 교육이라든지, 가족상담을 통해 가족구성원들에게 가족부양자의 어려움을 이해시켜서 자발적으로 부양자를 도울 수 있도록 하는 것도 좋은 중재방법이 될 수 있을 것이다.

가족부양자의 나이와 신체적인 건강에 대한 관계는 나이가 많은 부양자가 더 많은 신체적인 증상을 호소하며, 나이가 들은 가족부양자들은 본인의 노화 그 자체로 여러 가지 신체적 증상을 호소할 수 있다고 한 Baumgarten 등 (1992)과 Clip과 George (1990)의 연구결과와 일치한다. 가족부양자의 추가역할이 많을수록 신체적 건강이

좋은 결과는 본 연구의 결과가 역할 스트레스 관점 (role strain perspective)이 아닌 가족부양자에게 노인 부양 역할 이외의 다른 역할이 있을 때, 그 역할들이 가족부양자의 자아존중감, 우울감 등을 높여주며 그런 것들이 부양에서 올 수 있는 스트레스를 완충시켜주어 좋은 건강결과를 가져온다고 한 역할증진관점 (role enhancement perspective)을 지지했다 (Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, & Tan, 1999; Skaff & Pearlin, 1992; Stroller & Pugliesi, 1989).

가족부양의 부정적인 영향 및 긍정적인 영향. 개방적인 질문에 부양자의 90%가 가족부양의 부정적인 영향 (어려운 또는 힘든 점)을 기술하였으며, 가족부양자의 68.3%가 긍정적인 영향 (만족스러운 또는 보람된 점)을 기술하였다. 부양자들은 만족스럽거나 보람된 점보다는 어려움이나 힘든 점을 더 많이 보고하기는 하였지만, 가족부양자들의 68.3%에 있어서 가족부양에 대해 적어도 한가지 이상의 만족스러운 점이나 보람된 점을 보고하였다. Kinney 등 (1995)이 뇌졸중 노인환자들의 가족부양자 78명을 대상으로 부정적인 영향 (스트레스)보다는 긍정적인 영향 (만족감)을 조사하였는데, 그들의 연구에서는 가족부양자들이 스트레스보다는 만족감을 더 많이 보고하였다. 가족부양의 긍정적인 영향을 조사한 외국의 연구들을 분석한 Kramer의 연구 (1997)에서는 연구에 따라 51 90%의 부양자가 긍정적인 영향을 보고하였다.

가족부양의 경험은 외국의 연구에서와 마찬가지로 우리나라 가족부양자에게도 부정적인 영향은 물론 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우리나라 가족부양자들이 보고한 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향은 외국문헌에서 발견할 수 있었던 것과 많은 부분에 있어서 비슷하였으나, 한편으로는 외국의 문헌에서는 찾아보기 힘든 어려움과 만족스러운 점을 발견할 수 있었다. 서양에서 배우자가 없을 때 노인부양의 일차 가족부양자가 딸인 경우와는 달리 우리나라에서는 며느리의 의무로 생각되고 있다. 부양자가 딸인 경우 우리 문화 속에서 딸로서 친정 부모를 모시는 것에 대해 시댁식구들 또는 남편의 눈치를 봐야하는 어려움 그리고 남자 형제가 있는 경우 남자 형제와 올케가 노인부양에 대한 책임을 수행하지 않는 것에 대한 서운함, 분노 등은 외국의 문헌에서는 나타나지 않는 어려움이였다. 긍정적인 영향 중 가족, 친지, 또는 사회로부터 인정, 자신의 자녀들을 위한 모델은 서양의 연구에서는 발견할 수 없었던 것이었으며 이 설파는 Lee 등 (1997)의 연구결과와도

일치하였다. 또한 대상자가 아무리 육체적으로는 힘이 들어도 시어머니께서 아파 누워계시니 더 이상 시어머니와의 갈등이 없고 시집살이를 안해도 되는 것에 대해 그리고 시어머니와 자신의 권력의 구조가 뒤바뀐 것에 대해 기쁨을 느낀다고 기술한 것에서 우리나라의 시어머니와 며느리의 관계에 있어서의 갈등의 심각성을 읽을 수가 있었다.

긍정적인 영향을 기술한 가족부양자가 긍정적인 영향을 보고하지 않은 가족부양자보다 우울점수가 낮은 것으로 나타났는데, 이는 부양자의 만족감이 부양자의 우울과 역상관 관계가 있다고 보고한 이전의 연구결과와 일치하는 연구결과를 보여 (Braithwaite, 1996; Kinney et al., 1995; Sheehan & Nuttall, 1988), 가족부양의 긍정적인 반응이 부양자가 가족부양으로 인한 어려움으로 인해 우울증에 빠지는 것으로부터 부양자를 보호하는 하나의 요인이 될 수 있음을 확인할 수 있었다. 가족부양에 대한 긍정적인 반응은 부양자가 며느리인 경우보다 딸인 경우, 그리고 부양자와 노인의 친밀감이 높을수록 많이 표현하는 것으로 나타났는데, 이는 시부모보다는 친부모를 모시는 경우 부양만족감이 컸다는 이전의 연구결과와 (김윤정과 최혜경, 1993), 이전에 어머니와의 관계가 좋았던 딸이 만족감이 컸다는 또는 친밀감과 사랑이 많은 관계에서 긍정적인 반응이 많은 것으로 나타난 연구결과와 (Braithwaite, 1996; Motenko, 1989; Walker et al., 1992) 일치하는 결과를 보여, 가족부양의 긍정적인 영향에 있어 부양자와 노인과의 인간관계의 중요성을 다시 한번 강조하였다. 따라서 간호사들은 노인과 부양자의 인간관계가 좋지 않았던 경우 고위험 집단으로 생각하고 사전에 부정적인 결과를 감소하거나 예방할 수 있는 중재전략을 세우는 것이 중요하리라 생각된다.

위의 결과와 논의를 통해 앞으로의 가족부양 연구 및 간호실무를 위해 다음과 같이 제언한다:

1. 가족부양자들의 사회적인 상호작용에 대한 이해가 요구되며, 특히 가족구성원의 갈등을 줄이기 위한 중재방법 및 프로그램의 개발이 요구된다.
2. 가족부양의 포괄적인 이해 및 적절한 중재방법 및 정책개발을 위해 부정적인 영향은 물론 긍정적인 영향에 대한 활발한 연구가 요구된다.
3. 긍정적인 영향에 대한 연구가 초기단계이므로 질적인 연구가 도움을 줄 수 있을 것이며, 이를 통해 긍정적인 영향을 측정할 수 있는 도구의 개발

이 필요하다.

4. 가족부양의 부정적인 영향과 긍정적인 영향의 예측요인에 대한 이해를 증진시킴으로써, 부정적인 영향을 최소화하고 긍정적인 영향을 최대화할 수 있는 중재방법이나 프로그램의 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

- 권중돈 (1994). 치매 노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문
- 김윤정, 최혜경 (1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족에 미치는 영향. 한국노년학, 13 (2), 63-83.
- 김대현, 진길향 (1995). 치매노인 가족의 부양부담에 관한 연구. 한국노년학, 15 (1), 15-27.
- 문혜리 (1998). 치매노인 및 가족간호인의 삶의 질과 사회복지 지원대책에 관한 경로분석. 충북행정학보, 181-203.
- 이경순 (1996). 가족의 돌봄. 치매환자 가족, 가족의 돌봄 경험 (질적: 현상학적인 방법). 정신간호학회지, 5 (2), 50-57.
- 최미경 (1995). 치매노인 가족의 갈등 요인 분석. 한양대학교 석사학위논문, 서울.
- 최혜경, 김윤정 (1997). 한국 치매노인 부양상황에서의 스트레스 과정. 한국노년학, 17 (1), 35-50.
- Barer, B. M., & Johnson, C. L. (1990). A critique of the caregiving literature. The Gerontologist, 30, 26-29.
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R., & Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. Journal of Clinical Epidemiology, 45, 61-70.
- Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables? The Gerontologist, 36, 42-53.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written materials. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), Handbook of cross-cultural psychology-methodology (pp. 389-444). Boston: Allen & Bacon Inc.
- Choi, H. K. (1993). Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea. The Gerontologist, 33, 8-15.
- Choi, S. J. (1996). The family and ageing in Korea: A new concern and challenge. Ageing and Society, 16, 1-25.
- Clip, E. C., & George, L. K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, S102-S111.
- Dautzenberg, M. G., Diederiks, J. P., Philipsen, H., & Tan, F. E. (1999). Multigenerational caregiving and well-being: distress of middle-aged daughters providing assistance to elderly parents. Women and Health, 29 (4), 57-74.
- Draper, B. M., Poulos, C. J., Cole, A. M. D., Poulos, R. G., & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. Journal of American Geriatrics Society, 40, 896-901.
- Fillenbaum, G. G. (1988). Multidimensional functional assessment: The Duke Older American Resources and Services procedures. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fiore, J., Becker, J., & Coppel, D. B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress? American Journal of Community Psychology, 11, 423-439.
- George, L., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26, 253-259.
- Hirsh, B. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. American Journal of Community Psychology, 8, 159-172.
- Horowitz, A., & Shindelman, L. W. (1983). Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. Journal of Gerontological Social Work, 5, 5-20.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (1987). Long-term care: Principles.

- programs, and policies. New York: Springer.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E., & Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? The Gerontologist, 36, 483-491.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, J., & Glase, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. Psychosomatic Medicine, 53, 345-362.
- Kim, J. S. (2000). Emotional and physical health impacts of intergenerational caregiving for the cognitively and/or functionally impaired elderly in Korea. Unpublished doctoral dissertation. Medical College of Georgia.
- Klein, D. M., & White, J. M. (1996). Family theories: An introduction. SAGE Publications, Inc.: Thousand Oaks, CA.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? The Gerontologist, 37, 218-232.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology, 37, 91-99.
- Lerner, R. M. (1991). Changing organism- context relations as the basic process of development: A developmental contextual perspective. Developmental Psychology, 27, 27-32.
- Lee, H., Kim, S., & You, K.S. (1997). Learning from other lands: Caring for elderly demented Koreans. Journal of Gerontological Nursing, 23, 21-31.
- Lee, Y. R. (1995). Korean and North American Caucasian caregivers of dementia patients: A cross-cultural comparison of caregiver burden. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.
- Lundh, U. (1999). Family carers. 2: Sources of satisfaction among Swedish carers. British Journal of Nursing, 8 (10), 647-652.
- MaloneBeach, E. E., & Zarit, S. H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. International Psychogeriatrics, 7, 25-38.
- Mathews, S. H., & Rosener, T. T. (1988). Shared filial responsibility: The family as the primary caregiver. Journal of Marriage and the Family, 50, 185-195.
- Merrill, D. M. (1993). Daughters-in-law as caregivers to the elderly: Defining the in-law relationship. Research on Aging, 15, 70-91.
- Miller, B., & Lawton, M. P. (1997). Positive aspects of caregiving. The Gerontologist, 37, 216-217.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29, 166-172.
- Noh, S., Avison, W. R., & Kaspar, V. (1992). Depressive symptoms among Korean immigrants: Assessment of a translation of the Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale. Psychological Assessment, 4, 84-91.
- Noonan, A. E., Tennstedt, S. L., & Reblsky, F. G. (1996). Making the best of it: Themes of meaning among informal caregivers to the elderly. Journal of Aging Studies, 10, 313-327.
- Nye, I. (1979). Choice, exchange, and the family. In R. Hill, F. Nye., & I. Reiss (Eds.). Contemporary theories about the family: General theories/theoretical orientations: Vol. II (pp.1-41). New York: Free Press.
- Orbell, S., & Gillies, B. (1993). What's stressful about caring? Journal of Applied Social Psychology, 23, 272-290.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. Gerontologist, 39, 177-185.
- Pagel, M. D., Erdly, W. W., & Becker, J. (1987). Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 793-804.

- Pallet, P. J. (1990). A conceptual framework for studying family care giver burden in Alzheimers-type dementia. Image: Journal of Nursing Scholarship, 22, 52-58.
- Park, J. H., & Kwon, Y. C. (1990). Modification of the Mini-Mental State Examination for use in the elderly in a non-western society. Part I. Development of Korean version of Mini-Mental State Examination. International Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 381-387.
- Phillips, L. R., Morrison, E., Stefil, B., Chae, Y. M., Cromwell, S. L., & Russel, C. K. (1995). Effects of the situational context and interactional process on the quality of family caregiving. Research in Nursing and Health, 18, 205-216.
- Picot, S.J. (1995). Rewards, costs, and coping of African American caregivers. Nursing research, 44, 147-152.
- Pruchno, R. A., Kleban, M. H., Michaels, J. E., & Dempsey, N. P. (1990). Mental and physical health of caregiving spouses: Development a causal model. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, 192-199.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
- Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (1992). Clinical assessment of family caregivers in dementia. The Gerontologist, 32, 813-821.
- Riegel, K. F. (1979). Foundations of dialectical psychology. New York: Academic Press.
- Rook, K. S. (1990). Parallels in the study of social support and social strain. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, 118-132.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. The Gerontologist, 35, 771-791.
- Schwarz, K. A., & Blixen, C. E. (1997). Does home health care affect strain and depressive symptomatology for caregivers of impaired older adults? Journal of Community Health Nursing, 14, 39-48.
- Seelbach, W. C., & Sauer, W. J. (1977). Filial responsibility expectations and morale among aged parents. The Gerontologist, 17, 492-499.
- Sheehan, N. W., & Nuttall, P. (1988). Conflict, emotion, and personal strain among family caregivers. Family Relations, 37, 92-98.
- Shin, S. Y. (1995). Burden and depression in caregivers of senile dementia patients in Korea. Unpublished doctoral dissertation. Columbia University.
- Skaff, M. M., & Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. The Gerontologist, 32, 656-664.
- Stoller, E. P., & Pugliesi, K. L. (1989). Other roles of caregivers: Competing responsibilities or supportive resources. Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, S231-238.
- Stone, R., Cafferata, G., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. The Gerontologist, 27, 616-626.
- Thibaut, J. W., & Kelly, H. H. (1959). The social psychology of groups. New York: Wiley.
- Walker, A. J., Martin, S. K., & Jones, L. L. (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. Journal of Gerontology, 47, S130-S139.
- Wright, L. K. (1994). Alzheimers disease afflicted spouses who remain at home: Can human dialectics explain the findings? Social Science and Medicine, 38, 1037-1046.
- Wright, L. K., Clipp, E. C., & George, L. K. (1993). Health consequences of caregiver stress. Medicine, Exercise, Nutrition, and Health, 2, 181-195.
- Yamamoto, N., & Wallhagen, M. I. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. Journal of Health and Social Behavior, 38,

164-176.

Youn, G., Knight, B. G., Jeong, H. S., & Benton, D. (1999). Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American, and White American dementia caregivers. Psychology of Aging, 14 (3), 355-364.

-Abstract-

Key concept : Impaired Elderly, Family Caregiving.
Positive Impacts, Negative Impacts

Health Status of Women Caregivers and Negative and Positive Impacts of Family Caregiving

Kim, Jin Sun

The purpose of this study was to examine the health status of the daughter and daughter-in-law caregivers who care for a cognitively and/or functionally impaired elderly, individual to identify factors that were related to reported health outcomes, and to investigate the negative and positive impacts of family caregiving. Data was collected from 120 daughter and daughter in law

caregivers and care-recipients using face to face interviews. Most caregivers were daughters-in-law (77.5%) and most care-recipients were female (88.3%). Sixty-eight percent (n=81) of caregivers reported depressive symptomatology. General health also deteriorated by caregiving. Caregivers reported several negative impacts (difficulties): care-recipients' problematic behaviors, deterioration of their own health, pressure from social norms related to family caregiving in Korea, intrafamily conflict, and economic problems. Contrary to the popular belief, caregivers reported diverse positive impacts of family caregiving (68.3%): a sense of filial responsibilities, recognition from elderly, family members, relatives, and society, education for the children, and familial harmony. Higher depression score was predicted by lower family income, the presence of cognitive impairment of care-recipients, and higher level of social conflict of caregivers. Poor general health of caregivers was predicted by older caregivers' age, lower competing roles of caregivers, and poor emotional health. While not seeking to deny the negative aspects of family caregiving, it is also necessary to understand positive aspects of family caregiving to see complete picture of caring for an elderly family member.

* Full-time instructor, Department of Nursing.
Chodang University