

치매환자를 돌보는 요양보호사의 케어부담감이 건강지각과 신체증상에 미치는 영향

김순옥
신한대학교 간호학과 조교수

Effects of the Caring burden of Caregivers who manage Dementia patients on the Health perception and Somatic symptoms

Soon-Ok Kim

Dept. of Nursing, Shinhan University, Assitant Professor

요 약 본 연구는 치매환자를 돌보고 있는 요양보호사의 케어부담감을 알아보고, 케어부담감이 신체증상과 건강지각에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구이다. 연구대상자는 요양보호사 174명이었으며, 자료수집은 2018년 4월 1일부터 30일까지 었다. 자료분석은 t-test 및 One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, Multiple regression analysis을 활용하였으며, 사후분석은 Scheffe를 사용하였다. 연구결과 케어부담감은 “중상”, 신체증상은 “중간”수준으로 나타났다, 건강은 좋지 않은 것으로 인식하고 있었으며, 주관적 안녕감은 낮게 나타났다. 케어부담감은 신체증상($r=.157, p<.05$), 신체증상은 지각된 건강과 양의 상관관계($r=.220, p<.01$)를 보였고, 신체증상과 주관적 안녕에 미치는 영향 요인은 요양보호사 근무동기로 나타났다. 연구결과 요양보호사의 케어부담감은 신체적, 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 연구결과를 근거로 요양보호사의 근무지에 따른 케어 부담감에 차이가 있는지를 파악해보는 연구를 수행할 것을 제언한다. 또한 요양보호사의 케어부담감을 측정할 수 있는 도구를 개발하여 반복연구를 수행해 볼 필요가 있겠다.

주제어 : 요양보호사, 케어부담감, 신체증상, 주관적 안녕감, 지각된 건강

Abstract This study was a descriptive correlation investigation that assessed the caring burden of caregivers who care for dementia and examined the effects of the burden on the somatic symptoms and health perception. The subjects were 174 caregivers and data collection was conducted from April 1 to 30, 2018. The data were analyzed t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. A Scheffe test was used for post-analysis. The caring burden and somatic symptoms were found to be mid-high and moderate, respectively. The health was perceived to be not good, and the subjective awareness of well-being appeared to be low. The caring burden showed a positive correlation with the somatic symptoms($r=.157, p<.05$), and the somatic symptoms showed a positive correlation with the perceived health($r=.220, p<.01$). As a result of the study, caregiving burden of caregivers showed the factors influencing their physical and mental health status, it is suggested to carry out research to find out whether there is a difference in burden of care according to the working place of caregiver. In addition, it is necessary to develop a tool to measure the burden of caregivers and to carry out repeated research.

Key Words : Caregivers, Caring Burden, Somatic Symptoms, Subjective Well-Being, Perceived Health

*This work was supported by the Shihan University Research Fund, 2018.

*Corresponding Author : Soon-Ok Kim(200061@shinhan.ac.kr)

Received October 2, 2018

Revised November 20, 2018

Accepted December 20, 2018

Published December 28, 2018

1. 서론

1.1 연구필요성

평균 수명이 증가하면서 한국은 2018년 65세이상 노인인구가 14.3%로 증가하여 고령사회(Aged Society)에 진입하였고, 2026년에는 20.8%로 초고령화 사회(Post-aged society)에 이를 것으로 예측되고 있다. 이와 함께 치매환자도 가파르게 증가하여 65세 이상 노인인구 중 치매 환자는 72만 5,000명, 치매 유병률은 10.2%로 노인 10명 중 1명이 치매를 앓는 것으로 추산되고 있고, 2024년에는 100만명을 초과할 것으로 전망하고 있다[1]. 이와 더불어 치매, 중풍 등 노인성 질환의 유병률도 증가하여 요양보호가 필요한 1-5등급 노인이 2016년 말 기준 508,832명에 달하고 있어, 정부에서는 독립적인 일상생활이 불가능한 노인을 국가적인 차원에서 지원하기 위해 2008년 7월부터 노인 장기요양보험 제도를 시행하고 있다. 이로써 치매, 중풍 등 노인성 질환에 대한 간병 및 수발을 그동안 책임져왔던 가족 대신에 국가가 분담을 하면서 요양보호사가 일상생활을 스스로 수행하기 어려운 노인들의 장기요양서비스를 담당하게 되었다. 요양보호사는 2008년 부터 국가자격증제도에 의해 배출되고 있으며, 2018년 4월말 기준 1,516,800명이 자격을 취득하였고, 노인복지법에 따라 노인요양시설과 재가복지센터를 통해 시설 및 재가 요양서비스를 제공하면서 대상자에게 광범위하고 직접적인 서비스를 제공하고 있다[2].

치매(dementia)는 뇌의 기질적 병변에 의한 뇌기능의 저하로 기억력, 언어기능, 지남력, 문제해결능력, 판단력 등을 상실하게 되는 노인성 질환으로 일상적인 사회생활이나 대인관계에 장애를 초래할 정도로 장·단기 기억을 비롯한 추상적인 사고 및 판단장애, 성격변화 등의 여러 가지 인지기능의 장애가 나타나는 만성퇴행성 질환이다. 치매는 일단 발병하면 5~20년에 걸쳐 서서히 진행되는 장기질환이고, 적절한 치료방법과 치료 약물이 없기 때문에 치료의 가능성이 낮으며, 인지·기능적인 면에서 심각한 퇴화를 보이기 때문에 다른 노인성 질환에 비해 가족이나 사회에 대한 의존성이 높고, 근접거리에서 타인의 보호와 부양이 필요한 질병이다[3]. 더욱이 치매 환자에게 나타나는 비현실적인 생각, 조절되지 않는 감정, 현실에서는 존재하지 않는 사물에 대한 지각과 부적절한 정신행동증상은 본인 자신뿐만 아니라 주변 사람들에게 신체적, 정서적으로 부정적인 결과를 초래하거나 심각한

영향을 미쳐 치매 환자에 대한 케어 부양부담을 가중시키고 있다[4].

요양보호사는 노인복지법에 따라 노인요양시설과 재가복지센터를 통해 장기요양서비스를 제공하고 있으며, 요양보호사가 되기 위해서는 노인복지법 제39조의 3에 따른 요양보호사 교육기관에서 이론 및 실습 합하여 총 240시간의 교육을 이수하여야 한다. 요양보호사는 10인 미만 시설에는 입소자 3명당 1인, 그 외는 2.5명당 1인으로 배치되어 활동하고 있다.

노인요양시설에는 만성질환을 앓고 있거나 건강상의 이유로 일상생활수행이 어려운 노인들이 입소하여 대부분 의존도가 높은 중증의 노인이라 일반 노인에 비해 건강상태가 취약하다[2]. 따라서 시설 요양보호사는 허약 노인을 돌보는 업무 특성상 업무 빈도가 높은 체위변경이나 이동보조 등 신체요양보호 업무를 수행하는 경우가 많다. 재가 요양보호사는 직접 노인 가정에 파견되어 신체지원 활동과 함께 취사, 청소, 세탁, 병원동행 등 일상생활을 유지할 수 있도록 필요한 각종 서비스를 제공하고 있다[2]. 이렇듯 요양보호사는 시설과 재가서비스를 통해 노인의 신체수발이나 가사활동을 전문적으로 도와주는 등 노인장기요양서비스에서 중추적인 역할을 담당하고 있다.

그런데 요양보호사들은 업무로 인한 근골격계 증상과 함께 치매환자의 정신행동 증상으로 인한 폭행과 폭언 등으로 치매노인 돌봄에 대한 높은 부담감을 호소하고 있다[5]. 선행연구에 따르면 노인요양시설에서 치매노인을 돌보는 요양보호사들은 치매노인으로 부터 소리 지르기, 공격적 언어, 욕하기 및 지속적인 언어, 비난하기 등과 같은 언어적 공격행동과 침이나 음식 뱉기, 꼬집기, 활취기, 얼굴이나 몸 때리기 등과 같은 신체적 공격행동, 그리고 만지거나 잡기, 껴안기 등의 성적행동에 노출되어 있는 것으로 나타났다[6]. 이로 인해 노인요양시설 요양보호사의 95%는 언어폭력, 91%는 신체폭력, 51%는 성폭력을 경험하고 있는 것으로 나타났으며, 재가요양보호사도 30.4%의 폭력을 경험하고 있는 것으로 보고되고 있다[7]. 또 Seo[8]의 연구에서는 요양보호사의 47.0%가 대상자로부터 불쾌하거나 모욕적인 말을 경험하였고, 16.0%는 언어적 위협을 느꼈으며, 21.5%는 신체적 손상으로 치료를 받은 것으로 나타났다. 이처럼 많은 선행연구에서 장기요양서비스 현장에서 요양보호사가 폭력에 노출되어 있는 것으로 보고되고 있으며, 특히, 노인요양시설

은 타 시설에 비해 폭력발생률이 16배나 높아 폭력의 심각성이 매우 높음을 알 수 있다[9]. 또 재가서비스 제공 시 대상자를 가정에서 일대일로 돌보면서 대상자와 보호자간의 갈등관계, 돌봄 관련 지식 등의 부족으로 심한 신체적, 정신적 스트레스 등 다양한 직무스트레스를 경험하고 있다[7].

이러한 신체적, 언어적 폭력을 경험한 요양보호사는 정신적인 충격과 무력감 등의 부정적인 감정과 함께 스트레스로 인한 만성 피로를 경험하고, 근무의욕 상실과 사기저하로 결국 이직이나 퇴사로 이어지는 실정에 놓여 있다[10]. 더욱이 요양보호사들이 경험하는 다양하고 복합적인 부양 스트레스는 정신건강에 부정적으로 작용하여 우울이나 불안, 삶에 대한 만족도 저하, 심지어 심리적 갈등이 자신도 모르게 무의식적으로 신체적인 증상으로 나타나는 신체화 장애(somatization) 등의 정신건강 문제로 표출되어 나타나고 있다[11]. Lee[12]의 연구에서는 치매환자의 부양부담 때문에 요양보호사들이 불안 증상을 겪고 있는 등 부양자의 66%가 두통, 불면증, 심장증상, 소화증상 등의 신체적 질환으로 인한 건강상의 부담이 높게 나타나고 있다. 뿐만 아니라 부양자의 스트레스 증가는 부양자가 치매노인을 회피하게 되는 요인이 되기 때문에 적절한 간호를 제공하지 못하게 되거나, 보이지 않는 학대나 방임 등 부정적인 결과를 초래할 수도 있다[13]. 그러므로 요양보호사의 고충과 부담감은 부양자 자신의 삶의 질 뿐만 아니라 치매노인의 삶의 질 저하에도 심각한 영향을 미치게 된다[13]. 더불어 대상자에 대한 부정적인 태도와 감정은 돌봄 행위와 서비스 질에도 영향을 미쳐 노인장기요양서비스의 질과 효과성을 저하시키는 요인이 되므로 장기요양서비스의 질적인 향상을 위해서는 이들의 케어부담감을 간과할 수 없는 실정이다.

최근 급속하게 증가하는 고령화와 함께 장기요양서비스 대상자는 지속적으로 증가하고 있으나 핵가족화로 인한 노인 단독가구 증가, 여성의 경제활동 참여로 인한 사회진출, 부양역사의 변화 등으로 인한 가정의 부양기능 약화로 가족에 의한 노인수발은 한계에 도달하여 요양보호사들의 수발에 의존할 수 밖에 없는 상태이다. 따라서 노인들에게 양질의 장기요양서비스를 제공하기 위해서는 노인과 가장 가까운 곳에서 빈번한 접촉을 하면서 직접적으로 서비스를 제공하는 요양보호사의 건강이 요양서비스의 질에 중요한 영향을 미치게 될 수 밖에 없다[14]. 그러므로 장기요양서비스의 핵심인력으로서 중요

한 역할을 하고 있는 요양보호사들이 치매환자를 돌보면서 경험하는 케어부담감을 체계적으로 알아보고 실제 케어부담감이 신체증상과 건강인식에 영향을 미치는지 알아볼 필요가 있다.

그러나 지금까지 수행된 연구는 치매환자 가족을 대상으로 부양부담이 신체 및 정신건강에 미치는 영향에 대한 연구들은 다수가 수행되어 왔으나[15-17] 가족을 대신하여 가장 밀접하게 대상자를 돌보고 있는 요양보호사들의 케어부담감이 이들의 건강에 미치는 문제에 대한 연구는 미흡하였다.

이러한 관점에서 본 연구에서는 치매환자를 돌보는 요양보호사를 대상으로 케어부담감 수준을 알아보고, 부담감으로 인해 신체적, 심리적 건강상태에 미치는 영향을 분석하여 이들의 관계를 확인함으로써 요양보호사의 케어부담감을 감소시킬 수 있는 효과적인 전략을 모색하기 위한 기초자료 제공에 기여하고자 한다. 또한 이를 통해 궁극적으로 노인장기요양보험 서비스의 질적 향상에 도 도움이 되고자 한다.

1.2 연구목적

본 연구는 치매환자를 돌보는 요양보호사의 케어부담감이 건강지각(주관적 안녕, 지각된 건강)과 신체증상에 미치는 영향을 분석하여 요양보호사의 케어부담감을 감소시키기 위한 전략마련에 기초자료로 활용하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 케어부담감, 신체증상과 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕) 정도를 파악한다.
- 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 케어부담감, 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)의 차이를 파악한다.
- 대상자의 케어부담감, 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)간의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 케어부담감이 신체증상과 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)에 미치는 영향을 분석한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 치매환자를 돌보는 요양보호사의 케어부담감이 신체증상과 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)에

미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2.2 연구대상 및 자료수집

연구 대상자는 S시와 G지역의 노인요양시설 및 재가 복지센터를 통해 장기요양서비스를 제공하고 있는 요양 보호사 중 본 연구의 목적과 취지를 이해하고, 연구 참여에 자발적으로 서면동의한 자를 대상으로 실시하였다.

대상자 수는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 다중 회귀분석의 사례 수 산정을 위한 조건으로 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .95, 효과크기 .15, 그리고 투입할 예측 변수의 총 수는 통제변인까지 고려해 8개로 가정하였을 때, 최소 표본 수는 160명으로 산출되었다. 탈락률을 감안하여 총 180부 설문지를 조사하여 176부 회수하였으며, 응답이 미흡한 2부의 설문지를 제외하고 총 174부의 설문지를 최종분석에 이용하였다.

자료 수집은 2018년 4월 1일부터 4월 30일까지 실시하였으며, S시와 G지역 소재 노인요양시설 및 재가복지센터 각 5곳의 시설장을 직접 방문하여 연구의 필요성 및 목적을 설명한 후 시설장의 허가를 먼저 득하였다. 그 다음 요양보호사를 대상으로 연구의 필요성 및 목적, 내용을 설명한 후 연구에 참여하기를 희망하는 자를 대상으로 서면동의서를 받은 후 구조화된 설문지를 배부하여 작성하도록 하였으며, 설문지 작성은 20-30분정도 소요되었다.

2.3 연구도구

2.3.1 케어부담감

케어부담감은 Novak & Guest[18]의 다차원적 부양자 부담 사정도구(Multidimensional Caregiver Burden Inventory) 24문항을 Ma[19]가 수정·보완하여 18문항으로 재구성한 도구로 시간상, 발달상, 사회적, 정서적, 신체적, 경제적 부담의 6가지 차원으로 주관적 혹은 객관적 부담을 묻는 문항들로 구성 되어있다. 본 연구에서는 연구자가 요양보호사에게 부적절한 발달상 부담 1문항, 경제적 부담 2문항을 제외하고 최종 시간상, 발달상, 사회적, 정서적, 신체적 부담의 5가지 차원의 15문항으로 수정·보완한 후 노인간호학 교수 1인, 재가복지센터 간호사 센터장 1인으로 부터 내용을 검토 받은 후 사용하였다. 본 도구는 5점 likert척도로 평정하도록 되어있으며, 전혀 그렇지 않다 1점, 매우 그렇다 5점으로 점수가 높을수록 부양부담이 높은 것을 의미한다. Ma[19]의 연구에

서 Cronbach's α 는 .92였고, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .76이었다.

2.3.2 신체증상

신체증상은 Chon[20]의 신체증상 척도를 이용하여 측정하였으며, 두통(4문항), 불면증(4문항), 소화증상(8문항) 및 심장질환 증상(8문항)을 측정하도록 고안되어 있고, 총 24문항으로 구성되어있다. 각 문항은 likert 5점 척도로 평정하도록 되어있으며, 전혀 그렇지 않다 1점, 매우 그렇다 5점으로 점수가 높을수록 신체증상이 많이 나타나는 것을 의미한다. Ryu[21]의 연구에서 Cronbach's α .94였으며, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .83이었다.

2.3.3 건강지각

건강하다고 지각하는 수준은 Hahn & Jang[22]이 개발한 7점 척도를 Chun[15]이 4점 척도로 수정하여 사용한 도구를 사용하였다. 각 문항은 likert 4점 척도로 평정하도록 되어있으며, 전혀 그렇지 않다 1점, 항상 그렇다 4점으로 점수가 높을수록 지각하는 건강이 좋지 않음을 의미한다. Chun[15]의 연구에서 Cronbach's α 는 .89였고, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .74였다.

요양보호사의 주관적 안녕감은 Cambell[23]의 주관안녕 척도를 Hahn & Jang[24]이 개발한 7점 척도를 Chun[15]이 5점 척도로 수정하여 사용한 도구를 사용하였다. 각 문항은 likert 5점 척도로 평정하도록 되어있으며, 전혀 그렇지 않다 1점, 항상 그렇다 5점으로 점수가 높을수록 지각하는 건강이 좋지 않음을 의미한다. Chun [15]의 연구에서 Cronbach's α 는 .94였으며, 본 연구에서는 Cronbach's α .77이었다.

2.4 자료분석과 통계적 방법

대상자 자료는 SPSS WIN 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 인구사회학적 특성 및 케어부담감, 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 인구사회학적 특성에 따른 케어부담감, 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)의 차이는 t-test 및 일원배치분산분석(One-way ANOVA)을 사용하였으며, 사후검증은 Scheffe를 이용하였다.
- 케어부담감, 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관

적 안녕)간의 상관관계는 피어슨상관관계 (Pearson's correlation coefficient)로 분석하였다.

- 케어부담감이 신체증상, 건강지각(지각된 건강, 주관적 안녕)에 미치는 영향은 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다.

2.5 윤리적 고려

본 연구는 윤리적 고려를 위해 연구의 목적과 자료의 익명성 비밀보장에 대해 설명하고, 자발적으로 연구에 참여하도록 하였으며, 연구참여 동의서를 작성하도록 하였다. 또 연구 도중 자신의 의지에 따라 언제든지 중단할 수 있으며, 수집된 자료는 연구목적외로 사용될 것임을 설명한 후 동의서를 받았다.

3. 연구결과

3.1 대상자의 케어부담감, 신체증상, 건강지각

(지각된 건강, 주관적 안녕)

대상자의 케어부담감, 신체증상, 지각된 건강, 주관적 안녕을 살펴본 결과는 Table 1과 같다. 케어부담감은 5점 만점에 평균 3.66±.33점으로 나타났으며, 하부요인을 살펴본 결과, 시간상 부담이 평균 3.94±.60점으로 가장 높았고, 신체적 부담이 3.29±.98점으로 가장 낮았다.

Table 1. Degrees of Caregiver Caring Burden, Somatic Symptoms, Health Perception(Subjective Well-being, Perceived Health)

		(N=174)		
Variable	Mn±SD	Min	Max	
Caring burden	3.66±.33	2.86	4.93	
Time burden	3.94±.60	2.25	5.00	
Social burden	3.71±.42	2.75	5.00	
Emotional burden	3.70±.61	2.00	5.00	
Developmental burden	3.34±.59	2.00	5.00	
Physical burden	3.29±.98	1.00	5.00	
Somatic symptoms	3.04±.33	2.08	3.75	
Insomnia	3.38±.85	1.50	5.00	
Headache	3.26±.56	1.75	4.75	
Digestive symptoms	3.04±.40	1.88	4.00	
Cardiac symptoms	2.77±.44	1.63	3.75	
Health perception				
Perceived health	2.28±.34	1.00	3.50	
Subjective well-being	2.91±.30	2.15	3.85	

신체증상은 5점 만점에 3.04±.33점으로 나타났고, 하부요인을 살펴본 결과, 불면증이 평균 3.38±.85점으로 가장 높았고, 심장증상이 2.77±.44점으로 가장 낮았다.

건강지각에서 지각된 건강은 4점 만점에 평균 2.28±.34점으로 나타났으며, 주관적 안녕은 5점 만점에 평균 2.91±.30점으로 나타났다.

3.2 대상자의 일반적 특성 및 일반적특성에 따른 변수차이

대상자의 일반적 특성은 Table 2와 같다. 연령은 51-60세가 50.0%로 가장 많았으며, 교육수준은 고졸이 54.0% 였다. 결혼은 배우자 있음이 73.6%로 대부분을 차지하였으며, 요양보호사 일을 하게된 동기는 학력, 나이 제한이 없이 자격증 취득가능이 41.4%로 가장 높았고, 가족의 경제문제 해결 27.6%로 그 다음을 나타냈다. 요양보호사로서 근무 경력은 3-5년이 38.5%였으며, 근무처는 재가복지센터가 54.6%로 많은 비율을 차지하였고, 평균 근무시간은 8시간 미만이 48.3%로 나타났고, 월수입은 100~200만원 미만이 55.7%로 많았다. 일일 돌보는 대상자는 1-2명이 39.7%였으며, 근무처 입소자 수는 11~30명이 36.8%로 가장 많았다.

요양보호사의 일반적 특성에 따른 변수의 차이는 Table 2와 같다. 신체증상은 요양보호사 근무동기에서 통계적으로 유의한 차이가 있었고(F=2.761, p<.05), 사후분석 결과 자격증 취득가능, 경제문제 해결, 여가나 사회봉사, 장기요양기관 설치 등이 기타 보다 신체증상이 더 많이 나타났다.

지각된 건강은 요양보호사의 경력에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며(F=3.112, p<.05), 사후분석결과 3-5년과 6-8년일 때가 9년 이상보다 건강이 더 좋지 않은 것으로 나타났다. 한편 케어부담감, 주관적 안녕에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3.3 케어부담감, 신체증상, 주관적 안녕, 지각된 건강의 각 세부요인별 상관관계

요양보호사의 케어부담감, 신체증상, 지각된 건강, 주관적 안녕간의 상관관계를 살펴본 결과는 Table 3과 같다.

Table 2. General Characteristics and Differences in Variables to General Characteristics

(N=174)

Characteristics	n	%	Somatic symptoms			Perceived health			Subjective well-being								
			M±SD	F (post-h oc)	p (Scheffe)	M±SD	F (post-h oc)	p (Scheffe)	M±SD	F (post-h oc)	p (Scheffe)						
Age (yr)	≤50	27	15.5	2.99±.36			2.20±.36			2.92±.31							
	51~60	87	50.0	3.01±.33	1.438	.233	2.27±.32	1.243	.296	2.90±.31	.312	.816					
	61~70	54	31.0	3.10±.29			2.31±.36			2.93±.29							
	≥71	6	3.4	3.20±.34			2.47±.40			2.81±.26							
Education	Elementary school	10	5.7	3.17±.41			2.49±.26			2.97±.27							
	Middle school	48	27.6	3.05±.34	.657	.580	2.30±.27	1.718	.165	2.89±.30	.334	.801					
	High school	94	54.0	3.04±.32			2.24±.38			2.91±.30							
	≥University	22	12.6	2.99±.33			2.30±.30			2.95±.37							
Married	128	73.6	3.05±.32	2.28±.33			2.92±.31										
Marriage	Bereavement	26	14.9	3.07±.34	.282	.889	2.27±.37	.326	.860	2.93±.28	.927	.449					
	Etc	20	11.5	2.97±.29			2.27±.29			2.74±.25							
	Care worker motivation	72	41.4	3.01±.60 ^a									2.50±.89			2.92±.20	
Care worker motivation	Economic problem	48	27.6	2.95±.46 ^a			2.30±.11			2.91±.32							
	Leisure or community service	33	19.0	3.00±.30 ^a	2.761	.029 [†] (a>b)	2.22±.31	.884	.475	2.85±.27	2.261	.065					
	Establishment of long-term care institution	10	5.7	3.11±.26 ^a			2.30±.37			2.90±.37							
	Etc	11	6.3	2.76±.33 ^b			2.20±.59			3.04±.28							
	Career (yr)	62	35.6	3.06±.35									2.21±.35 ^{ab}			2.89±.29	
Career (yr)	3~5	67	38.5	3.02±.33			1.036			.378			2.32±.33 ^a	3.112	.028 [†] (a>b)	2.87±.28	1.713
	6~8	33	19.0	3.09±.28	2.38±.33 ^a	3.00±.30											
	≥9	12	6.9	2.92±.30	2.13±.30 ^b	3.00±.48											
	Place of work	95	54.6	3.07±.29				2.30±.32				2.94±.32					
Place of work	Long-Term	72	41.4	3.00±.37	0.902	.408	2.24±.35	1.332	.267	2.87±.29	1.049	.353					
	Etc	7	4.0	3.11±.35			2.41±.58			2.96±.17							
	Working hours (hr)	84	48.3	3.08±.26									2.32±.32			2.95±.30	
Working hours (hr)	9~10	59	33.9	3.00±.39	0.625	.605	2.23±.33	0.974	.407	2.89±.33	0.718	.542					
	11~12	3	1.7	2.99±.24			2.37±.15			2.90±.12							
	≥13	28	16.1	3.03±.38			2.25±.44			2.86±.26							
	Income (ten thousand won)	43	24.7	3.06±.25									2.28±.29			2.89±.32	
Income (ten thousand won)	101~200	97	55.7	3.01±.37	.988	.374	2.26±.36	.546	.580	2.94±.31	.843	.432					
	≥201	34	19.5	3.10±.29			2.33±.37			2.86±.27							
	Number of care people	69	39.7	3.04±.26									2.28±.35			2.96±.30	
Number of care people	3~4	22	12.6	3.18±.30			2.36±.26			2.95±.29							
	5~6	21	12.1	3.06±.35	1.396	.228	2.31±.33	.694	.629	2.87±.24	1.046	.393					
	7~8	18	10.3	2.93±.40			2.17±.27			2.80±.31							
	9~10	25	14.4	3.01±.41			2.29±.34			2.89±.33							
	≥11	19	10.9	3.00±.35			2.24±.46			2.87±.34							
	Number of residents	60	34.5	3.05±.33									2.33±.35			2.91±.32	
Number of residents	11~30	64	36.8	3.05±.33			.539			.656			2.24±.38	.802	.494	2.93±.30	1.122
	31~100	43	24.7	3.05±.32	2.26±.29	2.86±.28											
	≥101	7	4.0	2.89±.30	2.27±.21	3.08±.34											

†p<.05

Table 3. Correlation among Variables

(N=174)

Classification	A	A1	A2	A3	A4	A5	B	B1	B2	B3	B4	C	D
Caring burden(A)	1												
<i>Time burden(A1)</i>	.617**	1											
<i>Developmental burden(A2)</i>	.654**	.125	1										
<i>Social burden(A3)</i>	.571**	.039	.269**	1									
<i>Emotional burden(A4)</i>	.383**	-.002	.069	.182*	1								
<i>Physical burden(A5)</i>	.513**	.134	.389**	.131	.112	1							
Somatic symptoms(B)	.157*	.013	.162*	.106	.154*	.036	1						
<i>Headache (B1)</i>	.062	-.035	.130	.004	.078	.038	.509**	1					
<i>Insomnia(B2)</i>	.134	.077	.097	.076	.160*	-.068	.508**	-.069	1				
<i>Cardiac symptoms (B3)</i>	.091	-.034	.074	.145	.049	.063	.742**	.288**	.087	1			
<i>Digestive symptoms (B4)</i>	.101	.012	.124	.017	.099	.063	.742**	.303**	.139	.424**	1		
Subjective well-being(C)	-.137	-.004	-.111	-.039	-.191*	-.126	-.110	-.035	-.113	-.030	-.094	1	
Perceived health(D)	-.080	-.123	.075	-.081	-.070	.016	.220**	.127	.114	.153*	.161*	.094	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 4. The effect of Caring burden on Somatic Symptoms and Subjective well-being

(N=174)

Classification	Somatic symptoms						Subjective well-being					
	B	SE	β	t	p	VIF	B	SE	β	t	p	VIF
	2.200	.287		7.671	.000		3.507	.268		13.105	.000	
Care worker motivation (Acquisition of certification vs Etc)	.327	.103	.493	3.175	.002	4.423	-.073	.096	-.118	-1.757	.450	4.423
Care worker motivation (Economic problem vs Etc)	.294	.106	.402	2.764	.006	3.885	-.200	.099	-.296	-2.020	.045	3.885
Care worker motivation (Leisure or community service vs Etc)	.249	.111	.299	2.247	.026	3.244	-.196	.103	-.255	-1.901	.059	3.244
Care worker motivation (Establishment of long-term care institution vs Etc)	.351	.139	.251	2.531	.012	1.800	-.139	.130	-.107	-1.073	.285	1.800
Caring burden	.152	.074	.153	2.064	.041	1.005	-.127	.069	-.137	-1.842	.067	1.005
	$R^2=0.085$, adj. $R^2=0.057$, $F=3.104$, $p=0.010$, $DW=1.660$						$R^2=0.070$, adj. $R^2=0.042$, $F=2.514$, $p=0.032$, $DW=2.119$					

* $p < .05$, ** $p < .01$

케어부담감은 신체증상과 양의 상관관계를 보였고($r=.157, p<.05$), 신체증상은 지각된 건강과 양의 상관관계를 보였다($r=.220, p<.01$). 즉, 케어부담감이 커질수록 신체증상은 증가하고, 신체증상이 증가할수록 지각된 건강은 좋지 않은 것으로 나타났다. 반면 케어부담감은 주관적 안녕과 지각된 건강 간에는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 각 하부요인별 상관관계는 케어부담감에서 정서적 부담은 주관적 안녕과 음의 상관관계를 보였고($r=-.191, p<.05$), 신체증상에서 소화증상은 지각된 건강과 양의 상관관계를 보였다($r=.161, p<.01$). 즉, 케어부담감에서 정서적 부담이 커질수록 주관적인 안녕 수준은 낮아지며, 신체증상에서 소화증상이 증가할수록 지각된 건강은 좋지 않은 것으로 나타났다.

3.4 케어부담감이 신체증상 및 주관적 안녕감에 미치는 영향

케어부담감이 신체증상에 미치는 영향을 알아보기 위해 연구대상자의 일반적인 특성에서 유의한 차이를 보였던 요양보호사 근무동기를 가변수 처리 한 후, 케어부담감과 함께 독립변수로 하고 신체증상을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다.

적합된 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며($F=3.104, p<.05$), 모형 설명력은 5.7%로 나타났고, 선정된 독립변수 중 요양보호사 근무동기가 자격증($p<.01$), 경제적 문제($p<.01$), 여가 및 봉사($p<.05$), 장기요양기관 설치($p<.51$), 케어부담감($p<.05$)은 신체증상에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 요양보호사 근무동기가 자격증 취득이나 경제문제 해결, 여가 및 봉사, 장기요양기관 설치를 목적으로 하는 경우와 케어부담감이 높을수록 신체증상도 증가하는 것으로 나타났다.

케어부담감이 주관적 안녕에 미치는 영향을 알아보기 위해 연구대상자의 일반적인 특성에서 유의한 차이를 보였던 요양보호사 근무동기와 요양보호사 경력을 가변수 처리 한 후, 케어부담감과 함께 독립변수로 하고 주관적 안녕을 종속변수로 하여 다중회귀 분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다.

적합된 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며($F=2.514, p<.05$), 모형 설명력은 4.2%로 나타났고, 선정된 독립변수 중 요양보호사 근무동기가 경제적 문제($p<.01$)인 경우 주관적 안녕에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 요양보호사 근무동기가

경제적 문제인 경우 주관적 안녕이 감소하는 것으로 나타났다. 그러나 케어부담감은 지각된 건강에 유의한 영향을 미치지 않았다.

4. 논의

본 연구는 노인인구의 증가와 더불어 가파르게 상승하는 치매환자를 가족들을 대신해 시설 및 재가 장기요양서비스를 통해 돌보고 있는 요양보호사의 케어부담감을 알아보고, 케어부담감이 신체증상과 건강지각에 미치는 영향을 확인함으로써, 요양보호사의 부담감을 감소시킬 수 있는 효과적인 전략방안을 모색하기 위한 기초자료 제공에 기여하고자 시도하였다.

연구대상자의 치매환자 케어부담감은 3.66점(1-5)으로 중간이상의 부담감을 느끼는 것으로 나타났다. 요양보호사를 대상으로 케어부담감을 조사한 Youn[25]의 연구에서는 2.56점(1-4), Kim[26]은 2.66점(1-4)으로 나타났다. 치매가족들을 대상으로 조사한 Song et. al[27]의 연구에서는 1.51점(1-4), Park[28]은 3.5점(1-5), Oh & Suh[29]는 3.14점(1-5)으로 나타나 본 연구대상자들은 선행연구의 요양보호사와 치매가족의 부담감보다 높았다. 그동안 우리나라는 가족부양이라는 오랜 유교적 관습에 따라 노인들의 수발을 가족들이 부담해 오다가 노인장기요양보험 제도를 시행하면서 요양보호사가 치매환자들에게 가족들을 대신해 일상생활을 지원하는 서비스와 가족이 제공하기 어려운 전문서비스를 제공하고 있다. 시설서비스의 경우 만성질환을 앓고 있거나 일상생활수행이 어려운 노인들을 대상으로 목욕시키기, 대소변 처리, 안전관리, 대상자이동(치료동행), 체위변경 등을 제공하고 있다. 재가서비스는 신체지원 활동과 함께 취사, 청소, 세탁, 병원동행 등의 신체를 돌보는 서비스를 제공하면서 침구나 린넨교환, 물품관리 등 가정에서 수행하는 일상업무 보조역할이 추가되어 간병인 업무보다 다양하며 광범위하게 서비스를 제공하고 있다[7]. 또한 재가서비스 제공 시 50%이상은 손님접대, 김장, 농사일 등 서비스 외의 업무를 강요받고 있다. 또한 관장, 석션, 드레싱, 배뇨관 삽입 등 의료처치를 요구 받는 등 역할범위를 벗어난 지나친 업무를 수행해야 하는 경우가 빈번하게 발생하여 요양보호사들의 부담이 과중해지고 있다. 요양보호사는 대부분 50~60대 중·고령층으로 장시간 환자간병과 함께 환자이동시 등 고강도, 고위험 노동으로 인해 빈번하

게 근골격계 질환에 노출되고 있으며, 실제 90~98%가 근골격계 질환이 있는 것으로 알려지고 있다[7]. 더불어 서비스 이용자나 가족들의 비인격적 대우, 돌봄 노동에 대한 저평가로 인해 자존감이 저하되어 직무스트레스에 심각하게 노출되어 있다[30]. 본 연구대상자들은 시설서비스 41.4%, 재가서비스 54.6% 종사하면서, 50대 이상의 고 연령층이 84.4%나 포함되어 있고, 일일 돌봄 인원 60% 이상이 3-4명이상이다. 또 8시간 이상 근로시간이 51.5%로 장시간 근로를 하면서 신체적, 정신적으로 허약한 노인들을 가장 밀접한 관계에서 돌보는 것에 높은 부담감을 느낀 것으로 생각된다.

본 대상자들이 가장 힘들어하는 부담감은 시간적 부담감으로 “중상”(3.94점)의 부담감을 느끼고 있었다. 이는 Park[28]의 연구에서 시간적 부담감이 높게 나타나 본 연구와 일치하였다. 시간적 부담감은 대상자 보호나 간호로 인한 시간활용의 제한을 의미하는 것으로[18], 부양활동으로 인한 시간상의 제약으로 경험하는 부담을 말한다. Park[28]은 치매의 특성상 인지능력의 저하와 실행증, 실인증, 문제행동 등의 증상으로 집중적인 돌봄과 보호를 필요로 함으로써 부양자들의 시간적 부담감이 높게 나타난다고 하였다. 이 연구에서 요양보호사들도 치매노인을 안전하게 부양하기 위해 가장 가까운 곳에서 끊임 없이 지켜보면서 많은 시간을 할애함으로써 개인적 시간과 자유 시간을 전혀 갖지 못하게 되는 등 개인적인 활동의 제한을 받아 시간적 부담을 높게 느낀 것으로 추정된다.

연구대상자들은 의외로 신체적 부담감은 낮게 느끼는 것으로 나타났다. 신체적 부담감은 수면부족이나 피로감 등 건강상의 문제를 말하는 것으로 고강도의 신체요양 업무와 일상생활을 유지할 수 있도록 필요한 각종 서비스를 제공하면서 업무에 대한 난이도와 강도로 인해 나타나는 부담감을 말한다. 이로 인해 시설 요양보호사의 42%, 재가 요양보호사의 24%가 업무와 관련된 근골격계 증상을 호소하는 등 신체적 부담감을 나타내고 있다[31]. 본 연구대상자들은 업무의 강도는 높으나 2년이상 경력자가 64.4%로 높은 비율을 나타내고 있어 대상자에 대한 신체지원활동은 지속적으로 반복하는 업무로 어려움 없이 능숙하게 할 수 있는 일로 인식하여 신체적 부담을 덜 느끼는 것으로 보여진다. 이러한 부양감이 지속될 경우 요양보호사들은 직업에 대한 만족감 저하로 효과적인 역할 수행을 기대하기 어려워 전문 직업인으로서의 발전을 저해하게 되므로 부담감을 완화시켜줄 수 있는 방안

마련이 필요하다고 보겠다.

한편 케어부담감은 신체증상과 높은 상관관계를 보였고, 신체증상은 지각된 건강과 밀접한 관련성을 보였다. 즉, 연구대상자들은 치매환자에 대한 케어부담감이 커질수록 신체증상은 증가하고, 신체증상이 증가할수록 건강에 대한 지각은 좋지 않은 것으로 나타났다. 이는 Oh & Suh[29]의 연구에서 치매환자 부양 스트레스는 신체증상 및 지각된 건강과 유의한 상관관계가 있어 본 연구와 흐름을 같이 하였다. 돌봄 제공자들은 부양부담이 증가할수록 피로감으로 인한 여러 가지 신체증상이 증가하게 되고, 이런 증상들에 근거하여 부담과 스트레스가 심한 경우 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 것으로 여겨진다. 이처럼 치매환자 부양스트레스는 부양자 개인을 긴장하게 하고 피로를 느끼게 하며, 이러한 신체화(somatization) 반응들이 신체증상으로 나타나는 것이다. 본 연구대상자들도 치매환자 간호에 대한 부담감으로 불면증과 두통, 소화장애 등의 신체증상을 경험하면서 자신이 건강하지 못하다고 생각하는 것으로 볼 수 있다. Lee et. al.[32]은 많은 선행연구들에서 부양자의 건강상태는 부양부담과 밀접한 관련성을 나타내고 있으며, 부양자들은 자신들의 건강이 부양으로 나빠지는 것을 염려하고 있으므로 치매 노인 부양자들의 건강증진을 위한 서비스 개입이 필요하다고 본다.

요양보호사의 신체증상은 3.04점(1-5)으로 “중간”이상으로 나타났으며, 불면증이 3.38점으로 가장 높게 나타났고, 심장증상이 2.77점으로 가장 낮았다. 선행연구가 부재하여 연구결과 분석에는 제한점이 있으나 치매가족들을 대상으로 연구한 Chun[15]의 연구에서 주부양자의 신체증상이 치매환자를 주간보호센터에 이용하도록 한 경우 “하”수준(28.90점)의 신체증상이 있는 것으로 나타나 본 대상자들의 신체증상 점수가 더 높았다. 신체증상은 내재한 무의식적인 신경증적 갈등을 신체증상으로 표현하는 것으로, 기질적인 병리조건과 근거가 없는 신체적 제반 증상들을 의미한다. 이러한 신체증상은 다양한 스트레스요인과 그것에 의해 발생하는 주관적인 스트레스 경험을 통해 발생하게 된다[33]. 본 대상자들에게 치매환자를 돌보는 것은 긴장과 피로를 느끼게 하며, 신체적, 심리적으로 부정적으로 작용하여 신체화 반응으로 나타나고 있음을 의미한다. 노인요양시설에는 실제 가정에서 돌보기 어려운 문제를 가진 노인들이 입소하므로 노인요양시설에서 서비스를 제공받고 있는 대상자는 재가서비

스를 받는 노인들에 비해 일상생활수행능력이 더 떨어지며, 전문적인 서비스를 필요로 하는 경우가 더 많고, 의존도가 높은 중증 환자들이다[2]. 따라서 Chun[15]의 연구 대상자인 재가대상자는 노인요양시설 입소대상자보다 상대적으로 중정도가 떨어지는 것으로 볼 수 있다. 또 여러 선행연구[34]에서 요양시설에 근무하는 요양보호사는 교대근무와 야간근무로 하루 24시간 노인을 돌봐야 하는 부담감과 함께 인력 부족과 시설 평가 등으로 인한 행정 업무 가중 때문에 직무스트레스가 더 높게 나타난다고 한다. 그러므로 요양시설에서 근무하는 요양보호사 41.4%가 포함되어 있는 본 연구대상자들은 중정도가 높은 대상자 수발과 직무스트레스가 복합되어 신체증상이 더 심하게 나타나는 것으로 추정된다. 이렇듯 시설과 재가에 근무하는 요양보호사들의 직무는 대상자 특성에 따라 차이가 있으므로 케어부담감도 차이가 있을 것으로 사료되므로 시설과 재가를 구분하여 요양보호사의 케어 부담감을 파악할 필요가 있겠다.

본 대상자들의 경우 이러한 신체증상은 요양보호사 근무동기가 명확할 때 더 높게 나타나고 있으며, 요양보호사 근무동기는 신체증상에 커다란 영향을 미치는 것으로 나타났다. 요양보호사 근무동기가 경제적인 문제 해결이나 향후 장기요양기관 설치를 위한 준비 등 미래 계획을 위한 것으로 명확한 경우 힘이 들어도 요양보호사 일을 그만두지 못하고 계속해서 근무를 해야하기 때문에 이러한 스트레스로 인해 신체증상이 나타나는 것으로 여겨진다. 실제 여러 기존연구[35]에서 요양보호사의 근무동기가 자녀교육, 노후대책 마련을 위한 미래준비 등으로 명확할 경우 직무스트레스가 더 높게 나타난다고 하였다. 또 케어부담감은 본 대상자들의 신체증상 발생에 뚜렷한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 요양보호사들은 요양서비스 업무수행 중 겪게 되는 어려움 외에 낮은 임금 및 불확실한 신분보장, 장시간 근로 등 열악한 근무환경과 불안정한 고용형태 등으로 부담감이 심화되기 때문으로 판단된다[8]. 실제 본 연구대상자들은 80.4%가 200만원 이하의 낮은 급여를 받고 있는 실정이다. 2018년 4월말 기준 요양보호사 자격자는 1,516,800명이고 실제로 근무하고 있는 요양보호사는 378,000명으로 전체의 24.9%에 지나지 않는다[36]. 이로 인해 노인요양시설에서는 요양보호사를 채용하지 못하는 심각한 구인난을 겪고 있는 현상이 발생하고 있다[37]. 따라서 요양보호사들의 이직을 방지하고 서비스 질을 향상시키기 위해서는

열악한 근로환경 개선과 함께 건강증진 프로그램을 개발하고 적용하여 케어부담감으로부터 적극적으로 대처할 수 있는 역량을 강화시키는 것이 중요할 것으로 사료된다.

연구대상자들이 지각하는 건강은 2.28점(1-4) “중간” 수준으로 나타났다. 이는 요양보호사를 대상으로 건강지각을 조사한 Jeong[35]의 연구에서 건강지각이 2.92점(1-4), Seo et. al.[38] 연구에서 55.2점(2-80) “중상”으로 나타났고, 간호사를 대상으로 연구한 Lim[39]의 연구에서 임상간호사는 54.6점(2-80), 보건간호사는 53.9점(2-80)으로 “중상”으로 나타나 본 연구대상자들은 다른 연구의 요양보호사 및 간호사보다 스스로의 건강이 좋지 않은 것으로 지각하고 있었다. 기존 연구[35,38,39]는 Ware[40]의 도구로 지각하는 건강을 측정하였고, 이 도구는 점수가 높을수록 지각하는 건강 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구는 Hahn & Jang[22]이 개발한 도구로, 점수가 높을수록 지각하는 건강이 낮은 것을 의미하기 때문에 단적으로 비교하기에는 제한점이 있지만 본 대상자들의 건강이 선행연구 대상자들보다 좋지 않은 것으로 평가된다.

또 본 연구대상자들의 케어부담감은 지각된 건강에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 지각된 건강은 개인의 주관적인 생각에 의해 결정되는 인간의 심리적 변수를 말하며, 건강행위를 결정짓는 중요한 요소가 된다. 이 연구의 요양보호사들은 중년이상의 연령에 비해 고강도의 부담스러운 업무임에도 불구하고 요양 서비스에 대한 책임감과 봉사정신으로 대상자를 돌보기 위해 자신이 건강하지 않으면 수행할 수 없는 일이라고 생각하면서 “중간” 정도의 건강을 유지하고 있다고 이해된다.

또 본 대상자들은 요양보호사 경력에 따라 지각하는 건강에 차이가 있었으며, 3-5년과 6-8년의 경력을 보유한 요양보호사가 9년의 경력을 가질때보다 건강이 더 좋지 않다고 생각하고 있었다. 이는 대부분의 기존연구[35,38]에서 근무경력에 따라 건강인식에 유의한 차이가 나타나지 않아 본 연구와 차이가 있었다. 지각된 건강은 객관적인 평가보다 개인의 주관적인 건강지각이 더욱더 신뢰되는 것으로 보고되고 있다. 본 대상자들은 요양보호사의 업무에 대해 경력이 쌓이면서 숙련성이 증가하여 케어부담감에 대한 대처능력이 증가하기 때문에 경력이 낮을 경우 신체적, 심리적 부담감으로 인해 건강이 더 좋지 않다고 생각하는 것으로 이해된다.

연구대상자들의 삶에 대한 만족감은 2.91점(1-5)으로 만족감이 중간이하로 나타났다. 이는 치매가족들을 대상으로 연구한 Park(2012)의 연구에서 주관적 안녕감이 3.47점(1-6)으로 중간이상으로 나타나 본 연구대상자의 삶의 만족감이 더 낮았다. Park[28]의 연구에서는 General Wellbeing Schedule[41] 도구로 측정하여 점수가 높을수록 안녕감이 높다는 것을 의미하고, 본 연구는 Cambell[23]의 주관안녕 척도를 Hahn & Jang[24]이 개발한 도구로 측정하여 점수가 높을수록 안녕감이 낮은 것을 의미한다. 안녕감은 주관적인 자신의 삶에 대한 만족으로 부양부담에 대한 주관적인 감정과 개인의 내적 상태에 대한 감정을 말한다. 본 연구에서는 모든 변수에서 일반적 특성에 따라 주관적 안녕감에 유의한 차이가 없었지만 Park[28]의 연구에서는 부양자가 배우자외, 부양시간이 짧을수록 안녕감이 높은 것으로 나타났다. 따라서 요양보호사의 케어부담감의 경감을 위해서는 일일 부양시간을 감소시켜주는 것이 중요할 것으로 사료되며, 요양보호사의 근무 중 12시간, 24시간 근무형태는 재검토를 고려할 필요가 있다. 또한 요양보호사 근무동기는 본 대상자들의 삶의 만족도에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연구대상자들은 93.7%가 요양보호사 자격증을 취득한 동기가 명확할 뿐 아니라 69%는 학력과 나이에 제한이 없고, 경제적인 문제 해결을 위해서 요양보호사로 근무를 하고 있다고 응답하여 치매환자로부터 신체적, 언어적 폭력과 일상생활지원에 대한 케어부담감은 있지만 요양보호사로 근무를 할 수 있다는 것에 어느 정도 만족감을 느끼고 있는 것으로 생각된다. 또 본 대상자들은 정서적 부담감이 커질수록 주관적 안녕감이 낮아지는 것으로 나타나 기존 선행연구[28]의 결과를 지지하는 것으로 나타났다. 재가서비스의 경우 공적 서비스임에도 불구하고 파출부 업무로 인식되어 가정에서 수행하는 일상보조업무를 추가로 요구하여 업무가 가중되거나, 또 가족들이 비인격적 대우를 할 경우 돌봄 노동에 대한 저평가로 인해 자존감이 저하되면서 케어부담감을 경험하게 된다. 이러한 정서적 부담감은 요양보호사의 직무 만족감을 저하시키면서 안녕감이 낮아지는 것으로 이해된다[42,43]. Oh & Suh[29]는 치매 부양자는 치매환자에 대한 케어부담감으로 스트레스가 심할 경우 스스로를 건강하지 않은 것으로 인식한다고 하였다. Seo et.al[16]의 연구에서도 부양스트레스는 주관적 건강상태와 밀접한 관련성이 있음을 제시하였다. 따라서 요양보호사들의 안

녕감을 증진시키기 위해서는 사회적으로 요양보호사를 서비스 제공자로서 인식하는 환경 조성과 함께 케어부담감을 스스로 극복하여 안심하고 서비스를 제공할 수 있도록 다양한 대처전략을 마련하는 것이 필요하다고 본다.

급변하는 사회변화와 의료기술의 발전으로 인간의 기대수명이 늘어나면서 노인인구가 급격히 증가하고 있다. 따라서 증가하는 노인만큼 노인을 수발할 돌봄 인력 또한 갈수록 필요해지고 있어 전문인력 양성에 대한 수요가 절실히 요구 되고 있다. 이러한 점에서 요양보호사는 현재 우리사회 가족의 가장 큰 문제인 노인에 대한 부양 부담 뿐만 아니라 장기요양 대상자에게 필요한 서비스를 제공하면서 사회적으로 전반적인 역할구조에 좋은 영향을 미치고 있다. 요양보호사는 특성상 여성이 대부분이고, 50대 이상 고 연령층과 기혼이 많다. 또 경제적으로 가계의 보탬이 되기 위해 요양보호사 업무를 하는 집단의 비율이 높다는 점에서 장기요양서비스 제공에서 핵심 인력인 요양보호사의 효과적인 역할 수행을 기대하기 위해 이들의 건강상태에 대한 관심은 지속적으로 이루어져야 할 것으로 보인다. 본 연구는 이러한 의미에서 지금까지 간과되었던 요양보호사의 케어부담감이 실제 신체적, 정신적으로 건강상태에 미치는 영향요인을 알아보았다는 것에 의의를 둘 수 있다.

이와 같은 연구결과에도 불구하고 본 연구는 아래와 같은 제한점이 나타났다. 본 연구 대상자는 S시와 G지역의 노인요양시설 및 재가복지센터를 통해 장기요양서비스를 제공하고 있는 요양보호사 중 편의 추출하여 연구를 수행하였으므로 전체 요양보호사에 해당되는 결과는 아니므로 연구결과 해석에 주의가 필요하다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 노인 장기요양서비스 현장에서 주도적으로 서비스를 담당하고 있는 요양보호사의 케어부담감을 구체적으로 알아보고, 이러한 부담감이 실제 신체와 정신적 건강에 미치는 영향을 확인해 보았다.

요양보호사들은 대상자를 돌보면서 중간이상의 케어부담감을 느끼고 이로 인해 불면증과 두통 등 신체적 증상으로 스스로 건강이 좋지 않다고 생각하고 있었으며, 삶의 만족도 또한 낮게 나타나고 있다. 이와 더불어 직업에 대한 불만족으로 대상자의 서비스 질이 저하되고,

이직율이 증가하는 등 서비스 현장의 구인난까지 양산되고 있는 실정에 있다. 그러므로 노인 장기요양서비스의 발전을 도모하고 대상자들에게 질적 서비스 향상을 위해서는 이들의 건강증진을 위한 노력을 심도 깊게 고려할 필요가 있을 것으로 사료된다.

본 연구결과를 근거로 요양보호사의 근무지에 따른 즉, 시설서비스와 재가서비스 제공에 따라 발생하는 부담감에 차이가 있는지를 파악해보는 연구를 수행할 것을 제언하며, 또한 요양보호사의 부담감을 측정할 수 있는 도구를 개발하여 반복연구를 수행해 볼 필요가 있다.

REFERENCES

- [1] H. Y. Jung. (2017). *1 Million dementia patient in 2024 ... annual saving 5 billion by Early treatment*. Seoul News Paper. Retrieved October 2, from <http://www.seoul.co.kr/news/>
- [2] H. N. Lee & K. J. Cho. (2013). Analysis on emergency care to the patients with acute myocardial infarction in pre-hospital and in-hospital phase. *The Korean Journal of Emergency Medical Services*, 17(1), 21-39. <https://dx.doi.org/10.14408/kjem.2013.17.1.021>
- [3] L. Burgess & S. Page. (2003). Educating nursing staff involved in the provision of dementia care. *Nursing Times*, 99(46), 34-37. <https://pdfs.semanticscholar.org/>
- [4] International Psychogeriatrics Association.(2002). *BPSD Educational Pack. Module 1. An Introduction to BPSD*. Retrieved October 3, from <http://www.ipa.online.org/>
- [5] S. W. Yoon & S. A. Ryu. (2015). Impact of Dementia Knowledge, Burden from Behavioral Psychological Symptoms of Dementia and Empathy in the Caring Behavior of Certified Caregivers in Nursing Homes. *Korean Journal of Research in Gerontology*, 17(3), 131-141. <http://doi.org/10.17079>
- [6] Y. H. Lee. (2003). *Dementia Patient's Aggressive Behavior and a Coping Behavior of Dementia Care-worker who Experienced it*. Unpublished master' thesis, Kosin University, Pusan.
- [7] C. Y. Cho. (2007). A study on securing professionalism of caregivers in long-term care insurance system for the elderly. *Korean Journal of Research in Gerontology*, 16, 9-40.
- [8] E. J. Seo & S. Y. Kim. (2012). Workplace Violence Experiences among Care Helpers. *The Korean Academic Society of Adult Nursing*, 24(6), 607-614. <http://dx.doi.org/10.7475>
- [9] C. Anderson. (2002). Workplace violence are some nurses more vulnerable?. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 351-366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12036494>
- [10] K. S. Shaji, R. K. George, M. J. Prince & K. S. Jacob. (2009). Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(1), 45-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
- [11] Pusan Senior Citizen Welfare Facility Human Resource Support Center. (2013). *Health and working environment of caregiver Research on improvement*. Pusan.
- [12] S. B. Lee. (2015). *Factors associated with care burden in occupational caregivers of patients with dementia*. Unpublished master' thesis, Catholic University of Daegu. Daegu
- [13] A. Edberg, M. Bird, D. A. Richards, R. Woods, P. Keeley & V. Davis-Quarrell. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging and Mental Health*, 12(2), 236-243. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18389404>
- [14] T. J. Lee & W. H. Park. (2012). Influencing factors on service quality of care helpers working for the elderly in long term care. *Korea Journal Occupation Health Nursing*, 21, 145-153.
- [15] K. I. Chun. (2007). *The Caregivers' Burden, Physical and Mental Health with Senile Dementia Patients using Day Care Center*. Unpublished master' thesis, Sahmyook University. Seoul.
- [16] K. H. Suh & W. L. An. (2009). Dementia Caregivers' Stress, Stress Response and Physical /Mental Health : Focused on the Moderate Effect of Self-Efficacy. *The Korean Society of Stress Medicine*, 17(2), 111-120.
- [17] E. S. Oh & K. H. Suh. (2007). Caregivers' burdens with demented family member, stress responses, and their physical health. *Korean Journal Health Promotion and Disease Prevention*, 7, 253-260.
- [18] M. Novak & C. Guest. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803. <https://academic.oup.com/gerontologist/article-pdf>
- [19] P. S. Ma. (1999). *A study of the people in charge of the demented: Especially people in the day care center or short stay service*. Unpublished master' thesis, Ehwa

- Women's University. Seoul.
- [20] K. K. Chon. (1999). A Preliminary Study on Anger. *Rehabilitation Psychology Research*, 6(1), 173-191.
- [21] J. B. Ryu. (2000). *The relationships between multidimensional aspects of anger and physical symptoms*. Unpublished master' thesis, Daegu University. Daegu.
- [22] D. W. Hahn & E. Y. Jang. (2003). Effects of Social Comparison Motive and Forced Social Comparison upon Subjective Well-being and Health Perception. *Korean Journal of health psychology*, 8, 619-644.
- [23] A. Cambell. (1981). *The sense of well-being in America*. McGraw-Hill, New York.
- [24] D. W. Hahn & Y. P. Seung. (2002). Predictions of subjective well-being, health perception and physical illness from emotional experiences in everyday life. *Korean Journal of health psychology*, 7, 403-427.
- [25] S. C. Youn. (2014). *Care Worker's Knowledge of Dementia and Care Burden on its Disturbing Behaviors*. Unpublished master' thesis, Gyeongsang National University. Gyeongnam.
- [26] H. S Kim. (2014). *Relationship between the Knowledge of Dementia and the Burden of Problematic Behavior of Long-term Care Hospital Caregiver*. Unpublished master' thesis, Catholic University of Pusan. Pusan.
- [27] J. A. Song, J. W. Park & H, J. Kim. (2013). Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Caregiver Burden in Nursing Homes. *Korean Gerontological Nursing Society*, 15(1), 62-74.
- [28] H. K. Park. (2012). *A Study on Caring Burden, Coping Style and Well-Being of Caregivers for Dementia Elderly*. Doctoral dissertation, Yeungnam University. Gyeongbuk.
- [29] E. S. Oh & K. H. Suh. (2007). Caregivers' Burdens with Demented Family Member, Stress Responses, and their Physical Health. *Korean Journal Health Promotion Disease Prevention*, 7(4), 253-260.
- [30] J. W. Kim, E. S. Song & C. Y. Kim. (2016). Health risk and intervention of long-term care givers: Realist review in realist perspective. *Health and Social Welfare Review*, 36(2), 421- 453.
<https://www.researchgate.net/.../>
- [31] Institute of Medical & Welfare Resources. (2010). *Survey on the musculoskeletal disease of care helpers*. Seoul.
- [32] E. H. Lee.(1997). *Social Work Intervention strategy to Relieve the Burden of Family Care givers with Senile Dementia Patients*. Doctoral dissertation. Pusan University. Pusan.
- [33] V. Deary, T. Chalder & M. Sharpe.(2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 781-797.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17822818>
- [34] S. O. Lim, & H. H. Kim. (2011). The moderating effects of professional identity on the relationship between job stress and burnout of care workers from care facilities. *Journal of Korean Social Welfare Administration*, 13(3), 151-176.
- [35] S. H. Jeong. (2010). *The Relationship of Health perception, Job stress and Job satisfaction of Caregiver*. Unpublished master' thesis, Kongju National University. Chungnam.
- [36] Korea Caregivers Service Association. (2015). *Status of nursing care workers by national trial*. Seoul.
- [37] Asian Economy Newspaper. (2015). *Treatment of care workers should be the first priority 2015. 3.26*.
- [38] Y. J. Seo, B. W. Kim, Y. E. Song, J. W. Kom & H. Chang. (2012). Difference in Musculoskeletal Symptoms and Health Perception and Health Promotion Behavior of Caregivers by Rehabilitation Hospital. *Journal of the Korean society for Wellness*, 7(4), 25-34.
- [39] K. A. Lim. (2001). *An Analytical Study on the Health Perception and Health Promotion Behavior between Hospital Nurses and Public Health Nurses*. Unpublished master' thesis, Yonsei University. Seoul.
- [40] J. E. Ware. (1978). *Health perception questionnaire instruments for measuring nursing practice and other care variables*. Hyattsville, Maryland, DHEW Publication, 158-161.
- [41] H. J. Dupuy. (1978). *Self-representations of general psychological well-being of American adults*. Paper presented at American Public Health Association Meeting. LosAngeles.
- [42] Y. J. Lee. (2018). Gender differences in Factors Associated with the Severity of Depression in Middle-aged Adults: An Analysis of 2014 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(10), 549-559.
<https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.10.549>
- [43] Y. J. Lee. (2018). A Convergence Study on Factors Influencing Work-Life Balance in Foreign Workers. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(10), 477-485.
<https://doi.org/10.15207/JKCS.2018.9.10.477>

김 순 옥(Kim, Soon Ok)

[정회원]



- 1992년 8월 : 중앙대학교 일반대학원 (간호학 석사)
- 2011년 8월 : 이화여자대학교 일반대학원(간호학 박사)
- 2011년 10월 ~ 2012년 8월 : 경북대학교 간호학과 조교수
- 2012년 9월 ~ 2014년 2월 : 대구보건대학교 간호학과 조교수
- 2014년 3월 ~ 현재 : 신한대학교 간호학과 조교수
- 관심분야 : 사회과학 및 교육컨텐츠 개발
- E-Mail : 200061@shinhan.ac.kr