

# 전화상담이 치매노인 간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 질, 지각된 건강상태에 미치는 영향\*

이 해 정\*\* · 김 기 련\*\*\* · 서 지 민\*\*\*

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

최근 사회적 문제로 대두되고 있는 치매노인의 간병은 대부분 가정에서 가족간호제공자에 의해 이루어지고 있으며(Dunkin & Anderson-Hanley, 1998) 치매는 비가역적인 만성퇴행성 질환으로 돌보는 가족에 대한 의존도가 매우 높아 가족의 신체적, 정신적, 심리적 측면에서 부정적인 영향을 초래하여 결국 가족의 삶의 질을 위협하는 것으로 보고되고 있다(Schulz, O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Sung, Jang, Lee & Kim, 2001). 일반적으로 치매노인을 돌보는 간호제공자들은 수면장애를 호소하며 개인시간부족으로 인해 자신을 위한 운동시간을 할애하지 못하는 등 자가간호 결핍을 보고하는 경우가 많으며 이로 인한 신체적 건강의 위협을 느끼기도 하며 경우에 따라서는 치매노인보다 더 빨리 건강상태가 나빠지기도 한다(Fuller-Jonap & Haley, 1995). 가족간호제공자의 30~50%가 자가 보고서에서 우울을 보고하였으며 특히 배우자인 경우는 우울이 더 심한 것으로 보고된다(Bodnar & Kiecolt-Glaser, 1994; Schulz et al, 1995).

Lazarus와 Folkman(1984)에 의하면 대처유형은 문제중심 또는 정서중심으로 나눌 수 있으며 정서적 대처기전의 활용은 간호제공자의 소진경험을 증진시키며 부정적 간호결과를 유도하지만(Almberg, Grafstrom & Winblad, 1997) 문제중심적 대처기전의 이용은 가족의 갈등을 감소시키고 간호제공자의 부담감도 감소시키는 것으로 보고된다(Vitaliano, Russo, Young, Teri & Maiuro, 1991). 그러므로 가족간호제공자가 문제중심적으로 대처할 수 있도록 도움으로써 간호제공자의 부정적 간호제공결과는 최소화하고 긍정적 간호제공결과는 최대화할 수 있을 것으로 짐작된다.

최근 여러 연구들에서 노인을 돌보는 간호제공자들을 위한 심리-사회적 증재연구가 간호제공자들의 신체적, 사회적, 심리적 안녕을 증진시키는 것으로 보고되고 있다. Toseland, Labrecque, Goebel, 그리고 Whitney (1992)는 노인을 돌보는 배우자 간호제공자들에게 8주간의 지지와 교육, 문제해결 기술, 스트레스 감소의 프로그램을 적용한 결과 문제중심적 대처전략의 사용과 문제해결능력, 사회적 지지에 대한 지식, 삶의 만족도는 증가하고, 정서적 스트레스, 부담감, 우울감, 소진경험은 감소하는 것으로 보고하였다. 특히 문제해결적 상담은 치매노인의 가족간호제공자들이(N=57) 문제해결 시 대안

\* 본 연구는 2001년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2001-003-F00230)

\*\* 부산대학교 의과대학 간호학과 조교수

\*\*\* 부산대학교 의과대학 간호학과 시간강사

투고일 2003년 3월 24일 심사회의일 2003년 3월 31일 심사완료일 2003년 7월 16일

을 고려하고, 과거 경험을 회상하고, 객관적으로 상황을 이해하려고 노력하는 등 논리적이고 분석적으로 대처하는 경향을 증진시켰다(Roberts et al., 1999).

한국의 현재상황에서 치매노인을 돌보는 가족간호제공자의 과반수이상인 치매교육을 받은 경험이 없으며 치매간호교육의 필요성을 대부분(92.3%)느끼고 있는 것으로 보고한다(Sung et al., 2001). 그러나 대부분의 치매가족간호제공자들은 시간, 공간적 제약으로 인해 실제적으로 교육프로그램에 참여하기 어려우며 비용 효과적인 측면에서 보더라도 전화중재가 치매노인을 돌보는 가족간호제공자에게는 더 적절하다고 볼 수 있다(Roberts et al., 1999). 그러므로 본 연구에서는 개별적 간호중재프로그램으로써 제공되는 문제해결방식의 전화상담이 가족간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 만족도, 지각된 건강상태에 미치는 효과를 분석하고자 한다. 치매교육에 포함될 내용으로는 가정내에서 노인을 돌보기 위한 기본적인 간호지식이나 기술(Sung et al., 2001)과 함께 가족간호제공자들의 신체적, 정신적 안녕을 증진시키는 중재방법으로 문제해결적 접근법이 활용(Houts, Nezu, Nezu & Bucher, 1996)되었으며 이는 아직까지 한국에서는 적용된 사례가 없다. 문제해결적 접근법은 1) 문제상황의 근본을 변형시켜 문제를 효과적으로 해결하거나 2) 문제상황에 대한 부정적 반응을 변형시켜 문제해결자의 좋은 정신적 건강을 유도하는 것이다(Houts et al., 1996). 그러므로 간호제공자의 간호제공상황에 대한 긍정적인 평가를 유도하고 대처기전의 효율성을 증가시킴으로써 간호제공 관련 스트레스로 인한 부정적인 영향을 최소화할 수 있을 것이다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 문제해결방식의 전화상담이 치매노인을 돌보는 가족간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 만족도 및 지각된 건강상태에 미치는 영향을 파악하고자 하는 것으로 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 치매노인을 돌보는 가족간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 만족도 및 지각된 건강상태를 파악한다.
- 2) 전화상담에 참여한 가족간호제공자와 참여하지 않은 대조군간의 소진경험, 우울, 삶의 만족도 및 지각된 건강상태의 차이를 비교한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 치매로 진단받은 노인대상자의 가족간호제공자에게 간호중재프로그램으로써 문제해결방식의 전화상담이 간호제공자의 소진경험, 우울감, 삶의 만족도 및 지각된 건강상태에 미치는 효과를 검증하기 위해 설계된 무작위 배정 실험연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구대상은 부산시에 소재하고 있는 16개의 전체 보건소 중 연구에 협조한 15개의 보건소와 치매주간보호센터를 운영하는 11개의 사회복지관, 1개 대학병원 신경과에 등록된 치매노인의 가족간호제공자 중 연구참여에 동의하고 12주 후 사후조사에 응한 53명의 가족간호제공자이다. 총 551명의 명단이 제공되었으며 이 중 난수표를 이용하여 무작위로 대상자를 선정하여 전화로 연구 목적을 설명하였다. 연구참여에 동의한 대상자는 면담약속시간을 정하여 면담자가 가정방문을 하였으며 가정방문 시 노인대상자에게 MMSE-K를 적용하여 스크린 하였다. 노인대상자가 대상자 선정기준에 적합한 경우 가족간호제공자를 면담하였다. 실험군 32명과 대조군 39명이 사전조사에 참여하였으며 사후조사까지 참여한 최종적인 대상자는 실험군 21명, 대조군 32명으로 총 53명이었다. 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 치매로 진단 받거나 MMSE-K 점수 (교정점수)가 20점 이하인 60세 이상 치매노인의 주 간호제공자
- 2) 간병제공기간이 1개월 이상이며 간병제공과 관련된 보수를 받지 않는 자
- 3) 주 5시간 이상 일상 생활과 관련된 도움을 제공하는 자
- 4) 교육과 질문, 전화상담 등을 이해할 수 있을 정도의 의사소통이 가능한 자

### 3. 측정도구

#### 1) 소진경험

소진경험은 역할에서의 좌절과 관련된 정서적 증후군으로 “전혀아님”(0)에서 “항상”(6)까지 7점척도의 22개 항목으로 구성된 Maslach Burnout Inventory(MBI: Maslach & Jackson, 1981)에 의해 측정되었다. 이 도구는 교육자나 사람에게 서비스를 제공하는 직종을 가

진 사람을 대상으로 개발된 것으로 소진경험은 세 가지 분리된 요소로 구성되는 것으로 정의되며 세 가지 요소는 정서적 고갈(9항목), 비인격화(5항목), 그리고 감소된 개인의 성취감(8항목)이다. 소진경험은 비인격화와 정서적 고갈이 높아지고 개인적 성취감이 낮아질 때 관찰되는데 빈도와 정도에 의해 관찰될 수 있으며 본 연구에서는 경험의 빈도를 측정하였다. 비전문간호제공자를 대상으로 한 연구(Lee & Song, 1999)에서 도구의 내적일관성(Cronbach's Alphas)은 정서적 고갈이 .90, 비인격화가 .79, 감소된 개인의 성취감이 .71로 나타났다. 본 연구에서의 Cronbach's Alphas는 정서적 고갈이 .92, 비인격화가 .47, 감소된 개인의 성취감이 .75로 나타났다. 비인격화는 너무 낮은 내적일관성을 보여 본 연구의 결과분석에서 제외하였다.

## 2) 우울감

Radloff(1977)에 의해 개발된 Center for Epidemiologic Studies Depression Index(CES-D)에 의해 지난 몇 주간 경험한 우울감을 측정하였으며 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. CES-D점수는 0에서 60이며 점수가 16점 이상이면 임상적으로 우울함을 의미한다. Radloff(1977)에 의하면 이 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85로 비교적 높은 내적 일관성을 보였으며, test-retest correlation은 .57로 인정 가능한 수준의 안정성을 보였다. 본 도구는 노인 및 성인을 대상으로 많이 사용하며 노인을 대상으로 한 Park, Lee와 Kim(2001)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ =.83였고, 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 .90이었다.

## 3) 삶의 만족도

Wood, Wylie와 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 상

관계수(validity correlation coefficient)를 나타냈으며 .79의 내적 일관성을 보고하였다(Wood et al., 1969). Lee와 Song(2000)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 .79였으며, 본 연구에서의 Cronbach's Alpha는 .82로 나타났다.

## 4) 지각된 건강상태

Maddox와 Douglass(1973)는 전반적인 건강에 대한 자가평가가 안정되고 타당한 자료를 제공한다고 하였다. 이 주장을 기반으로 본 연구에서는 간호제공자의 전반적으로 지각된 건강상태를 평가하기 위해 “나쁘다”(0)에서 “매우 좋다”(10)의 10cm 수평선에 “현재 본인의 신체적 건강상태에 대해 인식하는 정도”를 간호제공자가 X표하도록 하는 visual analogue scale을 이용하였다.

## 4. 연구자 및 연구보조원 훈련

연구자와 연구보조원 6인이(간호학 대학원 박사과정 1명, 박사 후 과정 2명, 석사 졸업생 3명) 3시간동안 연구도구에 대한 설명을 듣고, 서로 서로에게 면담조사를 실제로 적용함으로써 면담지 내용과 용어에 익숙해지도록 훈련을 받았으며, 일반인과 노인가족 간호제공자를 상대로 사전 면담조사를 실시하여 면담조사기술을 익혔다. 연구보조원 중 3인(간호학 대학원 박사과정 1명, 박사 후 과정 2명)이 간호중재자로서 역할을 하였으며 문제해결방식의 전화상담에 대해 일주일간 매일 3시간씩 훈련하였고 전화상담 시 활용할 수 있는 지침서를 개발하였다. 문제해결방식의 전화상담은 30분 정도의 직접방문교육을 1회 제공한 후 매주 1회의 전화상담으로 제공되었다. 전화상담내용은 녹취하여 매주 1회의 팀미팅에서 질문이나 상황에 대한 중재자의 반응의 적절성과 접근법에 대해 서로 토의하였다. 가능한 문제해결법에 대해서도 서로 토의하고 필요시 관련자료를 참조하여 모책집을 개발하였다. 첫 가정방문에서는 위에서 기술한 문제해결법 초기교육이 제공되었고, 초기교육 후 문제해결 절차가 나열되어있는 일지를 제공하여 직접 적용하게 하여 연습하도록 하였다. 첫 가정방문종료 시는 빈 일지를 제공하여 간호제공자가 직면하는 조절하기 힘든 대상자의 문제행동이나 간호제공상황에 대해 일지에 적게 하여 매주 전화상담 시에 일지에 적힌 문제중심으로 문제해결법에 대해 토의하였다.

5. 자료수집절차

연구참여에 동의한 가족간호제공자를 실험군과 대조군에 무작위로 배분하여 실험군에 배정된 간호제공자에게는 문제해결방식의 개별화된 교육과 전화상담이 12주간, 주1회씩 제공되었다. 대조군의 경우 일반적으로 현재 보건소에서 제공하고 있는 정보가 제공되었으며 연구종료 시 개발된 문제해결법 책자와 함께 간단한 간호교육이 감사의 표시로 제공되었다. 연구기간은 2002년 1월부터 10월까지였으며 사전조사는 각 대상자의 가정에 처음 방문했을 때 실시하였고 사후조사는 실험군의 경우 12주의 중재 종료 후 1-2주 이내에 가정 방문을 하여 실시하였으며 대조군의 경우 사전조사 후 12-14주 사이에 시행하였다.

문제해결방식의 전화상담은 1)문제오리엔테이션단계와 2)문제해결단계로 구성된다. 문제 오리엔테이션은 가족간호제공자가 간호제공을 부담감으로 보는지 도전으로 보는지 혹은 간호문제를 다루는데 성공할 것인지 실패할 것인지에 대한 기대 등이 포함된다. 반면에 문제해결단계는 4가지 문제해결기술(문제정의, 대안구상, 의사결정, 해결책 적용 및 평가)을 적용하여 체계적이고 합리적인 해결법을 구성하는 것을 의미한다. Nezu 등(1989)이 제안한 문제해결과정의 주요주제인 창조성, 낙관성, 계획성, 전문가 조언을 기초로 문제해결방식의 전화상담이 제공되었다.

6. 자료분석

- 1) 대상자의 인구학적 특성은 백분율과 빈도, 평균과 표준편차로 서술하였다.
- 2) 실험군과 대조군의 동질성 검증은 분류형 자료의 경우는 Chi-Square로, 연속성 자료의 경우는 t-test로 분석하였다.
- 3) 실험군과 대조군의 각각의 실험효과비교를 위해서는 사전, 사후 평균차이값에 대한 Independent t-test를 이용하여 분석하였다. 추가분석에 대해서는 사전, 사후 paired t-test와 사전, 사후 평균차이값에 대한 independent t-test를 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 간호제공자의 일반적인 특성 및 치매노인의 인구학적 특성

본 연구에 참여한 간호제공자와 치매노인의 인구학적 특성은 <Table 1>과 같다. 치매노인을 돌보는 간호제공자의 88.7%는 여자였고, 92.5%가 결혼 한 상태였다. 간호제공자의 평균나이는 52세 (SD=15.43)였으며 23세에서 78세의 범위를 나타내었다. 나이범위별 분포를 보면 31세에서 40세의 범위가 22.6%로 가장 많았고 51세에서 60세의 범위가 20.8%, 41세에서 50세의 범위가 17.0%의 분포를 나타내었다. 치매노인과의 관계는 며느리가 47.2%로 가장 많았고 배우자가 26.4%이었으며 딸이나 아들이 간병하는 경우는 20.8%이었다. 가정의 총수입은 연 1,200만원 이하인 경우가 52.8%로 과반수 이상을 차지하였으며 전체의 70%이상이 연 1,800

<Table 1> General characteristics of caregivers and older adults with dementia (N=53)

Variables	Categories	Total(n=53)	Exp.(n=21)	Cont.(n=32)
		N (%)	N (%)	N(%)
<b>Caregiver's Characteristics</b>				
Gender	Male	6(11.3 )	3(14.3)	3( 9.4 )
	Female	47(88.7 )	18(85.7)	29(90.6 )
Marriage	Married	49(92.5 )	20(95.2)	29(90.6 )
	Others	4( 7.6 )	1( 4.8)	3( 9.3 )
Age(years)	Mean(SD)	51.74(15.43)		
	21~30	5( 9.4 )		5(15.6 )
	31~40	12(22.6 )	6(28.6)	6(18.8 )
	41~50	9(17.0 )	5(23.8)	4(12.5 )
	51~60	11(20.8 )	4(19.0)	7(21.9 )
	61~70	7(13.2 )	3(14.3)	5(15.6 )
	70 and above	9(17.0 )	4(19.0)	5(15.6 )

<Table 1> General characteristics of caregivers and older adults with dementia (continued)

Variables	Categories	Total(n=53)	Exp.(n=21)	Cont.(n=32)
		N (%)	N (%)	N(%)
<b>Caregiver's Characteristics</b>				
Relationship to the older adults	Spouse	14(26.4 )	7(33.3)	7(21.9 )
	Son and daughter	11(20.8 )	4(19.0)	7(21.9 )
	Daughter in law	25(47.2 )	9(42.9)	16(50.0 )
	Siblings	3( 5.7 )	1( 4.8)	2( 6.3 )
Total household income (1,000,000won/year)	Less than 12	28(52.83)	13(61.9)	15(46.8 )
	12-18	9(16.98)	4(19.0)	5(15.6 )
	18-24	3( 5.66)	1( 4.7)	2( 6.2 )
	More than 24	13(24.53)	3(14.2)	10(31.25)
Employed	Yes	12(23.1 )	6(28.6)	6(19.4 )
	No	40(76.9 )	15(71.4)	25(80.6 )
Caregiving duration	Under 3 years	32(60.4 )	9(42.9)	17(53.1 )
	3-6 years	13(24.5 )	5(23.8)	8(25.0 )
	Above 6years	8(15.1 )	1( 4.8)	7(21.9 )
<b>Older Adult's Characteristics</b>				
Gender	Male	16(30.2 )	6(28.6)	10(31.3 )
	Female	37(69.8 )	15(71.4)	22(68.8 )
Age (years)	under 70	10(18.9 )	4(19.0)	6(18.8 )
	70-79	24(45.3 )	12(57.1)	12(37.5 )
	80 and above	19(35.8 )	5(23.8)	14(43.8 )

Note. Exp=Experimental group, Cont=Control group

만원 이하의 수입을 보고하였다. 간호제공자가 직업이 있는 경우는 23.1%이고 없는 경우가 76.9%였다. 간호제공기간은 3년이하가 60.4%로 가장 높은 비율을 나타냈으며 6년 이상 간병을 한 경우도 15.1%를 차지하였다. 치매노인은 대부분이 여자(69.8%)였으며 연령은 70-79세가 45.3%, 80세 이상이 35.8%로 70세 이상의 고령노인그룹이 80%이상으로 매우 높았다. 간호제공자의 인구학적 특성과 치매노인의 특성 중 실험군과 대조군 사이에 유의한 차이를 보인 특성은 없었다.

2) 간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 만족도, 지각된 건강상태 및 동질성 검증

가족간호제공자의 소진경험은 정서적 고갈정도는 대조군이 실험군보다 조금 높은 정도의 정서적 고갈을 보고하였으며 Maslach와 Jackson(1986)이 제시한 높은 수준의 정서적 고갈을 나타내는 기준점인 27점보다 높은 것으로 나타나 두 군 모두 정서적 고갈정도가 심함을 알 수 있었다. 개인적 성취감 정도도 Maslach와 Jackson이 제시한 낮은 수준의 개인적 성취감을 나타내는 31점 이하로 나타나 전반적으로 본 연구에 포함된 가족간호제

공자는 높은 수준의 소진을 경험하고 있었다. 우울정도는 Radloff(1977)가 제시한 임상적 우울을 나타내는 기준점수인 16점과 비교하였을 때 매우 높은 수준의 우울을 보고하는 것으로 나타났다. 삶의 만족도는 중간정도였으며 실험군이 대조군보다 약간 높은 수준의 삶의 만족도를 보고하였다. 지각된 건강상태는 실험군은 중정도의 신체적 건강상태(평균 4.9; 가능한 범위 0-10)를 보고하였으나 대조군은 낮은 정도의 신체적 건강상태를 보고하였다(평균 3.8; 가능한 범위 0-10). 이상의 종속변수에 대해 실험군과 대조군간 사전점수차이는 통계적으로 유의하지 않아 이들 두 집단이 같은 모집단에서 추출되었다는 가정이 지지되었다.

3) 소진경험, 우울, 삶의 만족도, 지각된 건강상태에 대한 집단간 사후비교

전화상담의 효과를 검증하기 위해 전화상담이 종료된 후 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군의 소진경험, 우울, 삶의 만족도 및 지각된 건강상태의 평균 차이를 비교하였다. 소진정도에 대해서는 시간이 지남에 따라 간호제공자가 느끼는 개인적 성취감은 증가하는 경

<Table 2> Description of burnout, depression, life satisfaction and perceived physical health of caregivers

Variables	Exp(n=21)	Cont(n=32)	t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Burnout				
Emotional exhaustion	32.85(15.78)	34.50(15.58)	.37	.710
Personal accomplishment	27.43( 8.54)	23.40(10.66)	-1.44	.154
Depression	22.52( 9.84)	27.37(13.19)	1.44	.156
Life satisfaction	9.76( 6.04)	7.69( 6.44)	-1.17	.246
Perceived physical health	4.58( 2.91)	3.78( 2.35)	-1.09	.279

Note. Exp=Experimental group, Cont=Control group

향이 있었으며 정서적 고갈은 실험군의 경우에는 증가하는 경향이 대조군의 경우에는 감소하는 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이는 관찰되지 않았다. 우울정도는 대조군, 실험군 모두 감소하는 경향을 보였으며 삶의 만족도도 두 집단에서 감소하는 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 인지된 건강상태에 대해서는 실험군과 대조군 모두 증가하는 경향을 보였으며 실험군의 경우 대조군에 비해 더 큰 폭의 증가를 보고하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

문제해결식 전화상담이 취약그룹에서 더 효과적이며 (Toseland, Blanchard & McCallion, 1995), 특히 며느리와 배우자 간호제공자의 경우 간호제공으로 인한 높은 부담감(Kim, 2001)을 호소하며 낮은 삶의 만족도 (Schulz et al., 1995)를 보고한다는 기존의 연구결과를 기초로 치매노인을 돌보는 간호제공자를 배우자, 자녀, 며느리간호제공자로 나누어 추가분석을 실시하였다. 배우자의 경우, 대조군에서 개인적 성취가 사후검사에서 사전검사에서도 의미있는 수준(p<.001)으로 향상되었으며 사전, 사후 평균값 변화에 대해 실험군과 대조군을 비교하였을 때 대조군에서 의미있는 증가(p<.05)가 있는 것으로 나타났다. 그룹 별 작은 대상자수를 고려하여 유

의수준이 <0.1로 나타난 결과를 해석할 경우, 대조군의 정서적 고갈이 사전조사에서 보다 사후조사에서 감소하는 경향을 나타내었고 실험군의 인지된 신체적 건강이 사전조사에서보다 사후조사에서 증가하는 경향이 있었고 인지된 신체적 건강의 사전, 사후조사간 평균차이값이 실험군과 대조군에서 차이 나는 경향이 있는 것으로 나타났다.

#### IV. 논 의

본 연구는 문제해결방식의 전화상담이 치매노인을 돌보는 가족 간호제공자의 소진경험, 우울, 삶의 만족도, 지각된 건강상태에 미치는 영향을 분석한 것으로 치매노인을 돌보는 가족간호제공자는 시간이 지남에 따라 정서적 고갈정도는 감소하고, 개인적 성취는 증가하고, 우울은 감소하며, 삶의 만족도와 지각된 건강상태는 증가하는 경향이 있었다. 이는 치매노인의 가족간호제공자들은 시간이 지남에 따라 나름대로의 방식대로 상황을 극복해 나가며 노인대상자와는 정서적으로 적응해 나가는 경향이 있음을 시사한다. 이러한 적응과정에 간호사가 제공하는 전화상담은 간호제공자의 특성에 따라 다양한 영향

<Table 3> Effects of telephone counseling on burnout, depression, life satisfaction and perceived physical health of family caregivers

Variables	Exp(n=21)		Cont(n=32)		t <sup>a</sup>	p
	Mean (SD)		Mean (SD)			
	pre-test	post-test	pre-test	post-test		
Burnout						
Emotional exhaustion	32.85(15.78)	35.09(15.33)	34.50(15.58)	33.78(15.31)	-1.402	.167
Personal accomplishment	27.43( 8.54)	27.71( 8.19)	23.40(10.66)	24.56( 8.84)	.364	.718
Depression	22.52( 9.84)	21.47(11.27)	27.37(13.19)	25.59(11.47)	-.300	.765
Life satisfaction	9.76( 6.04)	9.14( 6.56)	7.69( 6.44)	7.00( 6.40)	-.054	.957
Perceived physical health	4.58( 2.91)	5.21( 2.63)	3.78( 2.35)	3.80( 2.05)	-.907	.369

Note. Exp=Experimental group, Cont=Control group; a=t-test for group differences in mean changes between pretest and posttest scores.

<Table 4> Pre and post mean scores in burnout, depression, life satisfaction and perceived physical health according to familiar relationship patterns of caregivers

		Spouse (n=14)		Son or Daughter (n=13)		Daughter-in-Law (n=25)	
		Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Burnout							
EE	Exp	42.00( 9.85)	43.57(11.24)§	19.25(15.32)	21.50(13.03)	33.67(16.12)	35.22(16.41)
	Cont	49.14( 7.45)	45.43( 9.91)*	19.00(14.72)	16.71( 9.91)	34.56(12.66)	35.00(13.44)
PA	Exp	27.86( 8.25)	27.14( 6.69)§§	25.00( 8.60)	21.75(12.84)	27.22( 9.55)	30.33(6.65)
	Cont	16.29( 7.27)	21.57( 7.46)***	27.43(13.71)	25.86(10.45)	24.63(10.09)	24.50( 8.47)
Dep	Exp	26.29(12.18)	27.14(11.17)	19.25(11.09)	16.50( 9.15)	21.44( 8.03)	18.44(11.61)
	Cont	39.29(10.42)	33.57(13.75)	22.57(11.69)	17.86( 8.75)	23.81(11.82)	24.94( 9.58)
Life Sat	Exp	7.14( 5.04)	6.43( 2.99)	7.75( 4.35)	5.25( 2.36)	13.55( 5.79)	13.00( 8.25)
	Cont	3.71( 3.30)	3.86( 3.76)	8.57( 5.94)	8.57( 6.27)	8.44( 7.09)	7.69( 7.34)
Perceived H	Exp	2.73( 2.27)	4.78( 2.92)*§	5.85( 2.98)	5.62( 2.61)	4.88( 2.61)	5.34( 2.84)
	Cont	2.16( 2.49)	1.79( 1.84)	2.90( 1.92)	4.24( 2.12)	4.97( 1.95)	4.63( 1.35)

Note. Exp=Experimental group, Cont=Control group, EE=Emotional exhaustion, PA=Personal accomplishment, Dep=Depression, Sat=Satisfaction, H=Health; \*\*\* p<.001 for mean differences in pretest and post test, \*p=.08 for mean differences in pretest and posttest, §§p<.05 for group differences in mean change scores between pretest and posttest, §p<.1 for group differences in mean change scores between pretest and posttest

을 미치는 것으로 나타났으며 특히 배우자나 며느리 간호제공자와 같이 취약한 그룹에서 프로그램의 효과가 있을 수 있음을 시사했다.

배우자 간호제공자의 경우 전화상담 후 그들의 신체적 건강상태를 더 건강한 것으로 인지하는 경향이 있었다 (p=.08). 이러한 결과는 간호제공자나 만성질환자 중 취약한 집단에서 문제해결적 상담이 더욱 효과적이었고 보고한 기존의 연구결과(Toseland et al., 1995)와 일치하였다. 본 연구에 참여한 배우자 간호제공자의 경우, 신체적 건강상태가 자녀 간호제공자들 보다 나쁜 상태였지만 치매노인을 돌보면서 일어나는 모든 문제를 자녀들이나 가족원들에게 의논하여 분담하는 것이 자녀에게 부담이 될 것으로 생각하여 거의 혼자서 해결하려고 하고 있었다. 그러므로 상담 시 간호제공자 자신의 건강관리문제를 위하여 운동이나 산책을 하도록 권장하였고, 가능하면 치매노인의 간호문제를 혼자서 해결하지 말고 가족원들과 적극적으로 상의하여 서로 분담하도록 격려했으며 간호제공자 스스로 휴식을 취할 필요가 있음을 주시시키고 휴식시간을 가질 수 있도록 도왔다. 이러한 결과 배우자 간호제공자들이 전화상담 후 그들의 신체적 건강상태가 증진된 것으로 인지하도록 도운 것 같다.

며느리 간호제공자의 경우 실험군에 포함된 대상자의 개인적 성취감은 중재 후 통계적으로 유의한 수준은 아니었지만 증가하는 경향을 보였으며 대조군의 경우에는 거의 변화를 보이지 않았다. 이러한 현상은 우울과 신체적 건강상태에서도 유사하게 관찰되어 며느리의 경우 전

화상담이 기대했던 방향으로 간호제공자의 소진, 우울, 인지된 신체건강에 영향미칠 수 있음을 시사하였으나 제한된 대상자 수로 통계적 유의성은 검증되지 않았다. 추후 좀 더 많은 며느리 간호제공자에게 중재의 효과를 검증하는 것이 필요하다고 하겠다.

소진경험의 하부개념인 정서적 고갈은 실험군과 대조군에서 상이한 결과를 보고하였는데 실험군의 경우 정서적 고갈이 더 심해지는 경향이 있었으며 대조군의 경우는 정서적 고갈이 감소하는 경향이 있었다. 이러한 현상은 배우자의 경우에서 더 뚜렷하게 관찰되었는데 배우자 간호제공자의 정서적 고갈은 전화상담 후 더 높아지고 개인적 성취감은 더 감소하는 것으로 나타났으며 대조군의 경우는 시간이 지남에 따라 정서적 고갈은 더 감소하고 개인적 성취는 더 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 상이한 변화는 대조군의 경우 사전조사에서 높은 정서적 고갈과 낮은 개인적 성취를 보고하여 사후조사에서 정서적 고갈과 개인적 성취가 많이 향상되었으나 사후조사에서 실험군의 평균점수보다는 정서적 고갈은 높게, 개인적 성취는 낮게 관찰되어 대조군의 유의미한 소진경험감소는 기초조사에서의 높은 소진감 보고로 인한 평균으로의 수렴의 결과와 자연적 치유의 의미였다고 해석할 수 있다. 실험군의 증가된 소진경험은 이들이 문제해결중심으로 상황에 대해 생각하고 상담함으로써 에너지를 많이 소모하게 되고 간호중재자와 함께 해결하기 위해 설정하고 계획한 간호행위에 대해 스스로 잘 이행하지 못했다는 인식을 하게 됨으로써 평소 계획하지 않고 간병을 제

공할 때 보다 개인적으로 덜 성취했다고 평가할 수 있었던 것으로 생각된다. 그러나 본 연구에 포함된 며느리 간호제공자의 수는 대조군 16명, 실험군 9명으로 프로그램의 효과를 통계적으로 규명하기에는 부족한 대상자수 였다고 할 수 있다. 배우자 간호제공자 역시 실험군, 대조군 각각 7명밖에 되지 않았으므로 안정되고 타당한 연구결과라고 보기에는 어려운 점이 있다. 그러므로 본 연구결과의 안정성을 확인하기 위해서는 좀 더 많은 수의 대상자에게 프로그램을 적용하고 치매노인과의 관계에 따른 효과를 검증하는 반복연구가 필요한 것으로 보인다. 면담과정 중 간호제공자들의 대부분이 전화상담시간을 기다리거나 전화상담에 대해 매우 고맙다는 표현을 많이 하였으므로 전화상담이 그들에게 의미있는 지지역할을 한 것은 분명하나 실질적으로 그들에게 어떤 이익을 줄 수 있는지에 대한 평가는 좀 더 확대된 반복연구가 필요한 것으로 보인다.

또한 본 연구에 포함된 가족간호제공자의 우울정도는 Radloff(1977)가 제시한 기준값인 16점 이상으로 나타나 임상적으로 의미있는 수준의 우울을 나타내었으나 제공된 전화상담이 간호제공자의 우울정도를 개선하지 못하는 것으로 나타났다. 이는 현재 한국의 실정에서 가족 간호제공자가 활용할 수 있는 사회적 서비스가 극히 적 으며 사회적 서비스에 대한 접근성 역시 제한되어 실제 간호제공자가 인지한 간호제공과 관련된 어려움을 해결 할 수 있는 대안이 거의 없기 때문 인 것으로 생각된다. 전화상담 시 간호중재자 역시 활용 가능한 자원과 자원에 대한 접근성 제한으로 심한 좌절감을 경험하였다. 특히 국가에서 인정하는 생활보호대상자에 포함되지 않는 으면서 경제적 어려움을 느끼는 월수입이 100만원 정도 인 가정에서 노인간병에 필요한 지출금은 그들의 가계를 위협하는 수준이다. 그러므로 낮 보호센터나 도우미 서비스 등의 활용은 그들이 감당할 수 없는 수준의 서비스 이며 이러한 서비스 활용의 제한은 간호제공자에게 큰 좌절감과 우울감을 유발한다. 또한 배우자 간호제공자의 경우 자녀들이 간병에 도움을 제공할 수 없는 상황에서는 어떤 문제발생 시 사회적 자원의 활용을 거의 하지 못하고 있었다. 사회적 자원에 대한 정보의 부족으로 가용자원을 활용할 수 있는 방법을 모르거나, 관련서비스에 대한 비용지출도 부담스러워 문제가 발생하여도 해결 하지 못하는 경우가 많았다. 그러므로 치매노인을 돌보는 가족간호제공자에게 좀 더 확대된 서비스 제공과 홍보가 필요한 것으로 보이며 보건소나 동사무소에서 배우

자나 며느리 간호제공자와 같이 좀 더 취약한 집단에 대해서는 정기적으로 상담을 제공하여 필요한 서비스를 활용할 수 있도록 돕거나 휴식(respite)사업을 제공하는 것이 필요한 것으로 보인다.

한국의 치매 가족부양자 40명을 대상으로 대처방식과 대처효과에 대한 지각을 조사한 Kim과 Choi(2000)의 연구에서 57.5%의 부양자들이 치매노인 부양상황에서 정서중심적 대처를 주로 사용하였고 문제중심적 대처(30.0%) 및 비 일관적 대처(12.5%)는 적게 사용하는 것으로 보고한 것을 참조한다면 간호제공자가 간호제공 상황에서 문제중심적으로 대처하도록 돕는 중재가 필요한 것으로 보인다. Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg & Levine(1995)은 가족간호제공자에게 스트레스 관리, 문제행동관리 및 문제해결방법 등에 대한 복합적인 교육중재를 제공한 결과, 교육의 효과가 중재 8개월 후에 관찰되었다는 보고하였으며 문제해결식 중재 프로그램은 대상자의 상황에 대한 적응능력을 증진시키므로 단순한 지식전달과는 달리 일시적 효과보다는 장기 효과가 있는 것으로 보고된다 (Dunn et al., 1999; Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus & Fortner, 2001). 그러므로 추후 문제해결식 전화상담의 장기효과를 검증할 필요가 있는 것으로 보인다. 특히 치매노인의 간병은 시간이 지남에 따라 간호요구가 증가하게 되므로 간호요구를 감소시키는 중재는 현실적으로 적용성이 제한된다. 그러므로 도구적 그리고 사회적 지지를 증가시키고 간호제공자 스스로가 휴식(respite)을 도모할 수 있도록 간호제공자의 상황에 대한 대처기술의 변형이나 문제중심적 대처전략의 활성화가 치매말기상황에서는 더욱 효과적 중재일 것이다(Chou, LaMontagne & Hepworth, 1999).

## V. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구의 목적은 치매노인을 돌보는 가족간호제공자에게 문제해결방식의 개별화된 교육과 전화상담이 간호 제공결과에 미치는 효과를 규명하기 위한 연구이다. P시의 15개 보건소와 복지관, 대학병원 신경과에 등록된 치매노인의 가족간호제공자 중 연구참여에 동의한 대상자를 무작위로 실험군과 대조군으로 배정하였다. 연구에 참여한 대상자는 실험군 21명, 대조군 32명이었다. 연구



기간은 2002년 1월부터 10월까지였으며 사전조사는 각 대상자의 가정에 처음 방문했을 때 실시하였고 사후조사는 실험군의 경우 12주의 중재 종료 후 1-2주 이내에 가정 방문을 하여 실시하였으며 대조군의 경우 사전조사 후 12-14주 사이에 시행하였다.

전화상담의 효과를 검증하기 위해 전화상담이 종료된 후 프로그램에 참여한 실험군과 참여하지 않은 대조군의 소진경험, 우울, 삶의 만족도 및 인지된 신체건강상태를 비교하였으며 통계적인 유의한 효과는 관찰되지 않았다. 그러나 간호제공자를 치매노인과의 관계중심으로 배우자, 자녀, 며느리 간호제공자로 나누어 추가분석을 실시한 결과 배우자의 경우, 실험군의 지각된 신체적 건강상태가 사전조사에서 보다 높아지는 경향을 보였으며 대조군은 낮아지는 경향을 보였다. 전화상담에 참여한 며느리 간호제공자의 경우, 개인적 성취감과 지각된 신체적 건강상태는 증가하는 경향을, 우울은 감소하는 경향을 보였다. 이는 문제해결방식의 전화상담이 가족 간호제공자의 지각된 신체적 건강상태에 영향 미칠 수 있으며 특히 배우자나 며느리 간호제공자에게 효과적일 수 있음을 시사한다. 이러한 결과는 간호제공자나 만성질환자 중 취약한 집단에서 문제해결적 상담이 더욱 효과적일 수 있음을 지지한다. 본 연구의 제한점은 1) 대부분의 대상자가 보건소나 복지관에 노출된 대상자였으며, 2) 한국의 현재상황에서 이들이 문제해결 시 활용가능한 자원이 매우 제한적이며, 3) 중재의 효과를 중재종료직후에 평가하여 중재의 장기적인 효과를 볼 수 없었으며, 4) 가족관계 중심의 접근이 이루어지지 않은 점이다.

## 2. 제언

따라서 본 연구의 제한점을 기초로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 보다 다양한 대상자 모집방법을 동원하여 보건소나 복지관에 등록되지 않은 노출되지 않은 대상자의 발굴과 광범위한 중재프로그램의 적용이 추후 요구된다.
- 2) 프로그램 중재 후 장기효과를 검증하기 위한 장기간 추적조사가 추후 필요한 것으로 생각된다.
- 3) 가족관계 중심의 접근이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

## References

- Almberg, B., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person—burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs*, 25, 109-116.
- Bodnar, J. C., & Kielcolt-Glaser, J. K. (1994). Caregiver depression after bereavement: chronic stress isn't over when it's over. *Psychol Aging*, 9, 372-380.
- Chou, K. R., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nurs Res*, 48(4), 206-214.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Henley, C. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Am Acad Neurology*, 51(1), 53-56.
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W., & Blair, S. N. (1999). Comparison of life style and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: A randomized trial. *JAMA*, 281, 327-334.
- Fuller-Jonap, F., & Haley, W. E., (1995). Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *J Aging Health*, 7, 99-118.
- Houts, P. S., Nezu, C. M., Nezu, C. M., & Bucher, J. A. (1996). The prepared family caregiver: A problem-solving approach of family caregiver education. *Patient Educ Couns*, 27, 63-73.
- Kim, J. S. (2001). Daughters-in-law in Korean caregiving families. *J Adv Nurs*, 36(3), 399-408.
- Kim, Y. J., & Choi, H. K. (2000). A study on coping for dementia symptoms and caregivers' perception of coping effectiveness. *J Korea Gerontol Soc*, 20(2), 183-195.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, H. J., & Song, R. Y. (1999). Predictors of

- burnout among informal caregivers of older adults: Using Discriminant analysis. *J Korean Acad Nurs*, 29(3), 585-595.
- Lee, H. J., & Song, R. Y. (2000). Coping strategies utilized in the caregiving situation and predictors of health responses among informal caregivers of older adults. *J Korean Acad Nurs*, 30(4), 893-903.
- Maddox, G. L., & Douglass, E. B. (1973). Self-assessment of health. A longitudinal study of elderly subjects. *J Health Soc Behav*, 14, 87-93.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2, 99-113.
- Maslach C., & Jackson S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., & Levine, B. (1995). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA*, 276, 1725-1731.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *J Gerontology*, 16, 134-143.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem Solving Therapy For Depression: Theory, Research, And Clinical Guidelines*. New York: Wiley
- Park, N. H., Lee, H. J., & Kim, J. S. (2001). Effects of the elderly health promotion behavior program on motivation, health behaviors, and depression. *J Korean Gerontol Nurs*, 3(2), 186-195.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research on the general population. *Appl psychol meas*, 1(3), 385-401.
- Rybarczyk, B., DeMarco, G., DeLaCruz, M., Lapidus, S., & Fortner, B. (2001). A classroom mind/body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and 1 year benefits. *Behavioral Med*, 27, 15-27.
- Roberts, J., Browne, G., Milne, C., Spooner, L., Gafni, A., Drummond-Young, M., LeGris, J., Watt, S., LeClair, K., Beaumont, L., & Robert, J. (1999). Problem-solving counseling for caregivers of the cognitively impaired: Effective to whom? *Nurs Res*, 48, 162-172.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791.
- Sung, M. S., Jang, H. J., Lee, K. W., & Kim, Y. I. (2001). The development and effect of a CD ROM based caring program for the family caregivers among the Korean demented elderly. *J Korean Soc Med Inf*, 7(1), 45-55.
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc Sci Med*, 40, 517-528
- Toseland, R. W., Labrecque, M., Goebel, S., & Whitney, M. (1992). An elevation of a group program for spouse of frail elderly veterans. *Gerontologist*, 32, 382-390.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*, 6(3), 392-402.
- Wood, V., Wylie, M. L., & Shaefer, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *J Gerontology*, 24, 465-469.

## Effects of Telephone Counseling on Burnout, Depression, Life Satisfaction, and Perceived Health in Caregivers of Older Adults with Dementia\*

*Lee, Hae-Jung\*\* · Kim, Ki-Ryeon\*\*\*  
Seo, Ji-Min\*\*\**

**Purpose:** The purpose of this study is to identify the effects of telephonic counseling on burnout, depression, life satisfaction, and perceived physical health among family caregivers of older adults with dementia. **Method:** Subjects were randomly assigned into telephonic counseling group (n=21) and the comparison group (n=32). A weekly telephone counseling was conducted by research assistants for 12 weeks. T-test were used to answer the research questions. **Result:** 1) There were no significant differences between the two groups on the level of burnout, depression, life satisfaction, and perceived physical health after

telephone counseling. 2) Spouse caregivers under the telephone counseling tended to report higher perceived physical health than comparison group at the post-test ( $t=-1.88$ ,  $p=.08$ ). Spouse caregivers under the telephone counseling tended to report higher emotional exhaustion and lower feeling of self achievement. 3) Daughter-in-law caregivers under telephone counseling showed increased feeling of self achievement, improved physical health condition, and decreased depression. **Conclusion:** This study showed potential effects of the problem-solving telephone counseling to improve perceived physical health and to reduce the level of burnout and depression. The findings suggest the necessity of screening most vulnerable subgroups of caregivers to increase the effectiveness of nursing intervention such as telephone counseling.

**Key words :** Caregivers, Problem-solving,  
Depression, Burnout, Physical  
health

---

\* This work was supported by Korea Research Foundation Grant(KRF-2001-003-F00230)

\*\* Assistant professor, Department of Nursing, Pusan National University

\*\*\* Instructor, Department of Nursing, Pusan National University