

노인대상자를 돌보는 비전문 간호제공자의 대응기전과 건강반응 예측요인

이 해 정* · 송 라 윤**

I. 서 론

1. 연구의 필요성과 목적

만성질환을 앓고 있는 노인대상자를 간호하는 과정에서 비전문 간호제공자(informal caregiver)가 스트레스를 받는다는 사실은 널리 알려져 있다. 비전문 간호제공자란 가족을 포함한 가까운 이웃이나 수변인으로 부모수로 노인 대상자에게 규칙적으로(주 5시간이상) 간호를 제공하는 사람을 의미하며, 이들이 경험하는 스트레스 과정이나 이들 스트레스 과정이 어떻게 비전문 간호제공자의 정서적, 심리적, 신체적 건강에 영향을 미치는지는 잘 알려져 있지 않다. 간호제공상황에서 비전문 간호제공자가 경험하는 스트레스 과정과 비전문 간호제공자의 간호제공결과(caregiving outcome)를 이해하는데 부분적인 문제점은 관련된 요인들이 매우 다양하고 복잡적이라는 것이다(Neundorfer, 1991). 간호제공결과는 간호제공자의 건강반응으로 관찰될 수 있으며, 건강반응이란 노인대상자를 돌보는 상황에서 간호제공자에게 나타나는 정서적, 심리적, 신체적 반응을 의미하며, 노인대상자의 일상생활 의존성이나 질병의 심각성에 대한 비전문 간호제공자의 반응은 개인에 따라 다르며 그 정도도 다양한 것으로 알려져 있다. 많은 연구자들이 이러한 건강반응의 개인적 차이를 설명하고 있으나 아직

충분치 못하다. 또한 일부 연구자들은 간호제공자의 대응노력이 그들의 스트레스에 대한 건강반응에 미치는 영향에 대해 연구하였는데 (Quayhagen & Quayhagen, 1988; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). 이들 연구는 이론적 뒷받침이 제한되고 방법론적 접근법이 일관성 없이 다양각색이다 (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990).

Lazarus와 Folkman(1984)의 이론에 의하면 스트레스 상황에서 개인은 그들이 가진 대응기전을 활용함으로써 정서적, 신체적으로 미치는 스트레스의 영향을 약화시킬 수 있다고 한다. 그러나 비전문 간호제공자에게서의 이들 대응기전의 역할에 대한 이해는 간호제공과 관련된 스트레스 요인의 인지과 스트레스 요인에 대한 비전문 간호제공자의 평가(appraisal)에 대한 검토 없이는 힘들다. 이러한 요소들은 건강과 관련된 인간의 건강반응에 영향을 미치는 직접적이면서도 독립적 인자들로 제시되고 있다(Lazarus & Folkman). 그러므로, 본 연구의 목적은 간호제공이라는 스트레스 상황에서 비전문 간호제공자가 흔히 활용하는 대응기전의 종류를 인지하는 한편, 간호제공자의 건강반응, 즉 신체건강, 우울감, 그리고 삶의 만족도에 영향미치는 요인들이 예측력을 규명하고자 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

1) 노인대상자를 돌보는 비전문 간호제공자가 주로

* 부산대학교 의과대학 간호학과 조교수

** 순천향대학교 간호학과 조교수

사용하는 대응기전을 알아본다.

- 2) 비전문 간호제공자의 건강반응(신체적 건강, 우울감, 삶의 만족도)에 대한 비전문 간호제공자의 일반적 특성(나이, 성별, 노인대상자와의 인척관계, 월소득, 그리고 교육정도), 노인 대상자의 일상활동 의존성, 간호제공자의 간호제공 상황에 대한 평가 및 사용된 대응기전의 예측력을 규명한다.

II. 문헌 고찰

기존 연구에서는 비전문 간호제공자들이 동년배 집단이나 간호제공을 하지 않는 대조군에 비해서 우울감이 심하고, 더 많은 건강문제를 보이며, 삶의 만족도가 낮았다고 보고하였으며(Dwyer & Miller, 1990; Haley, Levine, Brown, Berry, & Hughes, 1987; Kiecolt-Glaser, Dura, Specicher, Trask, & Glaser, 1991; Schulz, 1990). 비전문 간호제공자들이 경험하는 우울감이나, 주관적 건강수준, 삶의 만족도 등과 같은 건강반응은 간호제공자들 사이에서도 개인차가 있어 동일한 간호제공상황이 주어지더라도 각각의 간호제공자에게 다양하게 나타난다고 하였다. 이들 개인적 차이는 간호제공에 대한 간호제공자의 평가나 활용 가능한 자원, 활용된 대응기전의 종류에 의해 영향을 받는 것으로 알려졌다(Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987; Saad et al., 1995).

Pruchino와 Resch(1989)는 노인 대상자의 신체적 손상정도가 간호제공자의 부담감이나 정서적 건강문제에 영향을 미친다고 가정하였는데, 노인대상자가 갖는 건강문제의 심각성이 간호제공자의 복지에 미치는 영향은 약한 것으로 알려졌다(George & Gwyther, 1986; Zarit, Todd, & Zarit, 1986). Zarit등은 간호제공자의 부담감은 노인대상자가 가진 건강문제의 객관적인 심각성보다는 건강문제 심각성에 대한 간호제공자의 평가가 더 중요하고 영향력이 있는 인자라고 하였다. 그 외 많은 연구자들이 간호제공자의 간호제공상황에 대한 평가가 그들의 적응적 간호결과(우울감, 건강수준 및 만족도)를 예측한다고 보고하였으며(Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987; Knight, Devereux, & Godfrey, 1997; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991; Yates et al., 1999). 간호제공자의 노인대상자의 질병상태나 간호제공상황에 대한 독특한 개인적 평가가 인구학적특성이나 노인대상자의 질병특성보다 간호제공결과를 더 잘 설명하는 경향이 있다고 하

였다(Braithwaite, 1996; Haley, Levine, Brown, & Bartolucci; Lawton et al.). 간호제공자는 반복적으로 그들의 복지에 간호제공상황이 미치는 영향을 평가하고 이들 평가가 그들의 심리적, 정신적, 신체적, 행위적 간호제공결과를 유도한다(Haley, Levine, Brown, & Bartolucci; Lawton et al.; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989).

간호제공자가 활용하는 대응기전 역시 간호제공결과에 영향을 미치는 인자로 소개되었는데, Pratt, Schmall, Wright 와 Cleland(1985)는 문제해결, 문제의 재구상, 종교적지지, 문제회피 등의 대응기전이 간호제공자의 부담감에 많은 영향을 미친다고 하였고, Vitaliano 등(1985)은 회망적 생각이 우울감과 불안감에 많은 영향을 미치며 사회적 지지를 찾는 대응기전이 불안과 관련됨을 밝혔다. Quayhagen과 Quayhagen (1988)은 노인대상자의 건강문제의 심각성을 조절한 상태에서 환상적 생각을 하는 대응기전을 많이 사용하는 간호제공자가 환상적 대응기전을 적게 사용하는 간호제공자보다 낮은 복지(well-being)를 나타낸다고 보고하였다.

기존연구의 결과들을 분석하여볼 때, 간호제공자의 환상문제나 간호상황에 대한 평가와 활용되는 대응기전이 건강상태, 우울감, 삶의 만족도 등의 간호제공결과에 중요한 영향을 미친다고 나타나 Lazarus와 Folkman (1984)의 stress model을 지지하고 있으며, 노인대상자의 건강상태가 간호제공자에게 어떤 의미인지, 간호제공상황이 어떻게 평가되는지, 어떤 대응기전이 활용되는지가 간호제공결과를 이해하는데 중요한 인자임을 제시하여 준다. 그러나 대부분 기존 연구들이 단순상관관계를 보는 연구결과로 이론적 기틀을 설정하거나 어떤 변인이 간호제공결과를 가장 잘 예측할 수 있는지에 대한 검증은 이루어지지 못했다. 그러므로 본 연구는 Lazarus와 Folkman의 stress model을 적용하여, 간호제공상황, 간호제공에 대한 평가, 활용된 대응기전 중 어떤 인자가 기존연구들에서 중점적으로 제시되고있는 세가지 간호제공결과(건강상태, 우울감, 삶의 만족도)를 가장 잘 예측하는지를 검증함으로써 보다 발전된 이론적 기틀을 마련하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구는 미국에서 시행되었으며, 대상자는 복미 한

중소도시에 거주하는 60세 이상의 노인간호대상자에게 무보수로, 하나 이상의 도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)에 대해, 하루에 5시간이상씩, 1개월 이상의 도움을 지역사회에서 제공하고있는 비전문 간호제공자로서, 영어를 읽고 쓸 수 있으며, 18세 이상이고, 그들 자신을 노인대상자에 대한 주 간호제공자로 인지하고, 연구에 참여할 의사를 보인 140명을 대상으로 하였다.

2. 연구 도구

1) 노인대상자의 도구적 일상생활활동의 의존성 (Instrumental Activities of Daily Living)

노인대상자의 도구적 일상생활활동정도는 Older Americans Resource Survey (OARS) (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978)에 있는 도구적 일상생활 활동 측정도구를 적용하였으며, 사정에 포함된 활동으로는 금전관리, 전화사용, 약물복용, 기동력, 시장보기, 음식 준비하기, 집안일 하기이며 각 항목에 따라 도움 없이 이행 가능한 (0), 약간의 도움이 요구된 (1), 전혀 할 수 없음 (2)에 응답하게 하여 각 항목의 측정치를 합하여 0에서 14까지의 가능한 점수 범위를 가졌다. 점수가 높아질수록 도구적 일상생활활동에 대한 의존성이 증가함을 의미한다. 이들 항목은 도구적 활동을 가장 일관성 있게 측정하는 도구로 알려져 있으며 기존연구에서 널리 이용되고있다 (Kane & Kane, 1981). 본 연구에서 이 변수는 대상자 선정기준에만 이용하였을 뿐 간호제공자의 건강반응 예측인자에 대한 자료분석에는 포함되지 않았다.

2) 노인대상자의 일상생활활동 의존성

노인대상자의 일상생활활동정도는 Katz, Downs, Cash, 그리고 Grantz (1970)에 의해 고안된 일상생활활동 (Activities of Daily Living: ADLs) 척도를 기반으로 하여 측정되었으며 6가지 일상생활활동에 대한 의존성을 표시하도록 하였다. 여섯 가지 활동에는 목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기, 이동하기, 배뇨조절하기, 식사하기가 포함되었으며 이 도구는 노인대상자의 일상생활제한을 측정하는 도구로 널리 사용되었으며 (Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987; Haley, Levine, Brown, Berry et al., 1987; Pearlin et al., 1990). Katz등(1970)은 95%의 inter-rater reliability를 보고하였고 ADLs 총점수와 추후 생존가

능성, 활동성, 활동제한성 등과의 가설적 관계를 검증함으로써 ADLs도구의 개념적 타당도(construct validity)를 확립했다. 본 연구에서는 간호제공자가 연구자에게서 일상생활활동에 대한 의존성과 독립성에 대한 구분에 대해 충분히 설명을 들은 후 각 항에 대해 만약 노인대상자가 독립적으로 활동할 수 있으면 "0"점에, 그 활동에 대해 감독이나 도움이 요구되거나 전혀 이행할 수 없을 때 "1"점에 반응하도록 하였고 노인대상자의 일상생활활동을 간호제공자와 연구자가 동시에 관찰하여 독립성여부를 같이 결정함으로써 간호제공자의 도구에 대한 이해도를 확인하였다. 이 형식의 ADLs척도는 원 ADLs 척도에서 애매하기 해석될 수 있는 "기타"로 묶여지는 영역이 없어지고 각 일상생활활동을 순위개념으로 보는 문제를 보완할 수 있으며 원도구와 높은 상관관계를 나타내므로 성공적으로 널리 사용되고 있다(Fulton, Katz, Jack, & Hendershot, 1989). 총 가능점수는 0에서 6이며 점수가 높을수록 일상생활활동에 대한 의존도가 높음을 의미한다.

3) 간호제공상황에 대한 평가 (caregiving appraisal)

Oberst (1991)가 개발한 Appraisal of Caregiving Scale (ACS)을 통해 측정되었으며 ACS는 Lazarus와 Folkman의 stress model (1984)에 기초하여 개발된 것으로 일차적, 이차적 평가와 재평가 (reappraisal)의 개념을 포함하므로 스트레스 상황에서 이미 대응기전이 활용된 상황에 적용하는 것이 적절하다. ACS는 27항목으로 구성되어있으며 하부개념으로 2개의 부정적 평가(negative appraisal)인 위협적 평가(threat appraisal: 13문항) 및 일반적 스트레스적 평가(general stress appraisal: 8문항)와 1개의 긍정적 평가(positive appraisal)인 이익성 평가(benefit appraisal: 6문항)의 3개념으로 이루어진다. 이 도구의 내용적 타당도(content validity)는 관련임상전문가, 가족간호제공자, 이론 연구가에 의해 검증되었다(Oberst). 또한, 간호상황에 대한 평가와 가족의 내구력(hardiness), 간호제공자의 건강, 정서적 기능장애와의 이론적 상관관계로써 도구의 개념적 타당도(construct validity)가 검증되었다(Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991; Oberst). ACS는 5점 척도로 1(매우 아니다)에서 5(매우 사실이다) 중 가장 적합한 번호에 반응하도록 하였다. 각 하부개념에 대해 높은 점수는 그 종류의 평가를 많이 사용하는 것을 의미한다. Oberst에 의하면 내적 일관성을 나타내는 Cronbach's Alpha는 일반적 스

트레스적 평가가 .73으로 가장 낮았고 위협적 평가는 .90으로 제일 높았다. 본 연구에서는 .74(이익성 평가)에서 .89(위협적 평가)의 범위를 보였다.

4) 대응기전

간호제공자의 대응기전은 Coping strategies inventory (Quayhagen & Quayhagen, 1982)에 의해 측정되었다. 본 도구는 4점 척도(0=전혀 아니다, 4=매우 그렇다)의 52개의 항목의 7가지 구성대응기전에 의해 이루어져 있다. 구성대응기전은 문제해결(Problem solving: 8문항), 도움구하기(Help seeking: 8문항), 공상(Fantasy: 8문항), 내적성장(Existential growth: 8문항), 자기비난(Self blame: 8문항), 위협의 최소화(Minimization of threat: 8문항), 그리고 신앙화(Religiousity: 4문항)의 7영역을 포함한다. Quayhagen과 Quayhagen은 각 구성대응기전의 내적 일관성을 .57(위협 최소화)부터 .79(내적성장)까지의 범위로 보고하였다. 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 .54(위협 최소화)에서 .86(도움의 추구)으로 나타났다. 위협 최소화는 비교적 낮은 내적 일관성을 보이고 있는데, 문항수가 상대적으로 적으며(8문항) 독립구성개념이라는 점을 고려하여 개념적 접근을 위해 다른 개념과 통합하지 않고 독립개념으로 유지하였다. 또한, 예측연구를 위한 개발 초기단계의 도구에서는 비교적 낮은 신뢰도의 경우도 인정한다(Nunnally, 1978)는 것을 감안하여 본 연구에서는 위협 최소화 문항들을 독립개념으로 수정 없이 결과분석에 포함하였다.

5) 신체적 건강

Maddox 와 Douglass(1973)는 전반적인 건강에 대한 자기평가가 안정되고 타당한 자료를 제공한다고 하였다. 이 주장을 기반으로 본 연구에서는 간호제공자의 전반적 인지된 건강상태를 평가하기 위해 한 문항의 visual analogue scale("나쁘다"(0)에서 "매우 좋다"(100)의 10cm 수평선)을 이용하여 비전문 간호제공자에게 "현재 본인의 건강상태에 대해 인식하는 정도"를 선상에 표시(X)하도록 하였다.

6) 우울감

Radloff(1977)에 의해 개발된 Center for Epidemiologic Studies Depression Index (CES-D)에 의해 지난 몇 주간 경험한 우울감을 측정하였다. 이 도구는 20개의 항목으로 이루어져 있다. 항목에 대한

반응은 드물게(0)에서 항상(3)까지 이루어 졌으며 그 중 가장 적합한 반응을 선택하도록 하여 각 반응의 합을 구하여 대상자의 우울 정도를 측정하였다. 가능한 총 CES-D점수는 0에서 60이며 높은 점수일수록 우울감을 더 많이 경험하는 것을 나타낸다. Radloff에 의하면 이 도구의 내적 일관성은 .85이며 test-retest correlation은 .57로 비교적 높은 내적 일관성과 인정 가능한 수준의 test-retest stability를 보인다. 도구의 동시타당도가 임상적, 자기 보고적 기준에 의해 확립되었으며, 개념적 타당도(construct validity)에 대한 체계적 명백성이 보고되었다(Radloff). 본 연구에서의 내적 일관성은 .79였다.

7) 삶의 만족도

Wood, Wylie과 Shaefor(1969)가 개발한 Life Satisfaction Index Z(LS-Z)에 의해 측정되었으며 13개의 전반적 삶의 만족도에 대한 질문에 "동의-반대" 유형으로 반응하도록 하여 총 합계를 구하여 높은 점수일수록 삶의 만족도가 높음을 나타내었다. 이 도구는 Neugarten, Havighurst 및 Tobin(1961)이 개발한 삶의 만족도 측정도구와 비교하였을 때 .57의 타당도 상관계수(validity correlation coefficient)를 나타냈으며 .79의 내적 일관성을 보고하였다(Wood et al., 1969). 본 연구에서는 .79의 내적 일관성을 나타내었다.

3. 자료수집방법 및 절차

본 연구는 설문지를 이용한 조사연구로 복미에 위치한 Cleveland 지역에 거주하는 60세 이상의 노인대상자를 간호하는 비전문 간호제공자를 대상으로 하였다. 연구대상자의 선택은 지역사회에서 제공되는 비전문 간호제공자의 지지집단(caregiver support group), 주간노인보호시설, 가정간호시설(home care agencies), 노인복지시설(senior center), 대학병원 일츠하이머 센터 등을 통해 이루어졌다. 첫 단계로 시설의 관리자가 비전문 간호제공자의 명단을 제공하면, 연구자는 명단에 제공된 간호제공자에게 연구절차와 연구목적, 참여의 자율성, 개인정보 비밀유지에 대한 설명을 한 후 간호제공자가 연구 참여에 동의하면 자료수집을 시작하였다. 간호제공자가 연구참여에 동의한 후 간호제공자가 편리한 시간과 장소를 지정하여 직접 설문지를 작성하도록 하였다. 면담장소는 간호제공자의 집, 주간노인보호시설(day care center), 병원식당 등이었다.

4. 자료분석

본 연구에 참여한 140명의 자료는 SPSSWIN 8.0 프로그램을 이용하여 입력, 분석되었다.

- 1) 대상자의 인구학적 특성 및 건강관련 변수의 서술을 위해 연속변수의 경우에는 평균과 표준편차, 분류형 자료는 백분율과 실수로서 기술하였다.
- 2) 가정에서 노인을 돌보는 비전문 간호제공자가 많이 사용하는 대응기전은 평균과 표준편차를 이용하여 비교하였다.

- 3) 비전문 간호제공자가 경험하는 건강상태, 우울감, 삶의 만족도의 예측요인은 다단계 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 통해 분석하였다.

IV. 결 과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에 포함된 140명의 비전문 간호제공자의 평균 간호기간은 45개월이었으며 일반적으로 주당 112시

<표 1> 대상자의 일반적 특성

N=140

변수		평균(표준편차)	범위
간호제공자 연령		64.7 (11.6)	37-90
노인대상자 연령		78.1 (8.27)	61-100
간호제공 기간 (개월수)		45.1 (36.2)	2-144
주당 간호제공 시간 (시간수)		111.9 (64.2)	3-168
일상생활수행의 제한		3.0 (2.1)	0-6
도구적 일상생활수행의 제한		10.5 (3.3)	0-14
변수		실수(백분율)	
인종	백인	127 (90.7)	
	흑인	13 (9.5)	
성별	남자	31 (22.1)	
	여자	109 (77.9)	
결혼	기혼	111 (79.3)	
	미혼	9 (6.4)	
	사별/별거/이혼	20 (14.3)	
직업	전임직업	23 (16.4)	
	임시직업	11 (7.9)	
	무직	52 (37.1)	
	퇴직	54 (38.6)	
월소득	<\$9,999	5 (3.6)	
	\$10,000-\$19,999	32 (22.9)	
	\$20,000-\$29,999	28 (20.0)	
	\$30,000-\$39,999	24 (17.1)	
	>\$40,000	37 (26.4)	
노인대상자와의 관계			
	남편	53 (37.9)	
	아내	24 (17.1)	
	친부모	54 (38.6)	
	시부모	3 (2.1)	
	친척/친구	6 (4.2)	
노인대상자의 성별			
	남자	62 (44.3)	
	여자	78 (55.7)	
노인대상자의 독립성 여부			
	혼자 생활 불가능	55 (40.1)	
	혼자 생활 가능	81 (59.1)	
노인대상자의 인지손상 유무			
	인지손상 있음	96 (70.1)	
	인지손상 없음	41 (29.9)	

대응기전	평균(표준편차)	범위
내적성장(existential growth)	1.94 (.55)	.25-2.88
자기비난(self-blame)	1.17 (.48)	.25-2.50
공상(fantasy)	1.27 (.48)	.13-2.63
신앙화(religiosity)	1.82 (.71)	.00-3.0
도움 구하기(help-seeking)	2.18 (.60)	.38-3.0
문제해결(problem solving)	2.00 (.52)	.38-3.0
위협의 최소화(minimize to threat)	1.02 (.43)	.00-2.5

간정도 노인대상자를 돌보고 있었다. 연령은 평균 64세(SD=11.6)로 37세에서 90세까지 분포되어 있었고, 주로 백인(91%)이었으며 여자 간호제공자가 109명(78%)으로 남자보다 많았다. 대다수의 간호제공자가 결혼한 상태(79%)였으며, 23명(16.4%)은 전일제 직업을 가지고 있었다. 대부분의 간호제공자가 월 \$10,000이상의 수입을 가지며, 비교적 고른 소득분포를 보이고 있었다. 노인대상자의 70%가 인지손상이 있는 알츠하이머 관련 실명을 앓고있는 환자였었고, 40%의 노인대상자는 집에서 혼자 생활할 수 없는 신체적, 인지적 장애를 가지고 있었다.

약 55%의 간호제공자가 그들의 배우자를 간호하고 있었으며, 한국의 상황과는 다르게 부모를 돌보고있다는 대답(39%)에 비해 시부모를 간호하는 경우(2.1%)가 매우 적었다. 간호제공을 받고있는 노인대상자의 평균나이는 78세(SD=8.3)였으며 56%가 여자노인이었다 <표 1>.

2. 비전문 간호제공자에게 활용되는 대응기전

노인대상자를 돌보면서 비전문 간호제공자가 활용하는 대응기전 변수의 평균 및 표준편차는 표 2에 나타나 있다. 7개의 대응기전 변수 중 비전문 간호제공자가 가장 많이 사용하는 대응기전은 도움 구하기로 문항 수를 고려한 평균이 2.18(SD = .60)로 가장 높게 나타났다. 가장 적게 사용한 대응기전은 위협의 최소화(M=1.02)로 대부분의 대상자가 전혀 또는 거의 사용하지

않는 것으로 나타났다. 결론적으로 본 연구에 참여한 비전문 간호제공자는 간호제공에 따른 스트레스에 대응하여 문제해결(problem solving) 또는 도움 구하기(help-seeking) 등과 같은 문제중심적 대응기전을 가장 많이 사용하며, 상대적으로 위협의 최소화(minimization of threat), 자기비난(self-blame), 환상에 빠지는(fantasy) 등의 대응기전의 사용은 낮은 것으로 나타났다.

3. 간호제공 결과 예측요인

1) 신체적 건강

비전문적 간호제공자가 인지하는 자신의 전반적인 건강상태를 예측하는 주요 요인은 표 3에 제시되어 있다. 건강상태에 대한 위협적 평가, 노인대상자의 일상생활 의존도 등이 부정적 요인으로 포함되었으며, 대응기전 중 유일하게 포함된 내적성장형 대응이 월 소득수준과 더불어 전체 신체적 건강 변인의 25%를 설명하였다. 간호제공자의 신체적 건강을 예측하는 가장 중요한 요인은 노인대상자의 일상생활 의존도($\beta = -.225$)였다. 분석 결과를 종합해 보면, 간호상황을 덜 위협적으로 인지하고, 내적성장형 대응기전을 많이 사용하고, 월 소득이 높고, 노인대상자의 일상생활 의존도가 낮은 간호제공자가 자신의 전반적 신체상태를 좋게 인지한다고 볼 수 있다. 제시된 모델에서 간호제공자의 성별이나 연령, 교육정도, 노인대상자와의 인적관계, 간호상황에 대한 긍정적 평가 또는 스트레스적 평가, 문제해결 등의

<표 3> 신체적 건강을 예측하기 위한 다단계 다중회귀분석 결과

N=140

신체적 건강의 예측요인	cumulated R ²	Beta	t	p
	.25		F=10.1	.00
위협적 평가		-.205	-2.3	.02
일상생활 의존도		-.225	-2.7	.00
내적성장형 대응		.200	2.5	.01
월 소득수준		.190	2.3	.02

<표 4> 우울감을 예측하기 위한 다단계 다중회귀분석 결과

N=140

우울감의 예측요인	cumulated R ²	Beta	t	p
	.48		F=22.02	.00
위협적 평가		.177	2.2	.03
내적성장형 대응		-.321	-4.4	.00
자기비난형 대응		.201	2.6	.01
월 소득정도		-.265	-3.8	.00
스트레스적 평가		.225	2.8	.00

대응기전 요소들은 주요예측변수에 포함되지 않았다.

2) 우울감

비전문 간호제공자에게 나타나는 우울감을 유의하게 예측하는 요인은 표 4에 나타나 있다. 다단계 다중회귀 분석 결과, 간호상황의 평가 중 간호상황을 위협적이거나 스트레스로서 인지하는 평가형태(appraisal), 대응기전 중 내적성장형 및 자기비난형, 일반적 요소 중 월 소득 및 간호제공자의 연령이 유의한 예측력을 보이는 것으로 모델에 포함되었으며 우울감의 변인중 48%를 설명하는 것으로 나타났다. 가장 예측력이 높았던 요인은 내적성장형 대응기전이었다($\beta = -.321$). 결론적으로, 내적성장형 대응기전을 적게 사용하고, 자기비난형 대응기전을 많이 사용하고, 간호제공상황을 위협적이고 스트레스로 평가하며, 월소득 정도가 낮은 비전문 간호제공자일수록 높은 우울감을 경험하는 것으로 보인다. 예상과 달리, 간호제공자의 연령이나 기타 대응기전 영역 등은 유의한 예측요소로 모델에 포함되지 않았다.

3) 삶의 만족도

간호제공자가 경험하는 삶의 만족도를 유의하게 예측하는 것으로 모델에 포함된 8인들은 표 5와 같다. 간호상황에 대한 평가중 스트레스적 평가가 유일하게 포함되었으며, 자기비난형 대응과 내적성장형 대응, 월 소득 수준의 4가지 요인이 더불어 삶의 만족도 변인의 49%를 설명하였다. 삶의 만족도를 예측하는 가장 중요한 변

인은 내적성장형 대응기전이었다 ($\beta = .363$). 분석결과, 자기비난형 대응을 적게 사용하고, 내적성장형 대응을 주로 이용하며, 월소득 수준이 높고, 간호상황을 스트레스로 평가하지 않는 간호제공자가 일수록 삶의 만족도가 높은 것으로 볼 수 있다. 노인대상자의 신체적 및 인지적 의존도, 간호제공자의 연령 등의 일반적 변수들은 모델에서 제외되었다.

V. 논 의

본 연구는 지역사회에서 노인을 돌보는 비전문 간호대상자가 간호제공상황을 스트레스로 인지하면서 주로 활용하고있는 대응기전을 알아보고, 비전문 간호대상자가 경험하는 전반적 건강상태, 우울감, 및 삶의 만족도를 설명하는 예측요인을 확인하고자 수행되었다. 본 연구에 참여한 140명의 비전문 간호제공자는 위협의 최소화, 자기비난, 환상에 빠지는 등의 대응기전을 적게 사용하고 도움구하기 또는 문제해결형 대응기전을 많이 사용하는 것으로 나타났으며, 이 연구결과는 Neundorfer (1991)가 60명의 치매노인대상자를 간호하는 배우자 간호제공자를 대상으로 한 연구의 결과와 Quayhagen과 Quayhagen(1982)이 218명의 지역사회에 살고 있는 건강한 어르신(연령 범위=40-70)을 대상으로 한 연구의 결과와 유사하였다. 반면에 이 결과는 뇌졸중을 경험한 노인대상자가 주로 활용하는 대응기전과는 상반된 결과를 보이고 있다. De Sepulveda와 Chang (1994)에 의하면 뇌졸중을 경험한 노인대상자(N=75)

<표 5> 삶의 만족도를 예측하기 위한 다단계 다중회귀분석의 결과

N=140

삶의 만족도 예측요인	cumulated R ²	Beta	t	p
	.49		F=28.7	.00
자기비난형 대응		-.342	-4.6	.00
내적성장형 대응		.363	5.3	.00
월 소득수준		.268	4.0	.00
스트레스적 평가		-.197	-2.7	.08

가 스트레스 상황에 대처할 때 가장 많이 활용되는 대응 기전은 감정적 대응기전이며 문제 중심적 대응기전은 가장 드물게 활용한다고 보고하였다. 이들 일치하지 않은 결과는 간호를 제공하는 상황을 질병에 대처하는 상황에 비교할 때 각각의 상황에서 대상자가 활용하는 대응기전은 다를 수 있음을 암시하며 간호를 제공하는 상황에서 더 적극적으로 문제해결중심으로 대응을 한다고 볼 수 있다.

본 연구에 참여한 비전문 간호제공자가 세 번째로 가장 많이 사용하는 대응기전은 내적성장이었는데 이는 간호제공경험을 통해 간호제공자의 복지에 긍정적인 결과를 얻을 수 있다는 기존의 연구결과(Farran, 1997; Motenko, 1989)를 지지하는 자료라고 할 수 있다. 즉 간호제공활동이 간호제공자들의 개인적 성숙에 도움을 주어 결국 그들의 복지에 좋은 영향을 미친다는 것이다. 내적성장이 간호제공자의 복지에 미치는 영향은 본 연구의 다단계 다중회귀분석에서 보여지는데, 신체적 건강, 우울감, 삶의 만족도를 예측하는 인자로 내적 성장형 대응이 포함되었다. 즉, 가설된 방향과 일치하게 내적 성장형 대응을 많이 사용하는 간호제공자일수록 자신이 전반적으로 좋은 건강상태에 있다고 인식하고 있으며, 우울감을 적게 호소하였고 삶의 만족도가 높다고 보고하였다. 반면에 자기비난형 대응기전을 많이 사용하는 간호제공자는 높은 우울감과 낮은 삶의 만족도를 보고하였다. 그러므로 간호제공자가 어떤 형태의 대응기전을 많이 활용하는 지를 파악하여 복지에 긍정적 영향을 미치는 대응기전을 더 많이 활용할 수 있도록 정보를 제공하는 한편, 같은 경험을 하는 비전문 간호제공자와의 집단토론을 통해 간호상황에 대응하는 적극적인 방법을 습득할 기회를 제공, 알선하는 것이 효과적인 중재전략이라 하겠다.

간호상황에 대한 간호제공자의 평가 역시 간호제공자의 건강반응을 예측하는 중요요인으로 나타났으며 이는 Haley, Levine, Brown, 그리고 Bartolucci(1987)의 연구결과와 일치한다. 간호제공상황을 위협적으로 인지하는 간호제공자는 전반적으로 신체상태가 좋지 않다고 인지하고 높은 우울감을 호소하며, 간호제공상황을 스트레스로 인지하는 간호제공자는 낮은 삶의 만족도를 보고하였다. 그러므로 노인대상자의 일상생활의존도나 간호제공자의 인구학적 특성(나이, 성별)이나 노인대상자와의 관계 등과 같은 객관적인 간호상황보다는 간호제공자의 간호상황에 대한 주관적 평가가 그들이 복지에 더 많은 영향을 미친다는 기존연구(George & Gwyther,

1986; Zarit et al., 1986)를 지지한다고 하겠다.

간호제공자의 월수입도 간호제공자의 복지에 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 월수입이 높은 간호제공자는 자신의 신체상태를 더 건강하다고 인식하였으며 낮은 우울감과 높은 삶의 만족도를 나타내었다. 이는 본 연구에 참여한 간호제공자의 평균연령이 65세임을 고려해 볼 때 전반적 노인의 복지나 심리적 적응에 가계수입이 미치는 영향이 크다는 연구결과(Medly, 1976; Spritzer & Snyder, 1974)와 일치한다고 볼 수 있다. 치매노인대상자에 대한 배우자 간호제공자(N=40)를 대상으로 한 연구(Morrissey, Becker & Rubert, 1990)에서도 가계의 경제적 적합성이 간호제공자의 간호상황에 대한 부정적 인식과 우울감에 크게 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 노년의 경제적 독립성이나 적합성이 노인자신과 그들의 간호제공자의 복지에도 영향을 미친다는 사실을 홍보함으로써 미리 노년기를 준비할 수 있도록 조장하는 것이 필요하다고 하겠다.

기존 연구결과와는 달리 간호제공자와 노인대상자와의 친척관계는 간호제공자의 복지에 영향을 미치지 않았다. Georgy와 Gwyther (1986)에 의하면 나이를 조절한 상태에서 배우자 간호제공자가 다른 친척관계(자녀, 친구, 다른 인척관계)를 가지는 간호제공자보다 더 낮은 신체적, 정신적 건강을 나타낸다고 하였다. 간호제공자의 나이 또는 성별 역시 간호제공자의 건강반응에는 별 영향이 없었다. 이는 인구학적 특성과 같은 객관적인 자료보다는 간호제공자의 간호상황에 대한 주관적 인지와 활용되는 대응기전이 간호제공자의 정신적, 심리적, 신체적 건강에 더 중요한 인자임을 지지한다.

이상의 연구결과에서 알 수 있듯이 비전문 간호제공자는 도움 구하기나 문제해결적 대응기전과 같은 적극적이고 문제 중심적인 대응기전을 많이 활용하고 있으며 이들 활용된 대응기전에 따라 그들의 건강반응도 다르다. 그러므로 긍정적 대응기전을 더 많이 활용하도록 하는 간호중재를 통해 보다 긍정적이고 도움이 되는 건강반응을 조장하는 것이 요구된다고 하겠다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 설문지를 이용한 조사연구로 복미에 위치한 Cleveland 지역에 거주하는 60세 이상의 노인대상자를 간호하는 비전문 간호제공자(N=140)를 대상으로 하였다. 본 연구의 목적은 노인대상자를 돌보는 비전문 간호제공자가 주로 사용하는 대응기전을 파악하고 비전

문 간호제공자의 간호제공결과(신체적 건강, 우울감, 삶의 만족도)에 대한 예측인자를 Lazarus와 Folkman의 stress model에 적용하여 인지하는 것이다. 다단계 다중회귀분석을 통해 예측인자를 인지하였으며 분석에 포함된 예측인자는 비전문간호제공자의 일반적 특성, 노인 대상자의 일상활동 의존성, 간호제공자의 간호제공상황에 대한 평가, 사용된 대응기전이다.

본 연구를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 본 연구에 참여한 140명의 비전문 간호제공자가 노인대상자를 돌보면서 가장 많이 활용한 대응기전은 도움 구하기(help-seeking)이었으며, 문제해결, 내적성장형 대응기전 등이 주로 사용되는 것으로 나타났다. 상대적으로 자기비난, 위협의 최소화 등의 대응기전의 사용 빈도가 낮았다.
2. 비전문 간호제공자가 인지하는 자신의 전반적 신체 건강은 위협적 평가, 간호대상자의 일상생활 의존도, 내적성장형 대응기전 및 월 소득수준에 의해 전체변인의 25%가 예측되었다. 가장 높은 예측력을 가진 예측요인은 대상자의 일상생활 의존도($\beta = -.225$)이며, 의존도가 높을수록, 간호상황을 위협적으로 평가할수록 간호제공자는 신체건강상태가 더 나쁘다고 인지하며, 내적성장형 대응을 많이 활용하고 월소득수준이 높을수록 신체건강상태가 더 좋다고 인지하였다.
3. 비전문 간호제공자가 경험하는 우울감은 간호상황에 대한 위협적 평가(appraisal)와 스트레스적 평가, 내적성장형 대응기전과 자기비난형 대응기전 및 월 소득수준의 5개 요인에 의해 전체 변인의 48%가 예측되었다. 내적성장형 대응기전($\beta = -.321$)이 가장 높은 예측력을 보였으며, 내적성장형 대응기전을 많이 활용할수록, 월소득이 높을수록 간호제공자는 낮은 우울감을 경험하며, 간호상황을 위협적, 스트레스적으로 평가할수록, 자기비난형 대응기전을 많이 활용할수록 우울감을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다.
4. 비전문 간호제공자가 경험하는 삶의 만족도는 자기비난형 대응기전, 내적성장형 대응기전, 간호상황에 대한 스트레스적 평가 및 월소득수준의 5가지 요인에 의해 전체변인의 49%가 예측되었다. 삶의 만족도에서도 내적성장형 대응기전($\beta = .363$)이 가장 중요한 예측요인으로 나타났으며, 내적성장형 대응기전을 많이 사용할수록, 월소득수준이 높을수록, 자기비난형 대응기전을 적게 사용할수록, 간호상황을 스트레스상황으로 평가하지 않을수록 간호제공자가 높

은 삶의 만족도를 경험하는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 근거로 할 때, 본 연구에 참여한 비전문 간호대상자는 자기비난형 등의 부정적 대응기전에 비해 도움구하기, 문제해결 및 내적성장형과 같은 문제중심적이고 긍정적인 대응기전을 주로 사용하였으며, 이러한 긍정적 대응기전이 효율적으로 활용될 때 간호제공자가 경험하는 우울감은 낮아지고, 삶의 만족도는 높아지며, 신체적으로 더 건강하다고 인지하는 경향이 있음을 확인할 수 있었다. 노인 인구가 점차 늘어나고 지역사회에서 비전문 간호제공자의 역할이 확대되는 경향을 고려할 때, 비전문 간호제공자의 건강반응을 긍정적으로 향상시키기 위한 간호전략으로 효율적인 대응기전을 강화하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

제 언

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구는 미국인 간호제공자를 대상으로 수행되었으므로, 한국의 비전문 간호제공자에게 반복연구함으로써 대상자의 문화적 특성이 간호제공자의 간호상황에 대한 평가, 대응기전, 건강반응에 미치는 효과를 검증하고, 효과적인 간호중재를 제안, 검증하는 추후 연구로 연결될 수 있을 것이다.
2. 부정적 대응기전을 많이 사용하는 비전문 간호제공자의 특성을 파악하여 보다 효과적으로 이들이 간호제공상황에 적응할 수 있도록 간호중재를 제공하기 위해 이들 대응기전의 예측인자를 알아보는 추후연구가 필요하다.
3. 본 연구에 포함된 비전문 간호제공자들은 적어도 하 나이상의 사회보장제도에 참여하는 간호제공자이므로 지역사회에서 서비스를 이용하지 않는 간호제공자들을 포함한 확대된 연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18, 1341-1348.
- De Sepulveda, L. I. B., & Chang, B. (1994). Effective coping with stroke disability in a

- community setting: The development of a causal model. Journal of Neurosistence Nursing, 26(4), 193-203.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development (1978). Multidimensional functional assessment: The OARS methodology. Durham, NC: Duke University.
- Dwyer, J. W., & Miller, M. K. (1990). Determinants of primary caregiver stress and burden: area of residence and the caregiving networks of frail elders. Journal of Rural Health, 6, 161-184.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. The Gerontologist, 37(2), 250-256.
- Fulton, J. P., Katz, S., Jack, S. S., & Hendershot, G. E. (1989). Physical functioning of the aged: United states, 1984. Hyattsville, MD: U.S. National Center for Health Statistics.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 26, 253-259.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcomes among dementia caregivers. Psychology and Aging, 2, 323-330.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., Berry, J. W., & Hughes, G. H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 35, 405-411.
- Kane, R. A., & Kane, R. I. (1981). Assessing the elderly: A practical guide to measurement. Lexington, Mass.: Rand.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grantz, R. C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist, 1, 20-30.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J., & Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. Psychosomatic Medicine, 53, 345-362.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Maddox, G. L., & Douglass, E. B. (1973). Self-assessment of health. A longitudinal study of elderly subjects. Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.
- Medly, M. L. (1976). Satisfaction with life among persons sixty-five and older. Journal of Gerontology, 34, 86-93.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29, 166-172.
- Morrissey, E., Becker, J., & Rubert, M. P. (1990). Coping resources and depression in the caregiving spouses of Alzheimer patients. British Journal of Medical Psychology, 63, 161-171.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology, 16, 134-143.
- Neundorfer, M. M. (1991). Coping and health outcomes in spouse caregivers of persons with dementia. Nursing Research, 40, 260-265.
- Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw Hill.
- Oberst, M. T. (1991). Appraisal of Caregiving Scale description. (Available from Marilyn T. Oberst, Wayne State University at Michigan).
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 30, 583-591.

- Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright, S., & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. Family Relations, 34, 27-33.
- Quayhagen, M. P., & Quayhagen, M. (1982). Coping with conflict. Research on Aging, 4(3), 364-377.
- Quayhagen, M. P., & Quayhagen, M. (1988). Alzheimer's stress: Coping with caregiving role. The Gerontologist, 28, 391-396.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research on the general population. Applied psychological measurement, 1, 385-401.
- Saad, K., Hartman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C., & Wilcock, G. (1995). Coping by the carers of dementia sufferers. Age and Aging, 24, 495-498.
- Schulz R. (1990). Theoretical perspectives on caregiving: Concepts, variables, and methods. In D. F. Biegel & A. Blum (eds.), Aging and caregiving: Theory, research, and policy (p 27-52). Newbury Park: Sage.
- Spritzer, E., & Snyder, E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. Journal of Gerontology, 29, 454-458.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.
- Wood, V., Wylie, M. L., & Shaefer, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. Journal of Gerontology, 24, 465-469.

- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist, 29, 260-266.

-Abstract-

Key concept : Informal caregiver, Coping mechanism, Health response, Appraisal

Coping Strategies Utilized in the Caregiving Situation and Predictors of Health Responses among Informal Caregivers of Older Adults

Lee, Hae Jung* · Song, Rha Yun**

The sample of this study consisted of 140 informal caregivers who provided care to the older adults(over 60 years of age) in Great Cleveland, USA. Self-rated questionnaires were utilized to collect information. The purpose of the study was to identify coping strategies most frequently utilized by informal caregivers of older adults and to examine predictors of the caregivers' health responses to the caregiving situation applying Lazarus and Folkman stress model(1984). Stepwise multiple regression was used to identify significant predictors among caregivers' demographic-socio-economic factors, older adult's dependency of activities of daily living(ADLs), caregiver's appraisal to the caregiving situation, and coping strategies.

* Assistant Professor, Pusan National University, College of Medicine, Nursing Department

** Assistant Professor, Soonchunhyang University, College of Medicine, Nursing Department

Informal caregivers (N=140) included in the study utilized help-seeking and problem-solving coping strategies more than self-blame and minimization of threat coping strategies. Caregivers' responses to the caregiving situation were observed by caregivers' perceived physical health, depression and life satisfaction.

For perceived physical health, threat appraisal, older adult's dependency on ADLs, existential growth coping strategy, and monthly income accounted for 25% of the variance. Caregivers who appraised the caregiving situation as more threatening, reported higher dependency on ADLs, used more existential growth coping strategy, and had higher monthly income reported better physical health. For depression, threat appraisal, stress appraisal, existential growth coping strategy, self-blame coping strategy, and monthly income accounted for 48% of the variance. Caregivers who used more existential growth coping and less self-blame

coping, appraised the situation as less threatening, less stressful, and had higher monthly income reported less depression. For life satisfaction, self-blame coping, existential growth coping, monthly income, stress appraisal accounted for 49% of the variance. Caregivers who used more existential growth coping, less self-blame coping, less stress appraisal, lower monthly income reported better life satisfaction.

In conclusion, informal caregivers in this study utilized positive coping strategies such as problem-focused, existential growth, help-seeking, rather than negative coping strategies including self-blame. When they utilized positive coping strategies more often, caregivers experienced higher perceived physical health, higher life satisfaction and lower depression. Therefore, nursing intervention which utilized positive coping strategies is needed to enhance informal caregivers to have positive health responses to the caregiving demands.