



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

여성 가족 돌봄 제공자의
건강수준과 의료이용 관련요인

Female Informal Caregiver's Health and Health Care Use

2017년 2월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
경민정

여성 가족 돌봄 제공자의
건강수준과 의료이용 관련요인

지도교수 김 홍 수

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2016년 11월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
경 민 정

경민정의 석사학위논문을 인준함

2016년 12월

위 원 장 조 병 희 (인)

부 위 원 장 이 태 진 (인)

위 원 김 홍 수 (인)

국 문 초 록

급속한 고령화와 부양의식의 쇠퇴에 따른 공적 돌봄 요구의 증가로 2008년부터 노인장기요양보험제도가 시행되었으나 비공식 돌봄 영역에 대한 지원 부족으로 여전히 가족의 돌봄 부담이 높으며 그중에서도 특히, 여성의 돌봄 집중현상은 해소되지 않고 있다.

따라서 본 연구는 Pearlin et al(1990)의 스트레스 과정모델에 근거하여 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지가 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준과 의료이용에 미치는 영향을 파악함으로써 여성 가족 돌봄제공자의 건강수준 향상 및 의료이용 경감 방향을 모색하고자 수행되었다.

본 연구에서는 고령화연구패널 1-4차년도 자료를 사용하였고 배우자, 딸, 며느리에 해당하는 여성 가족 돌봄 제공자 137명에 대한 331건의 관측치를 분석대상으로 선정하였다. 건강수준은 우울, 주관적 건강상태, 통증의 세 갈래로 분류하여 측정하였으며 의료이용은 외래서비스 이용여부와 횟수로 Two part model을 사용하여 분석하였다. 가설검정을 통해 모형의 적합도를 검정한 뒤 여성 가족 돌봄제공자의 우울과 주관적 건강상태 관련요인은 합동로짓모형을 사용하였고 통증, 의료이용 유무와 의료이용 횟수 영향요인은 확률효과모형을 사용하였다.

분석결과, 돌봄 제공자의 우울 수준에 영향을 미치는 요인으로는 돌봄 대상자의 연령, 인지기능, 돌봄 제공자의 만성질환과 거주지가 있었다. 돌봄 대상자의 연령이 많고 인지기능이 높을수록 우울수준은 감소했으며 이를 통해 65세 미만자 혹은 치매환자를 돌보는 가족원에 대한 정서적 지지의 필요성을 확인할 수 있었다. 또한, 돌봄 제공자가 복합만성질환자이며 중소도시 거주자인 경우 우울수준이 증가하여 예방차원의 만성질환 관리가 필요함을 시사했다.

돌봄 제공자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로는 돌봄 대상자의 인지기능, 돌봄 제공자의 연령, 가구소득, 만성질환, 사회참여 여부가 있었다. 돌봄 대상자의 인지기능이 높을수록 주관적 건강상태를 긍정적으로 인지하는 것으로 나타났으며 치매환자를 돌보는 가족원에 대한 정서적 지지와 더불어 다양한 돌봄부담 완화 프로그램이 마련되어야 함을 알 수 있었다. 반면, 돌봄 제공자의 연령이 많고 가구소득이 적을수록 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 것으로 나타나 취약계층에 대한 건강관리의 필요성을 제시하였다. 또한, 복합만성질환군 및 사회활동 비참

여군에서도 주관적 건강상태를 부정적으로 인지하였다.

돌봄 제공자의 통증 관련요인은 돌봄 제공자의 가구소득과 만성질환으로 확인되었다. 즉, 돌봄 제공자의 가구소득이 낮고 복합 만성질환자인 경우 통증을 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다.

Two part model에 따라 의료이용 여부를 분석한 결과, 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하고 통증경험이 있는 돌봄 제공자군에서 외래서비스를 이용할 확률이 높았다. 이는 실질적인 의료욕구에 따라 외래서비스 이용 여부가 결정된다는 기존의 선행연구와 일치하는 결과였다. 이차적으로 외래서비스 이용 경험이 있는 군을 대상으로 외래서비스 이용 횟수 관련 요인을 측정한 결과 돌봄 대상자의 교육수준, 돌봄 제공자의 교육수준, 거주지역, 만성질환, 주관적 건강상태가 유의한 요소로 나타났다. 돌봄 대상자와 돌봄 제공자의 교육수준이 낮을수록 외래서비스 이용 빈도가 증가하였으며 중소도시 거주자 및 복합만성질환군, 가구소득이 낮은 집단에서도 외래서비스 이용 횟수가 증가하였다. 이 같은 결과를 통해 취약계층에 대한 건강관리 건강수준 향상에서 나아가 의료이용 빈도 경감에도 영향을 미친다는 사실을 예측할 수 있었다.

이상의 분석을 통해 만성질환의 보유가 건강수준은 물론 의료이용과도 상관관계가 있음을 확인하였으며 만성질환 예방관리의 필요성을 시사했다. 또한, 돌봄 대상자의 인지기능이 낮을수록 돌봄 제공자의 우울수준이 높고 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 위험이 컸으며 돌봄 제공자의 연령이 높을수록 주관적 건강상태를 부정적으로 인지하는 것으로 나타나 치매환자를 돌보는 가족원과 고령 돌봄 제공자에 대한 돌봄부담 완화 프로그램이 제공되어야 함을 확인할 수 있었다.

본 연구는 횡단면 자료를 활용하여 건강수준 관련요인을 분석해왔던 선행연구와 달리 대표성 있는 표본을 사용하여 패널분석을 시도하였으며 여성 가족 돌봄 제공자를 분리하여 건강수준과 의료이용 관련요인에 대해 실증적으로 분석하였다는 데에 의의가 있다. 이상의 연구결과를 통해 고령의 돌봄 제공자와 치매노인을 돌보는 가족원에 대한 장기요양 서비스 내실화 정책과 예방차원의 건강관리체계를 강화하고 일상생활지원 중심으로 운영되던 기존의 서비스 방향을 정서적, 사회적 부분까지 확대할 필요성을 절감할 수 있다.

주요어 : 가족 돌봄 제공자, 여성, 건강수준, 의료이용, 패널분석
학 번 : 2013-23577

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구의 배경 및 필요성	1
제 2 절 연구 목적	4
제 2 장 문헌고찰	5
제 1 절 이론적 배경	5
제 2 절 여성 가족 돌봄 제공자	8
제 3 절 여성 가족 돌봄 제공자의 건강 관련요인.....	11
제 4 절 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용 관련요인.....	15
제 3 장 연구방법	18
제 1 절 자료원 및 연구대상	18
제 2 절 변수 정의 및 측정	20
제 3 절 분석 방법	24
제 4 장 연구결과	27
제 1 절 연구대상자의 일반적 특성	27
제 2 절 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 및 의료이용.....	29
제 3 절 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 관련요인.....	30
제 4 절 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용 관련요인.....	42
제 5 장 결론 및 고찰	47
참고문헌	53
Abstract	62

표 목 차

[표 1] 연구의 변수	23
[표 2] 연구대상자의 일반적 특성	28
[표 3] 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 및 의료이용 특성.....	29
[표 4] 여성 가족 돌봄 제공자의 우울 관련요인(단변량)	31
[표 5] 여성 가족 돌봄 제공자의 우울 관련요인(다변량)	33
[표 6] 여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태 관련요인(단변량)	35
[표 7] 여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태 관련요인(다변량)	37
[표 8] 여성 가족 돌봄 제공자의 통증 관련요인(단변량)	39
[표 9] 여성 가족 돌봄 제공자의 통증 관련요인(다변량)	41
[표 10] 여성 가족 돌봄 제공자의 외래이용 관련요인(단변량)	43
[표 11] 여성 가족 돌봄 제공자의 외래이용 관련요인(다변량)	46

그 립 목 차

[그림 1] Pearlin et al(1990)의 스트레스 과정모델에 근거한 연구모형	7
---	---

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 배경 및 필요성

우리나라의 65세 이상 노인인구는 전체인구의 12.7%로 2014년 이미 고령사회에 근접하였고 이 비율은 베이비부머 세대를 포함해 꾸준히 늘어날 전망이다.(통계청, 2014) 더불어 동반질환과 기능저하로 독립적 생활이 불가능한 노인 역시 증가하고 있다. 2014년 통계에 따르면 노인의 89.2%가 평균 2.6개의 동반질환을 보유하고 있으며 17.8%가 일상생활수행능력 및 도구적 일상생활수행능력 영역에서 도움이 필요한 것으로 나타났다.(한국보건사회연구원, 2014) 이처럼 돌봄이 필요한 노인은 증가하는 반면 가족구조의 변화와 여성의 사회참여 확대로 가족의 돌봄 기능이 약화되고 있으며 돌봄 부담은 가중되고 있다.

비록 2008년부터 노인장기요양보험제도가 시행되면서 돌봄에 대한 가족의 책임을 사회적으로 공유하고자 하였으나, 가족은 여전히 돌봄의 일차선상에 놓여있다. 장기요양 인정자는 전체 노인의 6.7%로 공공성 논란이 지속되고 있으며(국민건강보험공단, 2015) 노인성 질환자를 전제로 하고 있어 적용대상이 제한적이다.(선우덕 외, 2015) 돌봄을 받고 있는 노인 중 장기요양보험서비스를 이용하는 경우가 15.4%, 가족으로부터 돌봄을 받고 있는 경우가 91.9%로 여전히 가족의 돌봄 부담이 높은 것으로 드러났다.(한국보건사회연구원, 2014) 그 밖의 공식적 프로그램 역시 돌봄 서비스 내용이 취약하며 프로그램 간의 연계성이 떨어져 실효성이 낮은 편이다.(선우덕 외, 2015) 더욱이 선협국의 장기요양 정책방향은 사회적 비용을 절감하고 지역사회에 머무르고자하는 노인의 욕구를 충족시키기 위해 시설중심에서 지역사회 또는 재가중심으로 전환하고 있다.(Bolge, 2006) 따라서 가족의 비공식 돌봄에 대한 역할 기대가 커지고 있다.

전통적으로 가정 내에서 돌봄 제공자의 역할은 여성이 담당해왔다. 여성의 사회참여 증가와 사회구조의 변화로 과거의 역할구분이 모호해졌으나, 여전히 전통적 역할 상에 대한 고정관념이 계속되고 있다.(Linsey, 2005) 또한, 남성에 비해 여성의 평균수명이 길어 전체 65세 이상 노인의 3분의 2를 여성노인이 차지하고 있다. 실제로 2014년도 노인실태조사에 따르면 남성노인의 경우 돌봄 제공율에 비해 수혜율이 33% 높았고 여성노인의 경우 제공율이 수혜율에 비해 38.7% 높아 두 집단 간의

확연한 차이를 보였다.(한국보건사회연구원, 2014) 돌봄의 여성 집중 현상은 유교문화가 잔재해있는 우리나라뿐만 아니라, 개인주의 문화가 확산되어 있는 유럽 국가들에서도 다르지 않다.(이윤경, 2010; Triantafillou, J. et al., 2010)

이처럼 주로 여성에 의해 제공되는 노인 돌봄은 일반적으로 노동 강도가 높고 장기적이기 때문에 가족 돌봄 제공자의 신체적, 사회적, 정신적 소진을 초래하게 되며 돌봄 제공자 본인의 안녕은 물론이고 돌봄 대상자의 삶의 질 저하와 가족전반의 붕괴를 야기하기도 한다.(방수향 외, 2007) 선행연구에서 돌봄 제공자는 비제공자에 비해 스트레스 지수와(Bolge, 2006; Abdollahpour et al, 2014) 우울수준이 현저히 높은 것으로 나타났다.(Adams, 2008) 또한, 자기효능감과 주관적 삶의 질이 낮았으며 신체기능의 악화는 물론이고(Pinquart & Srensen, 2003; Chang et al., 2010) 사망에까지 영향을 미친다는 결과가 보고된 바 있다.(Schulz & Beach, 1999) 국내 조사에서는 돌봄 제공자의 60% 이상이 돌봄의 어려움을 호소하였고 심리적 부담, 육체적 피로, 경제적 부담 순으로 어려움이 있다고 응답하였다.(한국보건사회연구원, 2014) 이 같은 건강수준의 악화는 입원 및 외래이용을 증가시키고 의료비용 지출 확대로까지 이어진다. (Moore et al, 2001; Zhu et al, 2015)

따라서 보살핌이 필요한 노인에게 적절한 돌봄을 제공하고 지속가능한 돌봄 정책을 실현하기 위해서는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준과 보건의료이용에 대한 충분한 이해가 선행되어야 한다. 하지만 그동안 이루어진 국내의 비공식 돌봄에 대한 연구 동향을 살펴보면 연구대상 측면에서 여성 돌봄 제공자를 독립적으로 다루기보다는 가족 돌봄 제공자 전체에 포함시켜 하나의 동질집단으로 분석한 연구가 많았다.(이가옥, 이미진, 2000; 김혜경, 2007; 이희경, 2010; 임정기, 홍은진, 2011) 이외에도 치매노인을 보살피는 돌봄 제공자로 그 범위를 한정하거나(김남초, 2002; 김수영 외, 2004; 김정민 외, 2005; 천숙희, 2011) 특정 질환군의 돌봄 제공자를 선정하여 비교한 연구가 대부분으로.(이인정, 2006; 윤현숙, 류삼희, 2007; 한경혜, 이서연, 2009; 신꽃시계, 한경혜, 2011;) 여성 돌봄 제공자 전체를 대변하기에는 한계가 있다. 또한, 돌봄의 영향측면에서는 돌봄 제공자의 돌봄 부담과 스트레스 및 우울수준 등 정신적 측면에 연구가 집중되어 있으며(이가옥, 이미진, 2000; 이미애, 2006; 이인정, 2006; 김혜경, 2007; 윤현숙, 류삼희, 2007; 이희경, 2010; 한경혜, 이서연, 2009; 신꽃시계, 한경혜, 2011; 천숙희, 2011;) 통증을 포함한 신체건강에 대한 연구는 미미한 편이다. 더욱이 의료이용에 대한 연구는 돌봄 대상자인 노인의 의료이용에 대한 연구로 편향되어있어(이호성, 2004; 김명화 외, 2013;) 돌봄 제공자의 의료이용에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다. 연구방법 측면에서 살펴보면 기존의 연구는 횡단면 자료를 다루는 경우가 많아 관측되지 않은 개인의 고유한 특성을 고려

하지 못했다. 이렇게 미관찰된 개인의 특성은 분석결과에 편향을 가져올 우려가 크다.

이에 본 연구에서는 8년간 4차례에 걸쳐 조사된 종단자료를 기반으로 지역사회에 거주하는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준과 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 분석하고자 한다. 먼저, 건강수준은 우울, 주관적 건강상태, 통증의 세 갈래로 분류하였으며 각 종속변수 별 관련요인을 파악하고자 돌봄 대상자 특성, 돌봄 제공자 특성, 돌봄 특성 등이 어떻게 영향을 미치는지 확인하려고 한다. 또한 의료이용의 경우 입원에 비해 질병의 중증도가 낮고 접근성이 용이할 것으로 예상되는 외래이용 횟수를 분석함으로써 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준을 향상시키고 가족에 대한 지원을 강화하는 정책 개발의 기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구는 돌봄의 주축이 되는 여성가족을 분리하고 그들의 종합적인 건강수준과 비교적 다뤄지지 않았던 의료이용 관련요인에 대해 대표성 있는 표본을 사용하여 분석한 실증적 연구라는데 의의가 있다.

제 2 절 연구 목적

본 연구의 목적은 우리나라 지역사회에 거주하는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강 수준과 의료이용에 영향을 미치는 요인을 실증적으로 파악하는 것이다. 이때, 관련 요인은 Pearlin et al(1990)의 스트레스 과정모델에 근거하여 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지의 세 갈래로 분류하였으며 아래와 같이 분석하고자 한다.

첫째, 지역사회에 거주하는 여성 가족 돌봄 제공자의 일반적 특성과 건강수준, 보건 의료 이용 현황을 파악한다.

둘째, 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준(우울, 주관적 건강상태, 통증) 관련요인을 살펴본다.

셋째, 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용(외래이용횟수)에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

제 2 장 문 헌 고 찰

제 1 절 이론적 배경

스트레스란 일상적 행동에 대한 환경적, 사회적, 내적 조정 요구로써 이에 따른 자각의 결과로 불가피하게 발생하는 생리적 또는 정서적 자극을 스트레스 반응이라고 한다.(Holmes et al, 1967)

스트레스에 관한 연구는 1970년대를 기점으로 차이를 보인다. 1970년 이전에는 주로 스트레스에 따른 생리적 변화에 주목했다면(Selye, 1956) 그 이후에는 ‘사회적 스트레스’와 관련된 새로운 측정방법들이 등장하기 시작했다.(Aneshensel, 1985; Pearlin et al, 1990) 특히, 미국에서는 1980년대부터 활발한 연구를 통해 치매노인 돌봄 제공자의 부양과정 및 결과에 개인차가 존재함을 발견하였다.(백주희 등, 2009)

이 중에서 Pearlin 등(1990)은 치매노인 돌봄의 스트레스 과정에 대한 종합적인 모델을 제시하였으며 이 모형은 스트레스 요인(Stressors), 스트레스 요인으로 인한 결과(Outcomes), 스트레스 요인으로 인한 결과를 완충시켜주는 요소(Mediators)로 구성된다. 여기서 스트레스 요인은 관련 정도에 따라 일차적 스트레스 요인과 이차적 스트레스 요인으로 구분된다.

1) 일차적 스트레스 요인

일차적 스트레스 요인은 돌봄 스트레스를 유발하는 직접적인 요인으로 Pearlin 등(1990)은 돌봄 대상자의 상태로 정의하였다. 주요지표로는 돌봄 대상자의 인지상태, 문제행동 유무, 일상생활수행능력 제한 정도 등이 있다. 구체적으로 살펴보면 돌봄 대상자의 기억력 상실, 의사소통능력 결핍, 회상불능 등의 인지저하는 돌봄 제공을 어렵게 만들며 인지저하로 인한 문제행동들은 돌봄 대상자에게 해로울 뿐 아니라 돌봄 제공자에게도 항상 각성과 통제에 필요성을 되새기게 하는 큰 스트레스원이 다. 또한, 기존의 많은 연구에서와 마찬가지로 일상생활과 도구적 일상생활 의존도는 돌봄 제공자에게 부정적인 영향을 주게 되며 특히, 다루기 힘든 돌봄 대상자의 일상생활능력 제한은 더 큰 부담을 안겨주게 된다.(Pearlin et al, 1990)

2) 이차적 스트레스 요인

이차적 스트레스 요인은 일차적 스트레스원의 결과로 발생하는 간접적인 스트레스원으로서 가족과 직장, 가족갈등, 재정부담 등이 해당된다. 먼저, 가족부양과 직장업무를 병행하는 경우 가정 내에서의 역할과 사회적 역할을 동시에 수행하기 때문에

발생하는 역할갈등이 스트레스원으로 작용한다. 다음으로 가족갈등에 대해 살펴보면, 주 돌봄 제공자와 그 밖의 가족구성원들 사이의 돌봄 방식 및 치료접근법에서 의견이 다를 수 있고 이 같은 의견차이가 심한 갈등으로 발전할 경우 돌봄 제공자에게 부정적인 영향을 미치게 된다.(백주희 등, 2009)

3) 대응 및 사회적지지

대응이란 스트레스를 관리하는 자기지지 행동 및 태도를 의미하며 인적, 사회적, 물질적 자원을 망라하여 스트레스원과 부양결과 간의 인과관계를 중재 및 완화해주는 요소이다. 더불어, 사회적 지지란 자존감, 소속감, 정체성 및 안전 등 사회적 욕구와 관련된 사회적 관계와 상호작용을 의미한다.(최은솔, 2012) Pearlin 등(1990)은 대응 및 사회적 지지에 대한 평가가 절하되어 있음을 지적하며 스트레스원에 따른 결과에 개인차가 있음을 확인하고 모형을 구성하였다. 관려요인으로는 돌봄 시설 및 서비스 이용 여부, 2차적 가족 돌봄 제공자 유무, 경제적 지원 여부, 사회활동 참여 등이 있다.

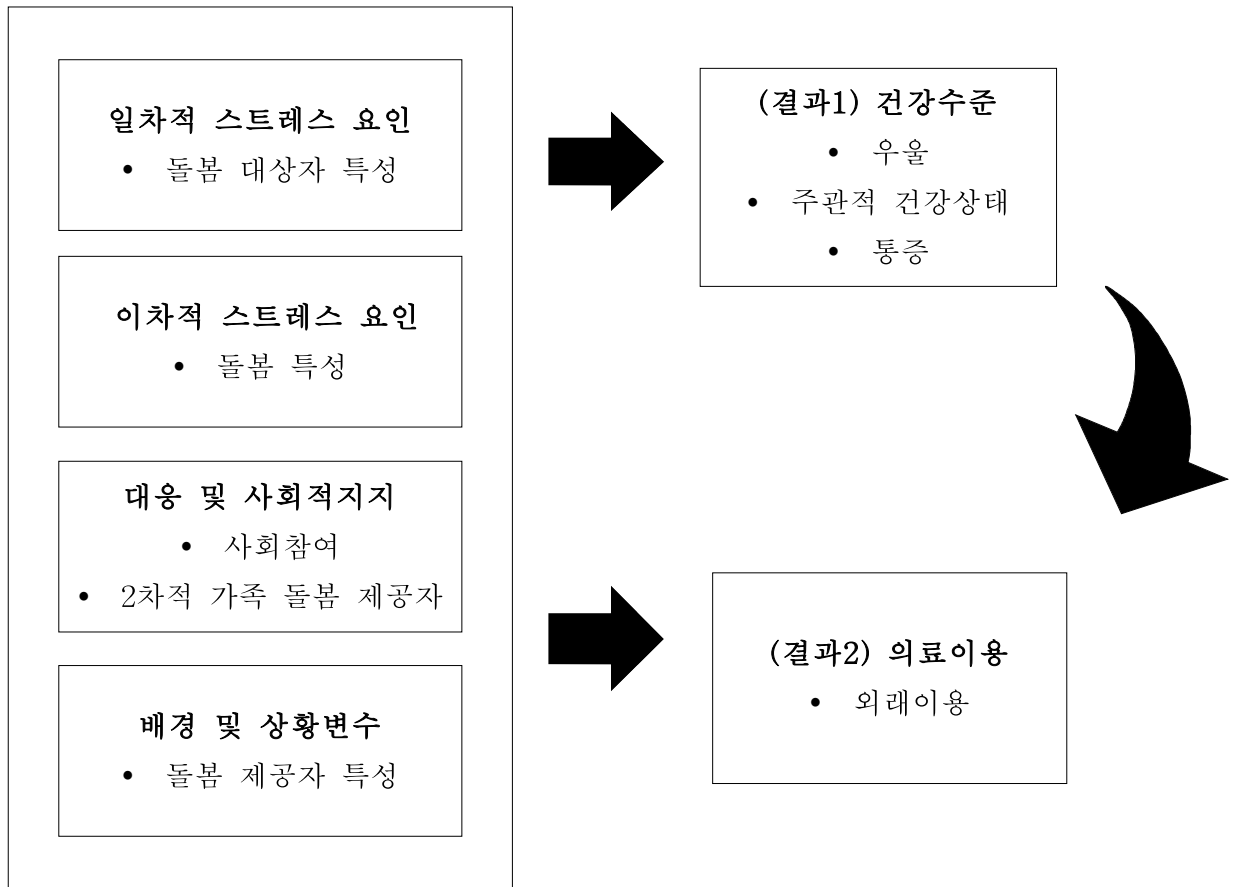
4) 배경 및 상황변수

배경 및 상황변수란 잠재적으로 결과에 영향을 미치는 인구사회학적 특성이 해당된다. 인구사회학적 특성으로는 연령, 성별, 인종, 교육수준, 직업, 경제적 상황 등이 있다.

5) 결과

일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적 지지의 상호작용을 통해 발생하는 결과로써 범위가 매우 광범위하고 다양하다. Pearlin 등(1990)이 제시한 결과변수로는 돌봄 제공자의 우울, 분노, 부담 등을 모두 포함하는 정신적 건강과 신체적 건강, 시설입소 및 의료이용 등이 해당된다.

본 연구에서는 연구목적에 따라 Pearlin 등(1990)의 모형을 수정 및 보완하여 [그림 1]과 같이 적용하였다.



[그림 1] Pearlin et al(1990)의 스트레스 과정모델에 근거한 연구모형

제 2 절 여성 가족 돌봄 제공자

돌봄의 개념은 시대와 공간에 따라 다르게 정의되며 여전히 단일하게 정의되기 어려운 개념이다.(Thomas, 1993) 돌봄은 돌보이의 명사형으로 사전적의미로는 ‘관심을 가지고 보살피는 행위’이다. Daly(2002)는 돌봄에 대해 ‘자신을 돌볼 수 없는 이들을 돌보는 것’으로서 신체적, 물리적, 정서적, 감정적, 윤리적, 도덕적 문제까지 모두 포함하는 다차원적인 개념이라고 정의하였다. 가족 돌봄 제공자란 돌봄을 제공하는 가족원으로 볼 수 있으며 협의의 개념으로는 ‘일상생활수행능력 중 적어도 한 가지 이상에서 도움을 주는 주수발자(Miller & Mcfall, 1991)’이다. 보다 포괄적인 개념으로는 ‘신체적, 경제적, 감정적 지지를 제공하는 사람(Scharlach et al, 1989)’이며 국내에서는 조은영 등(2010)이 ‘돌봄에 대한 일차적인 책임을 가지고 실제적으로 돌봄에 가장 많은 시간을 할애한 자’로 정의하고 있다.

노인 돌봄은 돌봄 주체에 따라 공식 돌봄과 비공식 돌봄으로 구분할 수 있다. 공식 돌봄은 특정훈련을 받고 전문자격증을 취득한 전문직에 의해 제공되는 돌봄으로서(Glending, 2009; 선우덕 등, 2015 재인용) 노동계약을 맺고 보수를 받으며 계약관계를 맺은 조직의 노동규칙에 의해 통제된다. 노인장기요양보험제도, 노인돌봄서비스제도, 민간간병인 및 간병보험 등이 공식 돌봄에 해당한다.(선우덕 등, 2015) 비공식 돌봄은 공식적 범위 외에서 동반질환, 장애, 기타 장기적 건강지원 욕구를 지닌 자에게 돌봄을 제공하는 행위이며(Glending, 2009; 선우덕 등, 2015 재인용) 돌봄 책임에 대한 계약관계를 맺지 않아 정기적으로 보수가 지급되지 않고 업무의 범위가 다양하다는 특징이 있다. 비공식 돌봄원으로는 가족, 자원봉사단체등을 들 수 있다. (선우덕 등, 2015) 우리나라의 노인 돌봄은 공식 돌봄원보다는 비공식 돌봄원에 크게 의존하고 있으며 그 중에서도 가족 돌봄의 비중이 매우 높은 편이다. 오래전부터 공적 돌봄 서비스를 제공해온 선진국에서조차 가족 돌봄은 전체 돌봄의 3분의 2 이상을 차지할 정도로 절대적이며 비공식 돌봄의 대부분을 차지하고 있다.

가정 내에서 주 돌봄 제공자는 가족관계, 가족의 역사, 현재상황 등을 고려해 결정되며(Montgomery, 1999; Riggs, 2003) 이 과정에서 성별의 차이가 두드러진다. 모든 사회 내에는 개인과 집단에 대한 사회적 기대가 존재하기 마련이며 일반적으로 태어나면서부터 결정되는 성별에 따라 위치와 역할에 대한 기대가 주어진다. 전통적으로 남성은 외부활동을 통해 가정에 생필품을 조달하는 역할을 해왔으며, 여성

은 가정 내에서 양육 및 부양 등 감정적 지지자로서의 역할을 담당해왔다. 여성의 사회참여 증가와 사회구조의 변화로 과거에 비해 여성의 돌봄 비중이 다소 감소하기는 하였으나 여성노인이 남성노인에 비해 평균수명이 길고 부계사회의 전통을 따르는 한국의 특수한 문화적 맥락에서 여성은 여전히 돌봄 제공자로서 일차선상에 놓여있다.(Choi, 1993; 신성자 등, 2012; 류도암, 2013)

돌봄 대상자와의 관계 측면에서는 주로 배우자 혹은 자녀가 돌봄을 제공해왔으며 (Montgomery, 1999; Riggs, 2003; 김양이, 2004; 박귀옥, 2007; 이희경, 2010) 자녀 중에서는 딸이 돌보는 경우가 많았으나(Montgomery, 1999; Riggs, 2003) 동아시아권 사회에서는 부모부양에 대한 유교적 가치관과 효사상의 영향으로 딸보다는 며느리, 특히 만며느리의 수발을 선호하였다.(Choi, 1993; Yamamoto and Wallhagen, 1997; Hsu and Shyu, 2003) 하지만 가족구조의 변화, 부양의식의 쇠퇴, 여성의 경제활동 참여율 증가 등으로 비공식적 돌봄 제공자의 역할구조가 성인자녀에서 배우자로 변화하고 있다. 2004년 노인실태조사에서는 장남 혹은 만며느리가 주 돌봄 제공자의 31.8%로 가장 많았으며 배우자 29.7%, 딸 또는 사위 15.3%, 차남이하 혹은 며느리 13.8%의 순으로 조사되었으나(한국보건사회연구원, 2004), 10년 후인 2014년 조사에서는 배우자가 37.7%로 가장 많은 비중을 차지하였고 딸 20.6%, 장남 혹은 만며느리 24%, 차남이하 혹은 며느리 13.6%, 기타 4.1%의 순으로 나타나 비공식적 돌봄 제공자의 변화를 뒷받침해주고 있다.(한국보건사회연구원, 2014)

이 밖에도 가족 돌봄 제공자는 기혼 여성이면서 연령이 높고(Dwyer and Coward, 1991; Haley et al, 2003; Linsey, 2005; Alpass et al., 2013; 서문진희 등, 2013;) 돌봄 대상자와 지리적으로 근접할 경우 선택될 가능성이 높았다.(Dwyer and Coward, 1991; Michel et al., 2009)

현재 주로 운영되고 있는 공적영역의 노인돌봄제도로는 노인장기요양보험제도, 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스(재가지원서비스)가 있다. 먼저, 2008년에 도입된 노인장기요양보험제도는 돌봄의 사회화를 가장 가시적으로 보여주고 있으며 노인장기요양보험법 제1조에서 ‘고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공되는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다’고 명시하여 노인의 삶의 질 향상과 가족의 돌봄부담 경감의 목적을 명확히 하고 있다. 한편 장기요양보험 수급에서 탈락한 자 중 저소득층을 대상으로 신체 및 가사활동을 지원하는 노인돌봄서비스가 운영되고 있으며 이 서비스는 대상자와 이용시간의 차이를 제외하고는 그 성격이 대체로 장기요양보험과 유사하다.(이선희, 2014) 하지만 이 같은 서비스들은 1일 이용가능시간이 적고 일상생활 및 가사서비스 중심

으로 운영되고 있어 가족 돌봄 제공자의 정서적 부담을 경감하는 데에는 도움이 되지 못하고 있다. 비록 2014년부터는 치매특별등급을 도입하고 치매가족 특별휴가제를 시행하고 있지만 대상자의 범위가 치매노인을 돌보는 가족으로 제한되어 있으며 가족 돌봄 제공자를 위한 상담이나 건강검진 등 직접적인 서비스 지원은 급여내용에 포함되어 있지 않아 한계로 지적되고 있다. 더욱이 노동과 돌봄의 양립지원이 아동양육에만 집중되어 있고 간병휴가제 역시 실효성이 낮아 노인에게 돌봄을 제공하기 위해서는 특정 가족구성원의 희생이 불가피한 실정이다.(최희경, 2011)

반면 미국, 일본, 유럽 등을 포함한 OECD 주요 국가들에서는 장기요양정책 내에 다양한 가족지원 프로그램을 포함하여 운영하고 있다. 노인돌봄 가족지원 정책은 크게 경제적 지원, 시간지원, 서비스 지원으로 분류할 수 있으며 시간지원에는 휴가 및 휴직 보장과 탄력근무제, 노동시간 단축, 시간제 노동 전환 등의 유연한 노동시간제 운영이 있다. 더불어 휴가 및 휴직 시에는 고용을 보장하고 차별받지 않는다는 조항도 포함하고 있다. 미국의 전국 가족 돌봄 지원 프로그램(National Family Caregiver Support Program)과 영국의 돌봄 제공자 및 장애아동법(The United Kingdom Carers and Disabled Children Act)이 이에 해당한다. 더욱이 서비스 지원은 신체적 지원에 그치는 것이 아니라 자조집단 운영, 상담 및 교육 진행, 건강검진, 직업훈련 및 취업지원 등 다양하게 제공되고 있다.(장혜경 등, 2005) 이 같은 지원방식은 각 나라별 특성에 맞게 혼용되고 있으나 유럽의 경우 2000년대 이후 경제적 지원방식으로 수렴하고 있으며(김미혜, 이석미, 2007) 미국과 일본에서는 시간지원 방식의 지원을 강화하고 있다.(Wiener, 2003)

제 3 절 여성 돌봄 제공자의 건강 관련요인

돌봄에 따른 건강수준은 주관적 도구 또는 객관적 도구로 측정할 수 있다. 주관적 도구로는 우울측정(CES-D), 주관적 건강상태(Self Rated health), 통증사정 등이 있으며 객관적 도구에는 처방약 또는 진단명, 입원 및 외래이용 횟수 등이 포함된다.(M Pinquart & Sorensen, 2011) 국내 연구들은 주로 주관적 도구를 사용하여 건강수준을 측정한 경우가 많았으며 돌봄 제공자의 건강수준 중에서도 정신건강 측면을 살펴본 연구가 대부분으로 주관적 건강상태 및 통증 관련요인 선정에 어려움이 있었다.

1) 우울

Schulz 등(1995)은 41편의 선행연구 조사를 통해 가족 돌봄 제공자의 우울수준이(CES-D: 14-18) 비제공자의 우울수준에(CES-D: 7.4-9.4) 비해 높은 수치임을 언급하였고 국내의 연구에서도 김수영 등(2004)의 연구에서 가족 돌봄 제공자의 우울수준이 기준치인 16점을 상회한다고 하였다. 그 밖에도 많은 연구에서 가족 돌봄 제공자의 우울수준이 비제공자에 비해 높다고 보고하고 있다.(Pearlin et al., 1990; Wright et al., 1994; Hooyman et al., 2005; 정여주 등, 2011)

가족 돌봄 제공자의 우울에 직접적인 영향을 미치는 일차적 스트레스 요인으로는 성별, 연령, 교육수준, 일상생활수행능력(ADL), 인지기능(MMSE)이 있었다.

성별과 관련하여서는 차이가 없다고 밝힌 논문이 대부분이었으나 Ingersoll-Dayton 등(1996)의 연구에서는 돌봄 대상자가 남성일 경우 돌봄 제공자의 우울수준이 높아지는 것으로 나타났다. 연령과 관련하여 이강오(1996)의 연구에서는 돌봄 대상자의 연령이 증가할수록 돌봄 제공자의 우울수준도 증가한다고 나타났으나 Covinsky 등(2003)의 연구에서는 오히려 돌봄 대상자가 젊을수록 돌봄 제공자의 우울수준이 증가하는 것으로 밝혀져 일관되지 않은 결과를 보였다. 또한 교육수준은 돌봄 제공자 우울수준의 주 예측요인이 아니라고 보는 연구가 많았으나 Covinsky 등(2003)의 연구에서는 돌봄 대상자의 교육수준이 낮을수록 돌봄 제공자의 우울수준이 높아지는 것으로 확인되었다. 일상생활수행능력(ADL)과 관련하여 상당수의 연구에서 제한이 많을수록 가족 돌봄 제공자의 우울수준이 증가함을 확인하였고(권중돈, 1995; 조남욱, 1996; 윤현숙 외, 2000b; Wright et al., 1994; Covinsky, 2003; Martin

Pinquart & Sörensen, 2011) 반대로 인지기능이(MMSE) 낮을수록 우울수준은 증가하는 것으로 나타났다.(Martin Pinquart & Sörensen., 2011)

이차적 스트레스 요인은 돌봄행위 특성과 관련된 것으로 돌봄 제공자의 우울에 영향을 미치는 요인은 돌봄시간 및 기간, 사회적지지로 분석되었다. 세부적으로는 돌봄시간(Covinsky, 2003; Martin Pinquart & Sörensen, 2011) 및 기간(윤현숙 등, 2000a; 김수영, 2003; Martin Pinquart & Sörensen, 2011)이 길수록 우울수준 또한 증가하는 양상을 보였다.

대응 및 사회적 지지는 돌봄 제공자의 복리향상에 영향을 미치는 개인 및 가족의 역량으로서 돌봄 제공자의 우울 관련요인으로서는 사회활동참여와 2차적 가족 돌봄 제공자의 유무가 있었다. 사회적 지지란 가족 돌봄 제공자가 가진 사회적 지지망 속에서 이루어지며 친밀한 사회적 지지망은 돌봄 제공자에게 조언, 정보, 정서적 지지의 기회를 제공함으로써 돌봄으로부터 오는 스트레스를 완화시켜준다.(Pearlin et al., 1990; Haley et al., 1996) 하지만 대부분의 연구에서는 사회적지지 내에 사회활동 참여와 2차적 가족 돌봄 제공자의 유무를 포함시켜 포괄적으로 분석하였으며 우울수준보다는 돌봄 스트레스 및 부담에 관련한 연구가 대부분으로 우울과 관련한 요인을 세분화하여 분석한 연구는 부족하였다. 알츠하이머병을 앓고 있는 노인의 가족 돌봄 제공자를 인종에 따라 분리한 Haley 등(1996)의 연구에서는 사회적 지지를 많이 받을수록 생활만족도가 증가하고 우울수준이 감소하는 것으로 나타났으며 심신기능손상 노인을 돌보는 가족원을 대상으로 한 윤현숙(2000a)의 연구에서도 정서적 지지가 우울수준 감소에 유의미한 요인으로 밝혀졌다. 이밖에도 김진선(1999), 김수영(2003), Clyburn 등(2000)의 연구에서 같은 결과가 도출되었다.

배경 및 상황변수로는 돌봄 제공자 특성을 들 수 있으며 돌봄 제공자의 우울 관련 요인은 성별, 연령, 교육수준, 돌봄 대상자와의 관계, 가구소득으로 나타났다.

성별과 관련해서는 대다수의 연구에서 돌봄 제공자가 여성일 경우 남성에 비해 우울수준이 높은 것으로 나타났다.(이해정 등, 2003; Yee&Schulz, 2000) 연령변수의 경우 돌봄 제공자의 우울수준에 영향을 미친다고 보는 연구가 많았으나 이에 대한 해석이 엇갈리고 있었다. 윤현숙 등(2000b), Schulz 등(1995), Kim(2001)은 연령이 젊을수록 우울수준이 높아진다고 하였으나 Baumgarten 등(1992), 김진선(1999), Cuijper(2005)의 연구에서는 연령이 젊을수록 우울수준이 낮아지는 결과를 보였다. 돌봄 제공자의 연령은 돌봄 대상자와의 관계와 밀접한 관련이 있으며 돌봄 대상자와의 관계에서도 여러 연구에서 상반된 결과가 도출되었다. 미국 주간보호이용자의 가족 돌봄 제공자를 대상으로 우울수준에 영향을 미치는 요인을 분석한 백주희 등(2009)의 연구에서는 배우자,

그중에서도 특히 아내 돌봄 제공자의 우울수준이 남편 및 딸 돌봄 제공자에 비해 높게 나타났으며 이는 아내 돌봄제공자의 경우 딸 돌봄제공자에 비해 연령이 높고 단독으로 노인을 부양하는 경우가 대부분이며 비교적 교육수준이 낮아 이 같은 상황을 조정할 수 있는 경제적 여력과 서비스 활용능력이 부족하기 때문으로 보고 있다. 그밖에도 Johnson과 Catalano(1983) Miller와Cafasso(1992), Stoller(1992), Covinsky(2003) Martin Pinquart와 Sörensen(2011)의 연구에서도 배우자의 우울수준이 타 돌봄 제공자에 비해 높은 것으로 관찰되었다. 반면 Dwyer와 Coward(1992), Martire와 Stephens(2003)의 연구에서는 대부분의 자녀 및 자녀의 배우자가 배우자보다 많은 역할갈등과 부양책임 및 의무를 지니고 있으며 자발적 동기의 부족으로 돌봄부담이 높고 우울수준 또한 증가하는 것으로 확인되었다. 또한 Merrill(1993)과 조남옥(1996)의 연구에서는 상황적 특성에 따른 스트레스의 증가로 돌봄 제공자가 며느리일 경우 자녀에 비해 우울수준이 높은 것으로 나타났다. 가구소득과 관련해서는 이해정, 송라운(2000), 김수영(2003), Schulz와 Williamson(1991), Covinsky(2003)의 연구 등에서 돌봄 제공자 가구의 소득이 낮을수록 우울수준이 높아지는 것으로 밝혀졌다.

2) 주관적 건강상태와 통증

주관적 건강상태는 객관적으로 측정된 임상지표와 달리 주관적인 면이 있으나, 사망과의 관련성이 높아 인구집단의 건강수준을 예측하는 중요한 지표로 활용되고 있다(Idler & Benyamini, 1997) 하지만 돌봄 제공자의 주관적 건강상태와 통증 관련 요인을 따로 살펴본 연구는 소수였으며, 주로 건강관련 삶의 질 지표인 SF-36을 사용하여 포괄적으로 분석한 연구가 많았다. 건강관련 삶의 질이란 삶의 질과 구분되는 개념으로 질병 또는 치료에 의해 영향을 받는 건강의 많은 영역 중 하나이다.(신영전 등, 2001) 건강관련 삶의 질은 Ware와 Sherborne (1992)이 개발한 The Medical Outcome Study 36-item short-form health survey(SF-36)가 주로 사용되고 있으며 전반적 건강, 신체적 기능, 신체적 역할, 통증, 활력, 사회적 기능, 정신기능, 정서적 역할로 구성된다.

M Pinquart와 Sorensen(2007)은 돌봄이 신체건강에 미치는 영향연구가 정신건강에 비해 소홀하다고 지적하면서 여러 데이터베이스를 문헌 고찰하여 돌봄제공자의 신체적 건강이 측정된 176개의 연구를 선정하였다. 이 중 SF-36 삶의 질 지표로 주관적 건강을 측정한 연구는 150편이었다.

또한 뉴질랜드 국가단위의 고용 및 보건자료를 사용하여 돌봄과 삶의 질 및 주관적 건강의 차이를 연구한 Alpass(2013)의 연구에서도 54세에서 70세 사이의 뉴질랜드

인 13,045명을 대상으로 SF-36지표를 사용하여 주관적 건강상태와 통증을 통합적으로 측정하는 바 있다.

이상의 선행연구 분석 결과, 일차적 스트레스 요인 중에서는 돌봄 대상자의 신체기능 장애가 많고(Jonsson et al., 2005; Kim., 2001) 인지기능이 낮을수록(Miura et al., 2005) 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 이차적 스트레스 요인과 관련해서는 돌봄시간이(Alpass, 2013) 증가할수록 건강관련 삶의 질이 낮아지는 결과를 보였으며 배경 및 상황변수에서는 성별, 연령, 배우자 유무, 취업여부가 유의하게 도출되었다. 즉, 돌봄 제공자가 여성이고(Martinez-Martin et al., 2008) 기혼자(유문숙 등, 2010), 직장인(Alpass, 2013)이며 연령이(Jonsson et al., 2005;) 많을수록 건강관련 삶의 질이 낮게 나타났다. 대응 및 사회적 지지의 변수가 돌봄 제공자의 건강수준에 미치는 영향연구는 주로 우울수준에 국한되어 있는 경우가 많아 주관적 건강상태와 통증 관련요인은 찾아보기 어려웠다.

제 4 절 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용 관련 요인

돌봄 제공자의 의료이용과 관련한 국내의 선행연구는 매우 부족한 실정이며 국외의 연구도 비교적 최근에 분석된 자료가 많았다. 의료이용은 돌봄 제공자의 건강수준을 파악할 수 있는 객관적인 지표로서 선행연구에서는 입원횟수, 외래이용횟수, 처방약, 응급실내원일수, 입원비용, 외래비용 등으로 측정하였다.

한국 고령화연구패널 1, 2, 3차 자료를 사용하여 돌봄 제공자의 건강과 의료이용을 분석한 YK Do et al(2015)의 연구에서는 한국 사회의 특수성을 고려하여 연령대가 비슷한 딸과 며느리 집단을 분석대상으로 선정하였다. 이 때, 결과의 역인과성을 보정하기 위하여 일상생활수행능력(ADL) 장애 항목을 도구변수로 활용하였으며 통증, 주관적 건강상태 악화, 외래이용여부, 외래비용, 약물복용여부, 약제비의 총 6항목을 측정하였다. 분석결과 딸과 며느리 집단 모두에서 돌봄 여부에 따라 외래이용횟수가 통계적으로 유의하게 도출되었다. 그밖에 며느리의 경우 주관적 건강상태 악화, 통증, 외래진료비가 유의하게 나타났으며, 딸의 경우에는 약물복용을 제외한 전 변수가 유의하게 나타났다. 이 같은 두 집단 간의 결과 차이는 유전적 성향에 따른 것으로 해석하고 있다.

의료이용 관련요인에 대한 국외의 연구로는 Van Houtven et al(2005), Son et al(2007), Bremer et al(2015), Zhu et al(2015)이 있었다.

먼저, Van Houtven et al(2005) 연구에서는 미국의 돌봄제공자 연구패널자료(NLCS)에서 진단코드가 알츠하이머 또는 혈관성 치매인 환자의 돌봄 제공자를 대상으로 선정하였으며 연구목적에 따라 1차년도부터 3차년도까지 포함된 4401건의 관측치를 분석하였다. 전체수발, 신체수발, 정서수발의 세 영역으로 나누어 약물복용과의 연관성을 측정한 결과 신체수발을 제외한 전체수발과 정서수발이 유의하게 밝혀졌으며 약물복용에 영향을 미치는 요인으로는 동반 이환된 질병의 개수, 인종, 건강보험여부, 교육과 소득수준이 있었다. 돌봄과 약물복용 사이의 역인과성을 보정하기 위하여 일상생활수행능력(ADL)의 제한여부를 도구변수로 설정하였으나 도구변수 사용 이후에도 결과의 변화가 없었다고 언급했다.

Son et al(2007)의 연구에서는 234명의 치매환자 돌봄 제공자의 돌봄 스트레스를 객관적 측면과 주관적 측면으로 측정하여 돌봄 제공자의 건강수준에 미치는 영향을 분석하였다. 이때, 객관적 측면과 주관적 측면의 변수로는 각각 돌봄 대상자의 문제행

동과 돌봄부담으로 선정하였으며 돌봄 제공자의 건강수준은 주관적 건강상태, 건강 관련행위, 의료비로 측정하였다. 분석결과 의료비 자체에 영향을 미치는 변수로는 돌봄 제공자의 연령, 교육수준, 돌봄 대상자의 문제행동이 있었으나 돌봄부담 변수를 포함하자 돌봄 대상자의 문제행동에 대한 유의성이 사라졌다. 다시 말해 돌봄부담 변수는 돌봄 대상자의 문제행동과 돌봄 제공자의 의료비 사이의 강력한 매개변수로서 돌봄제공자의 돌봄부담 완화를 위한 프로그램의 의료이용 중재효과를 내포하고 있다.

Bremer et al(2015)의 연구는 에스토니아부터 핀란드, 프랑스, 독일, 네덜란드, 스웨덴, 스페인, 영국에 이르기까지 총 8개 국가를 대상으로 돌봄 제공자의 건강과 의료이용에 대해 추적한 전향적 코호트 연구이다. Bremer et al(2015)은 돌봄 제공자의 인구사회학적 특성, 돌봄 대상자의 일상생활 장애정도, 인지기능손상, 문제행동 변수를 하나씩 대입하여 의료이용과의 관계를 분석하였으며 최종 모델에서 주치의 방문에 영향을 미치는 요인으로는 돌봄 제공자의 연령, 돌봄 제공자의 일상생활장애정도와 문제행동이 통계적으로 유의하였다. 즉, 돌봄 제공자의 연령이 높고 돌봄 대상자의 일상생활장애정도가 심하며 문제행동이 많을수록 돌봄 제공자의 주치의 방문횟수는 증가하는 것으로 확인되었다. 또한, 앞에서 언급한 최종모델에서 유의한 결과가 도출된 나라로는 프랑스, 독일, 스페인, 영국이 있었다. 각각의 세부요인 별로 살펴보면 프랑스와 영국에서는 돌봄 시간이 증가할수록, 핀란드와 스웨덴에서는 돌봄 대상자의 일상생활장애정도가 심할수록, 프랑스에서는 돌봄 대상자의 인지기능이 높을수록, 프랑스와 스페인에서는 돌봄 대상자의 문제행동이 많을수록 주치의 방문횟수가 증가하는 것으로 나타났다.

한편 Zhu et al(2015)의 연구에서는 Columbia 의과대학, Johns Hopkins 의과대학과 Massachusetts 병원에서 1997년부터 2012년까지 구축한 알츠하이머연구패널자료를 사용하여 돌봄 제공자 147명에 대한 394개의 관측치를 선정하였다. 이때, 패널데이터의 특성상 돌봄 제공자가 반복 관측될 수 있기 때문에 개인 내 변이와 개체 간 변이를 고려하여 고정효과모형(Fixed effect)를 사용하였다. Zhu et al(2015)의 연구는 Pearlin의 스트레스과정 모델에 따라 입원횟수, 주치의 방문횟수, 외래에서 받은 처치의 횟수, 약 처방 횟수, 시판약(OTC: Over The Counter) 복용 횟수의 다섯 가지 형태로 의료이용을 측정하였다. 주치의 방문여부에 영향을 미치는 일차적 스트레스요인은 돌봄 대상자의 만성질환과 일상생활의존정도였으며 배경 및 상황요인은 돌봄 제공자의 만성질환으로 나타났다. 주치의 방문횟수 관련요인으로는 오직 배경 및 상황요인만이 유의했으며 해당 변수로는 돌봄 제공자의 연령, 성별, 교육수준, 만성질환, 우울수준이 있었다. 즉, 돌봄 제공자가 여성이면서 연령이 많고 만성질환을 많이 보유하고 있으며 교육수준과 우울수준이 높을수록 주치의 방문횟수가 증가

하는 양상을 보였다. 또한 외래처치 여부에서는 일차적 스트레스 요인 중 돌봄 대상자의 만성질환과 연령, 배경 및 상황요인 중에서는 돌봄 제공자의 연령이 통계적으로 유의하였다. 외래처치 횟수의 경우 일차적 스트레스 요인 중 외래처치 유무에서 유의하게 나타났던 만성질환과 연령이 그대로 유의하였으며 배경 및 상황요인에서는 만성질환과 우울수준이 추가되었다. 다시 말해 돌봄 대상자 측면에서는 만성질환이 많고 연령이 증가할수록, 돌봄 제공자의 경우 연령이 많고 만성질환과 우울수준이 증가할수록 돌봄 제공자의 외래처치 횟수 또한 증가하는 것으로 확인되었다.

본 연구에서는 이상의 선행연구 고찰을 통해 돌봄 제공자의 의료이용 관련 요인 중 외래이용에 대해 집중적으로 다루려고 한다. 입원서비스 이용은 병원에 갈 수 있는 자원의 정도보다는 실질적인 의료 욕구에 따라 결정되는 경우가 많으나, 외래서비스 이용은 실질적인 의료 욕구와 더불어 자원의 정도 및 연령, 교육수준과 같은 기본적인 요인까지 모두 연관된 것으로 나타났다. 또한, 입원서비스의 경우 남성의 이용률이 여성에 비해 높은 편이지만 외래서비스의 경우에는 여성의 이용률이 남성에 비해 높은 편으로 확인되었다.(전해숙 외, 2012) 따라서 본 연구에서는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강특성 뿐만 아니라 돌봄과 관련된 전반적인 특성을 다차원적으로 반영할 수 있는 외래서비스 이용에 대해 살펴보고자 한다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 자료원 및 연구대상

1) 자료원

본 연구에서는 한국고용정보원에서 실시한 고령화연구패널(KLoSA: Korean Longitudinal Study of Ageing) 제 1차년도(2006)부터 제 4차년도(2012)까지의 자료를 사용하였다. 고령화연구패널은 빠르게 진행되는 인구고령화에 대비하기 위하여 우리나라 중고령 인구의 실태변화 과정을 동태적으로 파악하고 사회경제적 기초자료를 수립하고자 실시된 조사로서 인구, 가족, 건강, 고용, 소득, 자산, 주관적기대감 및 삶의 만족도의 총 7개 조사영역과 1,500여개의 문항으로 구성된다.

고령화연구패널조사는 제주도를 제외한 지역에 거주하는 45세 이상 중고령자를 대상으로 2005년 인구주택 총 조사의 조사구 표집틀 (sampling frame)을 사용하여 추출단위조사구를 설정하고 지역과 주거형태별로 층화한 후 1,000개의 표본조사가구를 추출하였다. 이에 따라 총 6,171가구에서 45세 이상 중고령자에 해당하는 10,254명의 가구원에 대한 자료 수집을 하였으며 2006년부터 짝수연도에 동일한 항목을 중심으로 기본조사를 실시하여 사망, 조사 거절, 추적 실패 등을 제외하고 2008년 8,688명, 2010년 7,920명, 2012년 7,486명의 조사표본수를 유지하고 있다.

2) 연구대상

본 연구에서는 일상생활수행능력에 장애를 가진 노인을 돌본다고 응답한 여성 가족 돌봄 제공자를 분석대상으로 하였다. 가구원을 중심으로 1차년도부터 4차년도까지의 관측치는 총 34,348건이었으며 종단자료의 특성 상 발생하는 표본유실로 인해 대상자 137명에 해당하는 총 331건의 관측치를 분석대상에 포함하였다. 4개년도 모두 관측된 건수는 20건, 3개년도 관측된 건수는 17건, 2개년도만 관측된 건수는 100건이다. 연구목적에 따른 제외기준은 다음과 같다.

① 돌봄을 제공하는 여성 가족원은 배우자, 딸, 며느리로 선정하였으며 상대적으로 표본수가 작은 기타 가족원을 제외하였다.

② 동시에 2명 이상을 돌보는 경우, 중복관찰을 피하기 위해 “응답자에게 ADL 수발을 받은 첫 번째 가족”만을 포함하였다.

본 연구는 서울대학교 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받아 진행하였다.(IRB No. E1604/003-007)

제 2 절 변수 정의 및 측정

1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준과 의료이용이다. 여기서 건강수준은 우울, 주관적 건강상태, 통증으로 선정하였으며 의료이용변수는 외래이용횟수로 측정하였다.

우울은 Randolff(1977)의 CES-D(Center for Epidemiological Studies Depression Scale) 10문항으로 측정하였으며 7점을 기준으로 임상적 우울증 유무를 판단하였다. 주관적 건강상태란 질병여부와 상관없이 본인이 인지하는 건강수준을 의미한다. 고령화연구패널조사 자료에서는 '매우 나쁨=1', '나쁨=2', '보통=3', '좋음=4', '매우 좋음=5'의 5점 척도로 구성되어있으며 본 연구에서는 단변량 분석에 따른 그룹 간 비교를 위하여 1~3점은 건강상태 나쁨, 4~5점은 건강상태 좋음으로 정의하였다. 통증은 일상생활에 지장을 줄만한 통증 유무로 분석하였다.

외래이용횟수는 지난 1년간 병·의원 진료일 수를 합산한 값으로 왕진 횟수는 포함하지 않는다. 패널자료에서는 조사당시 외래이용 경험이 있는 사람들을 대상으로 기입하였다.

2) 독립변수

본 연구의 독립변수는 Pearlin et al(1990)의 스트레스 과정모델에 기초하여 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스요인, 대응 및 사회적지지, 배경 및 상황변수로 분류하였으며 [표1]과 같이 정리하였다.

▪ 일차적 스트레스 요인

일차적 스트레스 요인은 스트레스 상황을 직접적으로 발생시키는 요인으로써 본 연구에서는 돌봄 대상자 특성을 선정하였다. 돌봄 대상자 특성에는 성별, 연령, 교육정도, 배우자 유무의 인구사회학적 특성과 일상생활수행능력(ADL) 및 인지기능(MMSE)의 건강특성이 포함된다. 돌봄 대상자의 연령은 Neugarten(1974)의 정의에 따라 74세 미만의 연소노인과 75세 이상의 고령노인으로 구분하였다. 일상생활수행 능력은 개인이 살아가는데 있어 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력

(Katz, 1970)을 의미하며 Activities of Daily Living의 약자인 ADL로도 사용된다. 고령화연구패널자료에서는 Katz(1970)가 개발한 ADL 측정 도구 10문항을 원장원(2002)이 우리나라 상황에 적합하도록 간소화한 K-ADL 도구를 적용하였으며 옷 갈아입기, 세수/양치/머리하기, 목욕/샤워하기, 식사하기, 방 밖으로 나가기, 화장실 이용하기, 대소변 조절하기의 총 7문항으로 구성되어 있다. 일상생활수행능력은 도움을 필요로 하지 않으면 '0점', 부분적 혹은 전적인 도움을 필요로 하는 경우는 '1점'으로 하여 지수화 하였으며 점수가 높을수록 일상생활영역의 의존도가 높아짐을 의미한다. 해당 설문은 총 7문항이며 기능상태에 따라 0~1점, 2~4점, 5점 이상으로 구분하였다. 인지기능은 응답자의 사고 및 학습능력을 평가하는 지표로써 한국형 인지능력 측정세트(MMSE-K: Mini-Mental State Examination - Korea)를 적용하였다. 총 19문항으로 점수가 높을수록 인지기능이 좋음을 의미하며 고령화연구패널 자료의 정의에 따라 17점 이하면 치매의심, 18점 이상 23점 이하면 인지기능 저하, 24점 이상이면 정상으로 분류하였다.

▪ 이차적 스트레스 요인

이차적 스트레스 요인은 스트레스 상황과 관련된 간접적 요인으로써 본 연구에서는 돌봄 특성을 포함하였다. 돌봄 특성은 돌봄시간과 기간으로 구성하였으며 돌봄시간은 '시간/주', 돌봄기간은 '주/년'으로 기입하였다.

▪ 대응 및 사회적 지지

돌봄스트레스를 완화시키는 역할의 대응 및 사회적 지지는 선행연구 고찰을 통해 2차적 가족 돌봄 제공자의 유무와 사회참여 유무로 평가하였다. 여기서 사회참여 유무는 종교모임, 친목모임(계모임, 노인정 등), 여가/문화/스포츠 관련단체(노인대학 등), 동창회/향우회/중친회, 자원봉사, 정당/시민단체/이익단체, 기타의 7가지로 조사하였다.

▪ 배경 및 상황변수

배경 및 상황변수는 결과에 영향을 주는 잠재적 변수로써 돌봄 제공자의 특성을 고려하였다. 돌봄 제공자 특성으로는 돌봄 대상자와의 관계, 연령, 교육수준, 거주지역, 취업여부, 가구소득, 만성질환을 포함하였다. 돌봄 대상자와의 관계는 우리나라의 문화적 특성을 반영하여 친족, 손자녀 등의 기타 가족원을 제외한 배우자, 딸, 며느리로 선정하였다. 돌봄 제공자의 연령은 고령화연구패널조사 자료의 정의에 따라 45세부터 중년층으로 적용하였으며 국민연금법에서 정의한 노인의 연령 기준인 60세 이상을 노인으로 보았다. 또한, Neugarten(1974)의 정의에 따라 75세 이상을 고령노인으로 보고 45~59세, 60~74세, 75세 이상의 총 세 갈래로 분류하였다. 가구

소득은 가구원 수에 따라 달리 비교되어야함을 고려하여 가구균등화지수를 사용하였다. 가구균등화 지수란 가구원의 총소득을 가구원 수의 제곱근을 취한 값으로 나누는 방식으로서(조경엽, 유진성, 2013) 이에 따라 총 4분위로 분류하였다. 만성질환의 경우 노인인구의 증가로 2개 이상의 만성질환을 보유하는 노인이 증가하고 있다는 점을 들어(van Den Akker et al, 1998; 정영호, 2013) 1개 이하와 2개 이상으로 구분하였다. 여기서 만성질환은 고령화연구패널조사 자료에 따라 고혈압, 당뇨, 암이나 악성종양(경미한 피부암등은 제외), 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정서적/신경적/정신과적 문제, 관절염 또는 류마티스의 총 9가지로 측정하였다.

[표1] 연구의 변수

	변 수	측 정	구 분
종속변수	우울(CES-D)	1.유 / 0.무	범주형
	주관적 건강상태	1.나쁨 / 0.좋음	범주형
	통증	1.유 / 0.무	범주형
	외래이용횟수(연간)	연속변수	연속형
일차적 스트레스 요인 (Primary Stressor)			
돌봄 대상자 특성	성별	0.남 / 1.여	범주형
	연령	연속변수	연속형
	교육정도	1.초졸이하 / 2.중졸 / 3.고졸 / 4.대졸이상	범주형
	배우자 유무	1.유 / 0.무	범주형
	일상생활수행능력 (ADL)	연속변수	연속형
	인지기능(MMSE)	연속변수	연속형
아차적 스트레스 요인 (Secondary Stressor)			
돌봄 특성	돌봄시간	연속변수	연속형
	돌봄기간	연속변수	연속형
대응 및 사회적지지(Coping and Social Support)			
	사회참여	1.유 / 0.무	범주형
	2차적 가족 돌봄 제공자	1.유 / 0.무	범주형
배경 및 상황변수(Background and Context)			
돌봄 제공자 특성	돌봄 대상자와의 관계	1.배우자 / 2.딸 / 3.며느리	범주형
	연령	연속변수	연속형
	교육수준	1.초졸이하 / 2.중졸 / 3.고졸 / 4.대졸이상	범주형
	거주지역	1.대도시 / 2.중소도시 / 3.읍면부	범주형
	취업여부	1.유 / 0.무	범주형
	가구소득	1.1Q / 2.2Q / 3.3Q / 4.4Q	범주형
	만성질환	1. 0~1 / 2. 2개 이상	범주형

제 3 절 분석방법

1) 패널데이터 분석

패널데이터 분석이란 패널데이터를 이용하여 시계열 분석과 횡단면 분석을 동시에 수행하는 분석모형을 의미하며 시계열 분석에서 발생할 수 있는 추정오차 즉, 개별적 특이성(individual heterogeneity)과 시간특성효과(time effect)를 모두 통제할 수 있다는 장점이 있다. (최충익, 2008)

종단자료를 분석하는 방법에는 합동회귀모형, 확률효과모형, 고정효과 모형이 있다. 합동회귀모형은 개체 간 이질성을 고려하지 않고 종단자료의 응답치를 하나의 값으로 합하여 분석하는 방법으로 패널개체 간 고정효과가 존재하지 않는다는 영가설을 충족하면 합동회귀모형으로 분석할 수 있다. 반면 영가설을 기각할 경우 고정효과(Fixed effect)와 확률효과(Random effect) 사이의 가장 적합한 모형을 선택하기 위해 개체들 간의 이질성을 나타내는 오차항()에 대한 추론을 실시한다.(심재휘 등, 2014) 이때 사용하는 방법이 하우스만 검정(Hausman test)이다. 하우스만 검정은 설명변수(X)와 개체들 간의 이질성을 나타내는 오차항(U_i) 간의 상관성을 검정하는 방법으로서 귀무가설과 대립가설은 다음과 같다.

$$H_0 : Cov(X, U_i) = 0$$
$$H_1 : Cov(X, U_i) \neq 0$$

고정효과모형은 설명변수와 개체 이질성의 오차항 사이의 상관관계가 있다고 가정함으로써 성별과 인종 등도 시간에 따라 불변하는 변수에 포함되어 함께 보정되기 때문에 해당변수에 대한 추정이 불가하게 된다. 반면 확률효과모형은 설명변수와 개체 이질성 오차항 사이의 상관관계가 없다고 가정하며 고정효과에 비해 개체 간 특성이 상이하고 관측치의 범주가 비교적 넓은 데이터에 적절한 방법이다.(Nolan&Nolan, 2004; 전보영, 2014 재인용)

본 연구에서는 일차적으로 Breusch-Pagan의 LM검정(Lagrangian Multiplier)을 통해 패널모형 분석의 타당성을 아래와 같이 검정하였다.

$$H_0 : Var(U_i) = 0$$
$$H_1 : Var(U_i) \neq 0$$

그 결과 우울과 주관적 건강상태를 반응변수로 하는 경우에는 개체간의 이질성이 없다고 판단되어 합동회귀모형을 사용한 반면 통증과 외래이용을 반응변수로 하였을 때는 귀무가설을 기각($p\text{-value} < 0.05$)하여 패널분석을 시행하였다. 이 때, 본 연구에서는 돌봄 행위가 돌봄 제공자의 건강수준과 의료이용에 부정적 영향을 미칠 것이라고 전제하였지만 처음부터 건강수준이 좋지 못한 군이 돌봄 제공자로 선택될 가능성 즉, 역인과성을 배제할 수 없다. 따라서 본 연구에서는 하우스만 검정을 통해 설명변수와 개체들 간의 이질성을 나타내는 오차항간의 상관관계가 없음을 확인하고 확률효과 모형을 채택하였다.

2) 연구 방법

첫째, 지역사회 여성 가족 돌봄 제공자의 일반적 특성과 건강수준 및 보건의료이용 현황을 파악하기 위하여 기술통계분석(빈도, 백분율)을 실시한다.

둘째, 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 관련요인을 파악하기 위하여 우울, 주관적 건강상태, 통증에 대하여 각각 단변량 분석으로 교차분석을 적용하고 다변량 분석으로는 패널로지분석을 사용한다.

셋째, 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용 관련요인을 파악하기 위하여 단변량 분석에는 교차분석을 활용하고 다변량 분석에는 Two-part model을 적용한다. 첫 파트에서는 로지스틱(Logistic)모형을 통해 의료이용 확률에 영향을 미치는 요인을 분석하며 두 번째 파트에서는 회귀분석을 통해 의료이용 횟수 관련 요인을 분석하였다.

Two-part model은 의료이용 여부에 대한 결정 후 의료이용 횟수를 분석하는 방식으로 로그변환 후에도 0값이 남게 되는 의료이용 연구에서 많이 사용하는 모형이다. 이 모형은 간단한 One-part model에 비해 설명력이 높아 보다 정확한 분석에 많이 이용된다.(이혜재 외, 2009)

본 연구에서는 의료이용 횟수를 반응변수로 하는 One-part model로서 모든 자료를 포함한 음이항 회귀분석모형과 의료이용 여부에 대한 로지스틱 회귀모형을 1차적으로 분석하고 의료이용자에 대하여 추가적으로 음이항 회귀모형을 적용하는 Two-part model 또는 zero-inflated model을 적합하여 비교하였다. 두 경쟁모형 중

모형 선택에서 가장 널리 알려진 판정기준 AIC(Akaike Information Criterion)값을 이용하여 더 작은 값을 주는 Two-part model (zero-inflated model, AIC value = 2186.3)을 채택하였다.

본 연구는 연구목적에 따라 SAS 9.4 프로그램을 사용하여 분석하였다.

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 개별 관측치는 331건이며 분석결과는 [표2]와 같이 정리하였다.

일차적 스트레스 요인은 돌봄 대상자 특성으로 구성된다. 돌봄 대상자는 최종 관측치 331건 중 남성이 69.49%, 여성이 30.51%로 남성이 더 많았으며 평균연령은 74세였다. 교육수준은 초졸 이하가 55.59%로 가장 많았고 73.72%에서 배우자가 있다고 응답하여 무배우자의 비율(26.28%)보다 세배 가까이 높은 수치를 보였다. 또한 일상생활수행능력(ADL)은 51.36%가 총 7가지 항목 중 5가지 이상에서 도움이 필요하다고 답한 중증대상자였으며 인지기능(MMSE) 역시 17점 이하의 치매 의심자가 59.52%로 가장 많았다.

이차적 스트레스 요인에는 돌봄 특성이 포함된다. 돌봄 제공자의 평균 돌봄시간은 주당 35시간이었으며 평균 돌봄기간은 연간 35주로 나타났다. 이때, 돌봄기간이 연간 50주 이상인 군의 비율이 절반 이상인 57.4%, 30주 미만인 군이 34.74%로 조사되어 양극화된 형태를 보였다.

대응 및 사회적지지에서 사회활동에 참여하는 돌봄 제공자는 64.05%로 절반이상이었으며 2차적 가족 돌봄 제공자가 부재한 경우가 64.95%로 대부분 돌봄의 책임을 혼자서 감당하고 있었다.

배경 및 상황변수는 돌봄 제공자 특성으로 구성된다. 돌봄 제공자의 평균연령은 63세였으며 돌봄 대상자와의 관계는 배우자가 58.01%로 가장 많았고 이어 딸 22.05%, 며느리 19.94%의 순으로 나타나 2014년 노인실태조사와 유사한 결과를 보였다. 교육수준은 초졸 이하가 56.8%로 가장 많았고 절반 정도인 48.94%가 대도시에 거주한다고 응답하였다. 무직자는 74.32%로 직장이 있다고 응답한 25.68%에 비해 3배 가까이 높았으며 가구소득은 총 4분위에서 1Q에 해당하는 건이 25.08%, 2Q 24.47%, 3Q 26.28%, 4Q 24.17%로 고른 소득분포 양상을 보였다. 만성질환을 2개 이상 보유한 돌봄 제공자의 비율은 8.16%로 대다수가 만성질환이 없거나 한 개 정도 보유하고 있는 것으로 나타났다.

[표2] 연구대상자의 일반적 특성

관측치 = 331

변 인	구 분	우 울		
		N	백분율(%)	
일차적 스트레스 요인				
돌 봄 대 상 자 특 성	성별	남	230	69.49
		여	101	30.51
	연령 (74.62±12.29)	75세 미만	268	80.97
		75세 이상	63	19.03
	교육수준	초졸 이하	184	55.59
		중졸	48	14.5
		고졸	69	20.85
		대졸이상	30	9.06
	배우자 유무	유	244	73.72
		무	87	26.28
	일상생활수행능력 (3.56±2.92)	0-1점	106	32.02
		2-4점	55	16.62
5점 이상		170	51.36	
인지기능 (12.72±11.22)	17점 이하	197	59.52	
	18-23점	53	16.01	
	24점 이상	81	24.47	
이차적 스트레스 요인				
돌 봄 특 성	돌봄시간(시간/주) (35.72±44.80)	50미만	250	75.53
		50이상 100미만	50	15.11
		100이상	31	9.37
	돌봄기간(주/연) (35.34±21.76)	30미만	115	34.74
		30이상 50미만	26	7.85
		50이상	190	57.4
대응 및 사회적 지지				
	사회참여	유	212	64.05
		무	119	35.95
	2차적 가족 돌봄 제공자	유	116	35.05
		무	215	64.95
배경 및 상황변수				
돌 봄 제 공 자 특 성	연령 (63.45±10.41)	45-59세	56	16.92
		60-74세	91	27.49
		75세 이상	184	55.59
	돌봄 대상자와의 관계	배우자	192	58.01
		딸	73	22.05
		며느리	66	19.94
	교육수준	초졸 이하	188	56.8
		중졸	62	18.73
		고졸	73	22.05
		대졸이상	8	2.42
	거주지역	대도시	162	48.94
		중소도시	92	27.79
		읍면부	77	23.26
	취업여부	유	85	25.68
		무	246	74.32
	가구소득	1Q	83	25.08
		2Q	81	24.47
		3Q	87	26.28
4Q		80	24.17	
만성질환	0-1개	304	91.84	
	2개 이상	27	8.16	

제 2 절 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 및 의료이용

여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 및 의료이용은 [표3]과 같다. 건강수준에서 여성 가족 돌봄 제공자 중 우울증상을 보인 경우가 45.62%였으며 주관적 건강상태에 대해서는 절반에 가까운 44.71%가 나쁨이라고 답하였다. 또한, 일상생활에 지장을 줄만한 통증을 느끼는 경우가 29.31%로 느끼지 않는다고 답한 70.69%에 비해 적은 수치를 보였다. 의료이용 항목에서는 지난 1년간 한번이라도 외래진료를 받은 돌봄 제공자가 71.9%으로 나타나 대다수가 외래진료를 이용한 경험이 있음을 알 수 있었다.

[표3] 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 및 의료이용 특성

관측치 = 331

변 인		구 분	여성 가족 돌봄 제공자	
			N	백분율(%)
건강수준	우울	유	151	45.62
		무	180	54.38
	주관적 건강상태	좋음	183	55.29
		나쁨	148	44.71
	통증	유	97	29.31
		무	234	70.69
의료이용	외래이용	유	238	71.9
		무	93	28.1

제 3 절 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준 관련요인

I. 우울

1) 단변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지와 배경 및 상황변수에 따른 우울 유무의 단변량 분석 결과는 [표4]와 같다.

먼저 일차적 스트레스 요인에서는 돌봄 대상자의 연령과 배우자 유무에 따라 우울 여부에 차이를 보였다. 우울증상이 있는 것으로 확인된 군에서는 없는 군에 비해 75세 이상과 무배우자의 비율이 높았다.

이차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적지지에서는 우울 여부에 따른 유의한 차이가 확인되지 않았다.

한편, 배경 및 상황변수에서는 돌봄 대상자와의 관계별로 배우자, 며느리, 딸 사이에 차이가 확인되었고 교육수준, 취업여부, 만성질환의 개수에서도 우울 유무에 따라 차이를 보였다. 즉, 우울증상이 있는 것으로 확인된 군에서는 없는 군에 비해 배우자의 비율이 높고 딸과 며느리의 비율은 낮은 편이었으며 초졸 이하와 무직자, 2개 이상의 만성질환 보유자가 많아 상대적으로 사회경제적 지위가 낮고 건강수준이 좋지 못한 것으로 나타났다.

[표4] 여성 가족 돌봄 제공자의 우울 관련요인(단변량)

변인	구분	우울		χ²	
		무 N(%)	유 N(%)		
일차적 스트레스 요인					
돌봄 대상자 특성	성별	남	115(68.39)	115(76.16)	5.8307
		여	65(36.11)	36(23.84)	
	연령	75세 미만	151(83.89)	117(77.48)	2.8163*
		75세 이상	29(16.11)	34(22.52)	
	교육수준	초졸 이하	104(57.78)	80(52.98)	0.9447
		중졸	26(14.44)	22(14.57)	
		고졸	35(19.44)	34(22.52)	
	배우자 유무	유	60(33.33)	27(17.88)	10.1197**
		무	120(66.67)	124(82.12)	
	일상생활수행능력 (ADL)	0-1점	61(33.89)	45(29.8)	0.9845
		2-4점	31(17.22)	24(15.89)	
		5점 이상	88(48.89)	82(54.3)	
	인지기능 (MMSE)	17점 이하	99(55)	98(64.9)	3.4573
		18-23점	33(18.33)	20(13.25)	
24점 이상		48(26.67)	33(21.85)		
이차적 스트레스 요인					
돌봄 특성	돌봄시간(시간/주)	50미만	139(77.22)	111(73.51)	1.735
		50이상 100미만	23(12.78)	27(17.88)	
		100이상	18(10)	13(8.61)	
	돌봄기간(주/연)	30미만	69(38.33)	46(30.46)	2.315
		30이상 50미만	14(7.78)	12(7.95)	
대응 및 사회적지지					
	사회참여	유	120(66.67)	92(43.4)	1.1742
		무	60(33.33)	59(39.07)	
	2차적 가족 돌봄 제공자	유	69(38.33)	47(31.13)	1.8739
		무	111(61.67)	104(68.87)	
배경 및 상황변수					
돌봄 제공자 특성	연령	45-59세	27(15)	29(19.21)	1.4907
		60-74세	48(26.67)	43(28.48)	
		75세 이상	105(58.33)	79(52.32)	
	돌봄 대상자와의 관계	배우자	82(45.56)	110(72.85)	25.8175***
		딸	49(27.22)	24(15.89)	
		며느리	49(27.22)	17(11.26)	
	교육수준	초졸 이하	89(49.44)	99(65.56)	8.9678*
		중졸	38(21.11)	24(15.89)	
		고졸	48(26.67)	25(16.56)	
	거주지역	대도시	98(58.44)	64(42.38)	5.4494
		중소도시	42(23.33)	50(33.11)	
		읍면부	40(22.22)	37(24.5)	
	취업여부	유	58(32.22)	27(17.88)	8.8493**
		무	122(67.78)	124(82.12)	
	가구소득	1Q	40(22.22)	43(28.48)	6.5629
		2Q	38(21.11)	43(28.48)	
3Q		51(28.33)	36(23.84)		
4Q		51(28.33)	29(19.21)		
만성질환	0-1개	175(97.22)	129(85.43)	15.2404***	
	2개 이상	5(2.78)	22(14.57)		

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

2) 다변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 우울 관련요인을 파악하기 위하여 7점을 기준으로 우울 유무를 판단하였다. 앞선 검정결과에서 개인 간의 이질성이 없는 것으로 나타나 합동로짓모형을 사용해 [표5]와 같이 분석하였다.

분석결과, 돌봄 제공자의 우울 유무에 영향을 미치는 일차적 스트레스 요인은 돌봄 대상자의 연령과 인지기능으로 확인되었다. 돌봄 대상자의 연령이 많고 (OR=0.94, $P<.05$) 인지기능이 높을수록(OR=0.96, $P<.05$) 돌봄 제공자가 우울증상을 경험할 확률은 감소했다. 이는 65세 미만자 혹은 치매로 인해 심한 인지저하를 겪는 환자를 돌보는 가족원의 우울수준이 높음을 가리킨다.

앞선 단변량 결과와 마찬가지로 일차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적지지 중에서는 관련요인이 확인되지 않았다.

배경 및 상황변수 요인으로는 만성질환과 거주지역이 우울 관련 요인으로 분석되었다. 돌봄 제공자가 2개 이상의 만성질환을 앓고 있는 경우(OR=7.89, $P<.001$) 만성질환이 없거나 1개인 군에 비해 우울증상을 경험할 확률이 높았으며 대도시 거주자에 비해 중소도시 거주자에서(OR=1.86, $P<.05$) 우울증상이 나타날 가능성이 컸다.

[표5] 여성 가족 돌봄 제공자의 우울 관련요인(다변량, 합동로짓모형)

변 인	구 분	우울		
		β	OR	95% CI
일차적 스트레스 요인				
성별 (ref=남)	여	-0.214	0.808	-0.287 - 1.902
연령		-0.052*	0.949	0.906 - 0.992
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	-0.627	0.534	-0.658 - 1.727
	중졸	-0.376	0.687	-0.561 - 1.935
	고졸	-0.372	0.689	-0.403 - 1.782
배우자유무 (ref=무)	유	-0.716	0.489	-0.868 - 1.845
일상생활수행능력 (ADL)		-0.020	0.980	0.864 - 1.096
인지기능 (MMSE)		-0.034*	0.967	0.937 - 0.997
이차적 스트레스 요인				
돌봄시간 (시간/주)		-0.002	0.998	0.991 - 1.004
돌봄기간 (주/연)		-0.005	0.995	0.981 - 1.008
대응 및 사회적 지지				
사회참여 (ref=무)	유	0.160	1.173	0.630 - 1.717
2차적 가족 돌봄 제공자 (ref=무)	유	-0.142	0.867	0.284 - 1.451
배경 및 상황변수				
연령		0.037	1.038	0.992 - 1.083
돌봄 대상자와의 관계 (ref=배우자)	딸	-0.937	0.392	-0.705 - 1.489
	며느리	-1.093	0.335	-0.902 - 1.572
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	0.771	2.161	0.313 - 4.008
	중졸	0.284	1.328	-0.547 - 3.203
	고졸	0.232	1.261	-0.466 - 2.988
거주지역 (ref=대도시)	중소도시	0.622*	1.863	1.259 - 2.467
	읍면부	0.524	1.690	1.005 - 2.374
취업여부 (ref=무)	유	-0.570	0.565	-0.060 - 1.191
가구소득 (ref=4Q)	1Q	-0.115	0.891	0.183 - 1.599
	2Q	0.464	1.591	0.919 - 2.263
	3Q	-0.018	0.982	0.118 - 1.845
만성질환 (ref=0-1개)	2개 이상	2.066***	7.894	6.767 - 9.021
AIC	439.250***			

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

II. 주관적 건강상태

1) 단변량 분석결과

일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지와 배경 및 상황변수에 따른 여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태에 대한 단변량 분석 결과는 [표6]과 같다.

돌봄 제공자의 주관적 건강상태는 일차적 스트레스 요인 중 돌봄 대상자의 연령에 따라 유의한 차이를 보였으며 구체적으로, 주관적 건강상태가 나쁜 군에서 75세 이상의 비율이 높은 것으로 나타났다.

한편, 이차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적 지지에서 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인은 확인되지 않았다.

배경 및 상황변수에서는 돌봄 대상자와의 관계, 돌봄 제공자의 연령, 교육수준, 가구소득, 만성질환의 개수에 따라 돌봄 제공자의 주관적 건강상태에 유의한 차이를 보였다. 주관적 건강상태가 나쁜 군에서는 딸의 비율이 10.14%, 며느리가 68.24%로 좋은 군의 딸(27.87%)과 며느리 비율(49.73%)에 비해 상대적으로 딸의 수가 적고 며느리 수가 많은 것으로 나타났다. 연령에서는 45-59세의 비율은 상대적으로 낮고 60세 이상의 비율이 높은 것으로 나타났다. 또한, 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 군에서 소득분위 1Q군과 2Q군이 각각 30.41%, 33.11%로 나타나 가장 많은 비중을 차지했으나 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식하는 군에서는 소득분위 4Q군의 비율이 33.88%로 가장 높았다. 이는 즉, 소득하위계층이 주관적 건강상태를 부정적으로 인지하고 있음을 나타낸다. 마지막으로 2개 이상의 만성질환을 보유한 비율이 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식한 군보다(2.73%) 부정적으로 인식한 군에서(14.86%) 6배 가까이 높았다.

[표6] 여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태 관련요인(단변량)

변인	구분	건강상태		χ^2	
		무 N(%)	유 N(%)		
일차적 스트레스 요인					
돌봄대상자 특성	성별	남	122(66.67)	108(72.97)	1.5348
		여	61(33.33)	40(27.03)	
	연령	75세 미만	159(86.89)	109(73.65)	9.3029**
		75세 이상	24(13.11)	39(26.35)	
	교육수준	초졸 이하	103(56.28)	81(54.73)	4.2341
		중졸	21(11.48)	27(18.24)	
		고졸	39(21.31)	30(20.27)	
	배우자 유무	유	53(28.96)	34(22.97)	1.5146
		무	130(71.04)	114(77.03)	
	일상생활수행능력 (ADL)	0-1점	67(36.61)	39(26.35)	4.2206
		2-4점	30(16.39)	25(16.89)	
		5점 이상	86(46.99)	84(56.76)	
인지기능 (MMSE)	17점 이하	101(55.19)	96(64.86)	3.4881	
	18-23점	34(18.58)	19(12.84)		
	24점 이상	48(26.23)	33(22.3)		
이차적 스트레스 요인					
돌봄 특성	돌봄시간(시간/주)	50미만	147(80.33)	103(69.59)	5.7682
		50이상 100미만	24(13.11)	26(17.57)	
		100이상	12(6.56)	19(12.84)	
	돌봄기간(주/연)	30미만	67(36.61)	48(32.43)	2.2619
		30이상 50미만	17(9.29)	9(6.08)	
대응 및 사회적지지					
	사회참여	유	138(75.41)	74(50)	22.9436***
		무	45(24.59)	74(50)	
	2차적 가족 돌봄 제공자	유	68(37.16)	48(44.71)	0.8029
		무	115(62.84)	100(67.57)	
배경 및 상황변수					
돌봄제공자 특성	연령	45-59세	40(21.86)	16(10.81)	7.111*
		60-74세	47(25.68)	44(29.73)	
		75세이상	96(52.46)	88(59.46)	
	돌봄 대상자와의 관계	배우자	41(22.4)	32(21.62)	17.7645***
		딸	51(27.87)	15(10.14)	
		며느리	91(49.73)	101(68.24)	
	교육수준	초졸 이하	83(45.36)	105(70.95)	23.1389***
		중졸	40(21.86)	22(14.86)	
		고졸	54(29.51)	19(12.84)	
		대졸이상	6(3.28)	2(1.35)	
	거주지역	대도시	88(48.09)	74(50)	0.1692
		중소도시	51(27.87)	41(27.7)	
		읍면부	44(24.04)	33(22.3)	
	취업여부	유	54(29.51)	31(20.95)	3.1431
		무	129(70.49)	117(79.05)	
가구소득	1Q	38(20.77)	45(30.41)	27.5516***	
	2Q	32(17.49)	49(33.11)		
	3Q	51(27.87)	36(24.32)		
	4Q	62(33.88)	18(12.16)		
만성질환	0-1개	178(97.27)	126(85.14)	16.0773***	
	2개 이상	5(2.73)	22(14.86)		

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

2) 다변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태 관련요인을 파악하기 위하여 주관적 건강상태를 좋음과 나쁨으로 구분하고 합동로지모형을 사용하였으며 [표7]과 같이 분석하였다.

돌봄 제공자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 일차적 스트레스 요인으로는 돌봄 대상자의 인지기능이 있었으며 인지기능이 높을수록($OR=0.96, P<.05$) 주관적 건강상태를 긍정적으로 인식할 확률이 높았다. 이 같은 결과는 인지저하 환자를 돌보는 가족원의 경우, 앞서 언급한대로 우울수준이 높을 뿐만 아니라 주관적 건강상태 또한 부정적으로 인식하고 있음을 가리킨다.

이차적 스트레스 요인 중에서는 관련요인이 나타나지 않았으며 대응 및 사회적 지지에서는 사회참여여부가 돌봄 제공자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 즉, 사회활동참여자가($OR=0.46, P<.01$) 사회활동 비참여자에 비해 주관적 건강상태를 긍정적이게 인지하는 것으로 나타나 사회활동이 완충요인으로 작용하였음을 알 수 있었다.

배경 및 상황변수에서는 돌봄 제공자의 연령, 가구소득, 만성질환이 관련요인으로 도출되었다. 다시 말해, 돌봄 제공자의 연령이 높을수록 주관적 건강상태를 나쁘게 인식할 위험이 증가하였으며 가구소득 4Q 대비 2Q군($OR=4.11, P<.001$)과 3Q군($OR=4.61, P<.001$)에서 주관적 건강상태를 부정적으로 인지할 확률이 높았다. 또한, 만성질환을 2개 이상 보유한 경우($OR=8.13, P<.001$) 0또는 1개 이하 보유군에 비해 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 위험이 큰 것으로 나타났다.

[표7] 여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태 관련요인(다변량, 합동로짓모형)

변 인	구 분	주관적 건강상태		
		β	OR.	95% CI
일차적 스트레스 요인				
성별 (ref=남)	여	0.308	1.361	0.155 - 2.567
연령		-0.002	0.998	0.954 - 1.043
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	-0.978	0.376	-0.871 - 1.623
	중졸	0.319	1.375	0.044 - 2.707
	고졸	0.158	1.172	-0.014 - 2.357
배우자유무 (ref=무)	유	-1.199	0.301	-1.207 - 1.810
일상생활수행능력 (ADL)		-0.060	0.942	0.812 - 1.072
인지기능 (MMSE)		-0.035*	0.965	0.933 - 0.998
이차적 스트레스 요인				
돌봄시간 (시간/주)		0.004	1.004	0.997 - 1.011
돌봄기간 (주/연)		-0.002	0.998	0.983 - 1.013
대응 및 사회적 지지				
사회참여 (ref=무)	유	-0.756**	0.469	-0.105 - 1.044
2차적 가족 돌봄 제공자 (ref=무)	유	0.198	1.219	0.568 - 1.870
배경 및 상황변수				
연령		0.057*	1.059	1.059 - 1.108
돌봄 대상자와의 관계 (ref=배우자)	딸	0.665	1.945	0.717 - 3.173
	며느리	-0.580	0.560	-0.896 - 2.016
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	0.734	2.084	-0.022 - 4.191
	중졸	-0.364	0.695	-1.455 - 2.845
	고졸	-0.356	0.701	-1.317 - 2.719
거주지역 (ref=대도시)	중소도시	-0.009	0.991	0.333 - 1.650
	읍면부	-0.055	0.946	0.220 - 1.672
취업여부 (ref=무)	유	0.054	1.056	0.369 - 1.743
가구소득 (ref=4Q)	1Q	0.624	1.867	1.080 - 2.655
	2Q	1.414***	4.110	3.370 - 4.851
	3Q	1.527***	4.605	3.662 - 5.548
만성질환 (ref=0-1개)	2개 이상	2.095***	8.127	6.946 - 9.307
AIC	401.5***			

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

Ⅲ. 통증

1) 단변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지와 배경 및 상황변수에 따른 통증유무의 단변량 분석 결과는 [표8]과 같다.

돌봄 제공자의 통증 유무는 일차적 스트레스 요인 중 돌봄 대상자의 연령과 인지 기능에 따라 유의한 차이를 보였다. 통증 유경험군에서 75세 이상이 75.87%, 75세 미만이 71.13%로 통증 무경험군의 75세 이상 14.96%, 75세 미만 85.04%에 비해 상대적으로 연령대가 높음을 알 수 있었다. 또한, 인지기능이 17점 이하로 치매가 의심되는 군의 비율이 상대적으로 높았다.

이차적 스트레스 요인에서는 돌봄 제공자의 통증 유무에 따른 차이가 나타나지 않았다.

대응 및 사회적 지지에서는 사회참여 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 확인할 수 있었으며 통증 유경험군에서 사회활동 비참여자의 비율이 47.42%로 통증 미경험군의 사회활동 비참여자 24.59%에 비해 2배가량 높은 것으로 나타났다.

배경 및 상황변수에서는 돌봄 제공자의 연령, 만성질환의 개수에 따라 돌봄 제공자의 통증 유무의 차이를 보였다. 돌봄 제공자의 경우, 통증 유경험군에서 75세 이상과 2개 이상의 만성질환 보유자 비율이 통증 미경험군에 비해 상대적으로 높았다.

[표8] 여성 가족 돌봄 제공자의 통증 관련요인(단변량)

변인	구분	통증		χ^2	
		무 N(%)	유 N(%)		
일차적 스트레스 요인					
돌봄 대상자 특성	성별	남	165(70.51)	65(67.01)	0.3968
		여	69(29.49)	32(32.99)	
	연령	75세 미만	199(85.04)	69(71.13)	8.6082**
		75세 이상	35(14.96)	28(28.87)	
	교육수준	초졸 이하	127(54.27)	57(58.76)	1.5063
		중졸	34(14.53)	14(14.43)	
		고졸	49(20.94)	20(20.62)	
		대졸이상	24(10.26)	6(6.19)	
	배우자 유무	유	173(73.93)	71(73.2)	0.0192
		무	61(26.07)	26(26.8)	
	일상생활수행능력 (ADL)	0-1점	82(35.04)	24(24.74)	3.3451
		2-4점	37(15.81)	18(18.56)	
5점 이상		115(49.15)	55(56.7)		
인지기능 (MMSE)	17점 이하	130(55.56)	67(69.07)	6.6799*	
	18-23점	38(16.24)	15(15.46)		
	24점 이상	66(28.21)	15(15.46)		
이차적 스트레스 요인					
돌봄 특성	돌봄시간(시간/주)	50미만	178(76.07)	72(74.23)	1.6179
		50이상 100미만	37(15.81)	13(13.4)	
		100이상	19(8.12)	12(12.37)	
	돌봄기간(주/연)	30미만	83(35.47)	32(32.99)	0.3294
		30이상 50미만	19(8.12)	7(7.22)	
대응 및 사회적지지					
	사회참여	유	138(75.41)	51(52.58)	22.9436***
		무	45(24.59)	46(47.42)	
	2차적 가족 돌봄 제공자	유	81(34.62)	35(36.08)	0.0648
		무	153(65.38)	62(63.92)	
배경 및 상황변수					
돌봄 제공자 특성	연령	45-59세	45(19.23)	11(19.64)	7.4471*
		60-74세	70(29.91)	21(21.65)	
		75세 이상	119(50.85)	65(67.01)	
	돌봄 대상자와의 관계	배우자	127(54.27)	65(67.01)	4.5721
		딸	56(23.93)	17(17.53)	
		며느리	51(21.79)	15(15.46)	
	교육수준	초졸 이하	127(54.27)	57(58.76)	1.5063
		중졸	34(14.53)	14(14.43)	
		고졸	49(20.94)	20(20.62)	
		대졸이상	24(10.26)	6(6.19)	
	거주지역	대도시	116(49.57)	46(28.4)	0.4849
		중소도시	66(28.21)	26(26.8)	
		읍면부	52(22.22)	25(25.77)	
	취업여부	유	61(70.49)	24(24.74)	0.0632
		무	173(29.51)	73(75.26)	
	가구소득	1Q	57(24.36)	26(26.8)	11.557
		2Q	50(21.37)	31(31.96)	
3Q		59(25.21)	28(28.87)		
4Q		68(29.06)	12(12.37)		
만성질환	0-1개	227(97.01)	77(79.38)	28.4407***	
	2개 이상	7(2.99)	20(20.62)		

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

2) 다변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 통증 유무 관련요인을 파악하기 위하여 유무에 따라 각각 '1', '0'으로 구분하고 패널로지분석을 실시하였다. 앞선 검정결과에 따라 개인의 고유한 특성이 미치는 효과를 확률적으로 가정하는 random effect모형을 사용하였으며 [표9]과 같이 분석하였다.

여성 가족 돌봄 제공자의 통증에 영향을 미치는 요인은 일차적 스트레스 요인과 이차적 스트레스 요인은 물론, 대응 및 사회적 지지에서도 확인되지 않았다. 다만, 배경 및 상황변수에서는 가구소득, 만성질환이 돌봄 제공자의 통증 관련요인으로 나타났다. 가구소득 4Q 대비 2Q군(OR=3.9, P<.01)과 3Q군(OR=6.65, P<.001) 즉, 저소득층에서 통증을 경험할 확률이 높았으며 만성질환을 2개 이상 보유한 경우에도(OR=7.09, P<.001) 1개 이하 보유군에 비해 통증 경험율이 높은 것으로 확인되었다.

[표9] 여성 가족 돌봄 제공자의 통증 관련요인(다변량, 확률효과모형)

변 인		통증		
		β	OR	95%CI
일차적 스트레스 요인				
성별 (ref=남)	여	-1.146	0.318	-1.155 - 1.791
연령		0.004	1.004	0.952 - 1.056
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	-0.511	0.600	-0.899 - 2.099
	중졸	-0.285	0.752	-0.884 - 2.387
	고졸	-0.142	0.868	-0.584 - 2.319
배우자유무 (ref=무)	유	-0.453	0.636	-1.140 - 2.412
일상생활수행능력 (ADL)		0.051	1.052	0.905 - 1.199
인지기능 (MMSE)		-0.025	0.976	0.939 - 1.102
이차적 스트레스 요인				
돌봄시간 (시간/주)		-0.002	0.998	0.991 - 1.005
돌봄기간 (주/연)		0.002	1.002	0.983 - 1.020
대응 및 사회적지지				
사회참여 (ref=무)	유	-0.687	0.503	-0.175 - 1.181
2차적 가족 돌봄 제공자 (ref=무)	유	0.079	1.082	0.349 - 1.186
배경 및 상황변수				
연령		0.048	1.049	0.991 - 1.106
돌봄 대상자와의관계 (ref=배우자)	딸	-0.804	0.447	-1.228 - 2.123
	며느리	-1.066	0.344	-1.533 - 2.222
교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	0.649	1.914	-0.808 - 4.636
	중졸	1.254	3.504	0.754 - 6.254
	고졸	0.199	1.221	-1.381 - 3.822
거주지역 (ref=대도시)	중소도시	0.193	1.212	0.472 - 1.953
	읍면부	0.233	1.262	0.412 - 2.111
취업여부 (ref=무)	유	0.322	1.380	0.577 - 2.182
가구소득 (ref=4Q)	1Q	0.227	1.254	0.325 - 2.183
	2Q	1.361**	3.900	3.030 - 4.771
	3Q	1.896***	6.657	5.557 - 7.757
만성질환 (ref=0-1개)	2개 이상	1.959***	7.095	5.956 - 8.234
AIC	1808.59***			

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

제 4 절 여성 가족 돌봄 제공자의 의료이용 관련요인

1) 단변량 분석결과

여성 가족 돌봄 제공자의 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인, 대응 및 사회적 지지와 배경 및 상황변수에 따른 외래이용 유무의 단변량 분석 결과는 [표10]과 같다.

일차적 스트레스 요인 중에서는 돌봄 제공자의 외래이용 유무에 차이가 없었으며, 이차적 스트레스 요인으로는 돌봄시간에서 차이를 보였다. 외래서비스 미이용 군에서는 주당 돌봄시간이 50이상 100미만인 군이 27.96%로 이용 군의 10.08%에 비해 높았으나 50미만과 100이상에서는 이용군의 비율이 높아 양극단으로 치우친 형태를 보였다. 대응 및 사회적지지에서는 외래이용 유무에 차이를 보이는 요인은 없었으며 배경 및 상황변수에서 돌봄 제공자의 주관적 건강상태, 통증 여부에 따라 외래이용 유무의 유의한 차이가 확인되었다. 외래 이용군에서는 상대적으로 주관적 건강상태를 부정적으로 인지하는 비율이 높았으며 통증 유경험자가 66.8%로 미이용군의 19.35%에 비해 3배 가까이 높은 비율을 보였다.

[표10] 여성 가족 돌봄 제공자의 외래이용 관련요인(단변량)

변인	구분	외래진료		χ^2	
		미이용 N(%)	이용 N(%)		
일차적 스트레스 요인					
돌봄대상자 특성	성별	남	62(66.66)	168(70.58)	0.485
		여	31(33.34)	70(29.42)	
	연령	75세 미만	42(45.16)	105(44.12)	0.0295
		75세 이상	51(54.84)	133(55.88)	
	교육수준	초졸 이하	57(61.29)	127(53.36)	3.3465
		중졸	15(16.13)	33(13.87)	
		고졸	15(16.13)	54(22.69)	
	배우자 유무	유	27(29.03)	60(25.21)	0.5042
		무	66(70.97)	178(74.79)	
	일상생활수행능력 (ADL)	0-1점	28(30.11)	78(32.77)	2.0197
		2-4점	12(12.90)	43(18.07)	
		5점 이상	53(56.99)	117(49.16)	
	인지기능 (MMSE)	17점 이하	57(61.29)	140(58.82)	0.6481
18-23점		16(17.20)	37(15.55)		
24점 이상		20(21.51)	61(25.63)		
이차적 스트레스 요인					
돌봄 특성	돌봄시간(시간/주)	50미만	60(64.52)	190(79.84)	16.6848***
		50이상 100미만	26(27.96)	24(10.08)	
		100이상	7(7.52)	24(10.08)	
	돌봄기간(주/연)	30미만	33(35.48)	82(34.45)	0.1622
		30이상 50미만	8(8.60)	18(7.56)	
대응 및 사회적 지지					
	사회참여	유	57(61.29)	155(65.13)	0.4273
		무	36(38.71)	83(34.87)	
	2차적 가족 돌봄 제공자	유	36(38.71)	88(36.97)	1.3853
		무	65(61.29)	150(63.03)	
배경 및 상황변수					
돌봄제공자 특성	연령	45-59세	42(45.16)	94(39.92)	0.6171
		60-74세	35(37.63)	97(40.76)	
		75세 이상	16(17.20)	47(19.75)	
	돌봄 대상자와의 관계	배우자	51(54.83)	51(21.43)	0.5331
		딸	22(23.66)	46(19.33)	
		며느리	20(21.51)	141(59.24)	
	교육수준	초졸 이하	55(59.13)	133(55.88)	0.6171
		중졸	18(19.35)	44(19.49)	
		고졸	18(19.35)	55(23.11)	
		대졸이상	2(2.17)	6(1.52)	
	거주지역	대도시	48(51.61)	114(47.90)	0.6358
		중소도시	26(27.96)	66(27.73)	
		읍면부	19(20.43)	58(24.37)	
취업여부	유	24(26.88)	61(25.63)	0.0011	
	무	69(74.19)	177(74.37)		

	가구소득	1Q	32(34.40)	51(21.43)	6.1853
		2Q	21(22.58)	60(25.21)	
		3Q	20(21.51)	67(28.15)	
		4Q	20(21.51)	60(25.21)	
	만성질환	0-1개	86(92.47)	218(91.60)	0.0686
		2개 이상	7(7.53)	20(8.4)	
	우울	유	40(43.02)	111(46.64)	0.3548
		무	53(56.98)	127(53.36)	
	주관적 건강상태	좋음	60(64.52)	123(51.68)	4.4565*
		나쁨	33(35.48)	115(48.32)	
	통증	유	18(19.35)	159(66.80)	6.1812
		무	75(80.65)	79(33.2)	

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

2) 다변량 분석결과

본 연구에서는 여성 가족 돌봄 제공자의 외래이용 관련요인을 파악하기 위하여 음이항 회귀분석과 Two-part model을 적용하였으며 그 결과는 [표11]과 같다.

외래이용 유무 관련요인 중 일차적 스트레스요인, 이차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적지지 요인은 확인되지 않았다. 한편, 배경 및 상황변수에서는 돌봄 제공자의 주관적 건강상태와 통증이 외래이용 유무에 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 돌봄 제공자가 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 경우 긍정적으로 인식하는 경우에 비해 2배가량(OR=2.02, P<.05) 외래이용 확률이 높았으며 통증 무경험군에 비해 유경험군에서 외래이용 확률이(OR=2.27, P<.05) 높아지는 결과를 보였다. 이를 통해 외래이용 유무는 돌봄 제공자의 건강수준과 상관관계가 있음을 확인할 수 있었다.

반면, 외래이용 횟수에 영향을 미치는 일차적 스트레스 요인으로는 돌봄 대상자의 교육수준이 있었다. 즉, 돌봄 대상자의 교육수준이 중졸 또는 고졸인 경우 대졸이상 에 비해 외래이용 횟수가 증가하는 경향을 보였다.

이차적 스트레스 요인 및 대응 및 사회적지지에서는 외래이용 횟수 관련요인을 확인할 수 없었다.

배경 및 상황변수에서는 돌봄 제공자의 교육수준, 거주지역, 만성질환, 주관적 건강상태가 관련요인으로 나타났다. 돌봄 제공자의 학력이 중졸일 때 대졸이상과 비교해 외래서비스 이용 횟수가 증가하였으며 대도시 거주자에 비해 중소도시 거주자, 만성질환을 2개 이상 보유한 군에서 돌봄 제공자의 외래이용 횟수가 증가할 확률이 높았다. 이를 통해 상대적으로 취약계층에서 외래서비스 이용이 두드러지게 발생하고 있음을 알 수 있었다. 또한, 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 경우 역시 외래이용 횟수가 증가하였으며 이를 통해 실질적 의료욕구가 외래서비스 이용 횟수에도 반영되었음을 확인할 수 있었다.

[표11] 여성 가족 돌봄 제공자의 외래이용에 영향을 미치는 요인(다변량, 확률효과모형)

변인	구분	외래이용유무			외래이용		
		β	OR	95%CI	β	S.E.	
일차적 스트레스 요인							
돌봄대상자 특성	성별 (ref=남)	여	-0.282	0.754	-0.405 - 1.913	0.156	0.259
	연령		0.006	1.006	0.961 - 1.051	0.001	0.010
	교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	-0.344	0.709	-0.602 - 2.020	0.472	0.269
		중졸	-0.703	0.495	-0.851 - 1.841	0.727**	0.279
		고졸	-0.017	0.983	-0.277 - 2.243	0.529*	0.242
	배우자 유무 (ref=무)	유	0.576	1.779	0.356 - 3.202	0.199	0.317
	일상생활수행능력 (ADL)		-0.035	0.965	0.836, 1.094	0.004	0.026
인지기능 (MMSE)		0.010	1.010	0.976, 1.044	0.001	0.007	
이차적 스트레스 요인							
돌봄 특성	돌봄시간(시간/주)		-0.003	0.997	0.990 - 1.003	0.001	0.002
	돌봄기간(주/연)		0.008	1.008	0.994 - 1.023	0.001	0.003
대응 및 사회적 지지							
	사회참여 (ref=무)	유	0.156	1.169	0.569 - 1.769	0.187	0.134
	2차적 가족 돌봄 제공자 (ref=무)	유	0.369	1.446	0.805 - 2.088	0.158	0.130
배경 및 상황변수							
돌봄제공자 특성	연령		-0.010	0.990	0.940 - 1.040	0.002	0.011
	돌봄 대상자와의관계 (ref=배우자)	딸	-0.217	0.805	-0.305 - 1.916	0.047	0.266
		며느리	-0.234	0.791	-0.464 - 2.046	0.071	0.301
	교육수준 (ref=대졸이상)	초졸 이하	0.062	1.064	-0.925 - 3.052	0.636	0.439
		중졸	0.200	1.221	-0.794 - 3.237	0.861*	0.442
		고졸	0.420	1.522	-0.415 - 3.458	0.571	0.409
	거주지역 (ref=대도시)	중소도시	-0.047	0.954	0.313 - 1.596	0.294*	0.147
		읍면부	0.254	1.290	0.550 - 2.030	0.181	0.155
	취업여부 (ref=무)	유	-0.128	0.880	0.221 - 1.538	0.098	0.151
	가구소득 (ref=4Q)	1Q	-0.532	0.588	-0.191 - 1.366	0.255	0.180
		2Q	-0.472	0.624	-0.143 - 1.391	0.269	0.155
		3Q	-0.761	0.467	-0.521 - 1.455	0.342	0.211
	만성질환 (ref=0-1개)	2개 이상	0.202	1.224	0.153 - 2.295	0.539*	0.219
	우울 (ref=무)	유	-0.053	0.949	0.338 - 1.559	0.237	0.126
주관적 건강상태 (ref= 좋음)	나쁨	0.705*	2.025	1.347 - 2.702	0.615***	0.139	
통증 (ref=무)	유	0.819*	2.267	1.508 - 3.026	0.254	0.160	
AIC			1572.88***			2137.17***	

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

제 5 장 결론 및 고찰

본 연구는 지역사회에 거주하는 여성 가족 돌봄 제공자의 건강수준을 우울, 주관적 건강상태, 통증으로 분류하여 살펴봄으로서 건강수준에 미치는 요인을 세부적으로 분석하고 나아가 의료이용 관련요인을 실증적으로 파악하고자 하였다. 돌봄 제공자의 건강수준과 의료이용 관련요인에 대한 파악은 돌봄 제공자 본인의 건강증진 뿐만 아니라 돌봄 대상자에게 적절한 돌봄을 제공하고 가족의 붕괴를 예방하며 지속가능한 돌봄 정책을 유지하기 위한 기반자료로서의 의미를 지닌다.

여성 가족 돌봄 제공자의 우울과 일차적 스트레스 요인간의 관계를 살펴본 결과, 돌봄 대상자의 연령, 인지기능이 유의한 음의 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 다시 말해 돌봄 대상자의 연령과 인지기능이 증가할수록 우울증상을 경험할 확률이 낮아지는 것으로 확인되었다. 이는 돌봄 대상자가 젊을수록 돌봄 제공자의 우울수준이 증가한다는 Covinsky 등(2003)의 연구결과와 일치하였으며 인지기능이(MMSE) 낮을수록 우울수준은 증가한다는 Martin Pinquart & Sörensen(2011)의 연구결과를 지지하였다. 이 같은 결과는 다른 집단에 비해 비교적 취약한 65세 미만자 및 치매 환자를 돌보는 여성 가족원의 우울 수준 감소를 위한 정서적, 사회적지지 프로그램의 제도화 필요성을 시사한다.

이차적 스트레스 요인과 대응 및 사회적지지 관련요인은 나타나지 않았다. 먼저, 돌봄 특성의 경우 돌봄을 제공하는 행위 자체에서 이미 스트레스를 받고 우울증상이 발생되기 때문에 돌봄을 제공하는 시간 및 기간에 따라서는 큰 차이가 없는 것으로 이해된다. 역시 같은 맥락에서 사회활동 참여 및 2차적 가족 돌봄 제공자의 유무도 우울수준의 차이는 있을 수 있겠으나 우울증상 유무를 결정짓지는 못하는 것으로 보인다.

배경 및 상황변수로는 돌봄 제공자의 만성질환과 거주지가 있었다. 즉, 돌봄 제공자의 만성질환이 2개 이상이며 중소도시 거주자의 우울수준이 높았는데 이는 건강상태의 악화와 지역적으로 접근 가능한 가용 자원의 한계가 우울 수준에 영향을 미친 결과로 판단된다.

여성 가족 돌봄 제공자의 주관적 건강상태와 일차적 스트레스 요인 간의 상관관계를 살펴본 결과, 돌봄 대상자의 인지기능이 관련요인으로 나타났다. 즉, 돌봄 대상자의 인지기능이 증가할수록 돌봄 제공자가 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 확률

이 감소하였다. 이는 인지기능이 낮을수록 주관적 건강상태를 포함한 건강관련 삶의 질이 낮아지는 것으로 나타난 Miura, Arai, & Yamasaki(2005)의 결과와 일치하였다. 앞선 연구결과에서 돌봄 제공자의 인지기능 감소는 우울수준을 증가시키는 요인이기도 하였으며 이 같은 결과로 말미암아 치매노인을 돌보는 여성 가족원의 돌봄부담 완화를 위한 정책의 필요성을 확인할 수 있었다.

이차적 스트레스 요인에서는 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다. 이는 앞서 언급한 우울관련요인과 같은 맥락일 것으로 생각된다.

대응 및 사회적 지지에서는 사회참여 여부가 관련요인으로 나타났다. 사회참여를 하고 있는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 확률이 낮았으며 이를 통해 사회적 지지가 완충요인으로 작용하였음을 알 수 있었다. 이는 사회적 지지를 통한 긍정적인 대처기전의 학습으로 인한 결과로 사료되며 돌봄 대상자의 사회활동 참여뿐만 아니라 돌봄 제공자의 사회활동 참여도 격려할 필요가 있음을 보여주었다.

배경 및 상황변수로는 돌봄 제공자의 연령, 가구소득, 만성질환이 관련요인으로 밝혀졌다. 돌봄 제공자의 연령이 높고 소득수준이 낮으며 만성질환 보유개수가 2개 이상인 경우 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하고 있었다. 이 같은 결과는 연령이 높을수록 상대적으로 건강문제를 경험할 확률이 높고 노인단독세대가 증가하고 있어 혼자서 돌봄의 책임을 감당해야하는 경우가 많기 때문인 것으로 이해된다. 현재 우리나라의 장기요양보험제도에서는 65세 이상의 고령 배우자가 가족요양서비스를 제공할 경우 타 가족 돌봄 제공자에 비해 수가를 높이 측정하고 있다. 하지만 이 같은 지원은 경제적인 면에만 국한되어 있어 우울 수준 경감을 위한 정서적 지원은 미미한 편이며 경제적인 지원 또한 배우자로 대상을 한정하고 있어 그 밖의 고령 돌봄 제공자에 대한 지원은 마련되어 있지 않다. 65세 이상 노인을 대상으로 한 2012년 고령자통계 결과에 따르면 주관적 건강상태가 ‘ 좋음’이라고 응답한 고령자는 20.4%에 불과하였으나 ‘ 나쁨’이라고 응답한 고령자는 49.4%로 나타나 이 같은 결과를 지지하였다. 또한, Jonsson et al(2005)의 연구에서도 연령의 증가에 따라 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하는 것으로 나타나 본 연구와 일치하는 결과를 보였다. 한편 소득수준과 만성질환이 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 나타났는데 이는 경제적 갈등으로 간병인 등 대체서비스 제제의 이용가능성이 낮아지고 돌봄 제공자 본인의 신체 건강지표가 반영된 결과로 생각된다.

돌봄 제공자의 통증과 일차적 스트레스 요인, 이차적 스트레스 요인 , 대응 및 사

회적 지지의 상관관계는 밝혀지지 않았다.

배경 및 상황변수에서는 돌봄 제공자의 가구소득, 만성질환이 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 가구소득이 낮을수록 통증 경험율이 높은 것으로 확인되었는데 가구소득은 앞서 주관적 건강상태 관련요인으로도 나타난 바 있다. 같은 맥락에서 경제적 갈등으로 인해 간병인 등의 대체 제재를 사용하지 못하여 발생한 결과로 사료된다. 또한, 만성질환이 2개 이상인 경우에도 통증 경험율이 높은 것으로 확인되었다. 만성질환은 우울, 주관적 건강상태, 통증에 이르기까지 빠짐없이 나타나는 관련 요인으로서 신체적 건강지표가 건강수준 전반에 고루 영향을 미친 것으로 이해된다. 이 같은 결과를 통해 만성질환자 관리 및 예방서비스의 중요성을 확인 할 수 있었다.

의료이용 여부와 횟수 관련요인을 파악하기 위하여 Two part model을 사용하였으며 의료이용 여부에 대한 분석결과 돌봄 제공자의 주관적 건강상태와 통증이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 다시 말해 주관적 건강상태를 부정적으로 인식하고 통증 경험율이 높을수록 외래서비스를 이용할 확률이 높았다. 이는 주관적 건강상태와 통증이 병원이용을 촉구하는 실질적인 의료욕구에 해당하여 나타난 결과로 이해되며 특히 통증의 경우 노인의 입원서비스 및 외래서비스 이용과 공통적으로 관련된 요인이기도 하다. 이 같은 결과는 통증관리를 통해 외래서비스 이용을 완화시킬 수 있다는 전해숙 등(2012)의 연구를 지지하였다.

외래서비스 이용 횟수 관련요인으로는 돌봄 대상자의 교육수준과 돌봄 제공자의 교육수준, 거주지, 만성질환, 주관적 건강상태가 있었다. 즉, 돌봄 대상자의 교육수준이 낮을수록 외래서비스 이용 횟수가 증가하였으며 돌봄 제공자의 교육수준이 낮으며 중소도시 거주자, 2개 이상의 만성질환 보유자, 가구소득이 낮을수록 외래 이용 횟수 또한 증가하였다. 이를 통해 상대적 취약계층에서 외래서비스 이용이 두드러지는 결과를 확인할 수 있었다. 또한, 만성질환과 주관적 건강상태와 같은 실질적인 의료욕구가 외래서비스 이용 여부는 물론 횟수에도 반영되었음을 알 수 있었으며 이는 전해숙 등(2012)의 연구결과와 일치하였다. 하지만 본 연구에서는 돌봄 제공자의 교육수준이 낮을수록 외래서비스 이용 횟수가 증가하는 양상을 보였으나 이 같은 결과는 교육수준이 높을수록 주치의 방문횟수가 증가한다는 Son 등(2007)과 Zhu 등(2015)의 연구와는 상반된 결과였다. 이는 우리나라에서 시행하고 있는 전 국민 의료보험을 통해 의료이용에 대한 접근도가 상대적으로 높아 외국의 사례와는 다른 효과가 나타난 것으로 사료된다. 또한, 만성질환과 관련해서는 만성질환의 개수가 증가할수록 외래처치 횟수가 증가한다는 Zhu 등(2015)의 연구결과와 일치하였다.

이상의 결과를 종합해보면, 다음과 같은 시사점을 지닌다.

첫째, 돌봄 대상자의 인지기능이 돌봄 제공자의 우울수준과 주관적 건강상태 관련 요인으로 확인되었다. 즉, 인지기능이 낮을수록 돌봄 제공자의 우울수준이 높고 주관적 건강상태를 부정적으로 인식할 가능성이 높았다. 이는 치매노인을 돌보는 가족원에 대한 신체적, 정서적, 사회적 서비스의 필요성을 시사한다. 이와 관련하여 치매특별등급의 시행과 치매가족휴가제, 주야간보호 이용 장려 등의 정책이 시행되고 있다. 하지만 현 장기요양보험제도는 주로 가족 돌봄 제공자의 일상생활수행 지원 중심의 기본적인 서비스 제공에 그치고 있어 정서적 및 사회적 지원이 부족하며 서비스의 다양성이 떨어져 선택의 폭이 좁은 편이다. 선형국에서는 자조집단을 운영하며 정보를 공유함으로써 사회참여활동을 증진시키거나 돌봄과 관련된 교육 및 상담제공의 방식으로 프로그램을 운영하고 있다. 이를 바탕으로 돌봄 제공자가 상황에 따라 적절한 서비스를 선택할 수 있도록 다양한 프로그램이 운영되어야 한다.

둘째, 돌봄 제공자의 건강수준을 우울, 주관적 건강상태, 통증으로 분류하여 각각의 영향요인을 분석한 결과 공통적인 요인도 있었으나 개별적인 요인도 확인되었다. 하지만 돌봄 제공자의 돌봄부담 완화 프로그램의 목적은 가족 돌봄 제공의 지속성 유지로 돌봄의 중심에 있는 가족 돌봄 제공자에 대한 시스템 개발에 있지 않아 문제가 발생하고 있다.(Judith A Rigg, 2003). 따라서 돌봄 제공자의 건강수준에 대한 전체적인 계획이 아닌 세부적이고 독립적인 계획이 필요하다.

셋째, 만성질환은 외래이용 유무를 제외한 모든 종속변수에서 유의한 요인으로 밝혀졌다. 다시 말해 만성질환 관리는 우울, 주관적 건강상태, 통증을 포함한 건강수준의 향상을 이끌어낼 수 있고 나아가 외래이용 횟수를 경감시킬 수 있다. 이때 건강수준에 따른 개별적 관련요인을 파악하여 만성질환 예방과 병행한다면 효과가 클 것으로 예상된다. 따라서 기초적인 만성질환 예방 강화 제도가 마련되어야 한다.

넷째, 돌봄 제공자의 나이가 많을수록 주관적 건강상태를 부정적으로 인지하고 있었다. 이는 즉 고령의 여성 가족 돌봄 제공자 관리의 필요성을 시사한다. 현 장기요양제도에서는 65세 이상의 배우자가 가족요양서비스를 제공할 경우 타 가족 돌봄 제공자 보다 수가를 높여주고 있으나 이는 경제적 측면에 국한된 서비스로 신체건강 증진을 위한 별도의 제도는 사실상 미미하다. 재가노인지원서비스는 예방적 복지 및 안전망 구축을 실현하기 위하여 영역별 프로그램 계획을 수립하고 프로그램 안에서 다양한 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다.(보건복지부, 2016) 하

지만 이 또한 예산 지원의 문제로 제대로 운영되지 못하고 있다.

이밖에도 현 제도는 상대적으로 돌봄부담 완화 프로그램이 부족하고 프로그램 간의 연속성이 떨어져 균열이 많다. 공식적 돌봄 영역의 발전은 두드러진 반면 비공식적 돌봄에 대한 지원 및 정책수립은 상대적으로 저조하였고 대부분의 가족 돌봄 제공자는 무직으로 나타났으며 이는 우울수준 향상에 영향을 미치는 변수이기도 하다. 손·자녀 양육에 있어서는 일-돌봄 양립이 지원되고 있으나 노인 돌봄 영역에서는 실질적인 지원이 부족해 일과 양립하기 어려운 것이 사실이다. 시대적 변화로 여성의 경제활동이 증가하면서 돌봄을 제공할 수 있는 여성은 줄고 있으며 이 같은 현상은 가족 내 특정구성원의 역할 집중으로 이어진다. 보통 이 특정구성원은 기회비용이 적은 경우 선택되며 여성인 경우가 많다. 가족의 붕괴를 막고 현 제도의 지속가능성을 고려하여 장기요양제도의 내실화 방안이 모색되어야 하겠다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 돌봄과 관련한 다양한 변수를 포함하지 못하였다. 일반적으로 돌봄 제공자의 건강수준 관련요인을 분석한 연구에서는 돌봄부담과 스트레스, 돌봄 대상자의 문제행동 등과 같은 변수를 포함하고 있다. Clyburn et al(2000)의 연구에서는 캐나다의 대표성 있는 노인보건 자료를 사용해 시설 및 재가에 거주하는 치매노인 주 돌봄 제공자를 대상으로 4가지 모델을 통해 돌봄 부담과 우울의 관계를 입증하였다. 구조방정식 모형으로 네 가지 모델을 분석한 결과 '돌봄 부담이 우울을 매개한다.'는 두 번째 모델의 타당성이 입증되었다. 하지만 본 연구에서는 고령화연구패널자료의 한계로 돌봄부담, 가족갈등, 역할갈등 등의 변수를 포함하지 못하였다.

둘째, 돌봄 대상자의 질병 및 질병의 중증도를 반영하지 못하였다. 다수의 선행연구에서 치매노인을 돌보는 가족원의 건강수준이 일반노인을 돌보는 가족원에 비해 좋지 않다는 결과가 확인되었으나 돌봄 대상자의 진단 여부나 중증도는 반영하지 못하였으며 다만, 인지기능(MMSE) 점수를 통해 치매 의심 기준을 점수화하여 최대한 반영하고자 하였다. Schulz(1988)는 질병의 초기, 진행, 적응 단계로 질병단계를 나누어 살펴보았으며 질병의 초기단계에서는 환자의 신체 및 인지기능 손상정도, 성격변화 등 질병과 직접적으로 관련된 요인의 영향이 큰 반면 후기로 갈수록 가족 돌봄 제공자의 연령, 소득수준, 건강상태와 같은 인구사회학적 요인들의 영향이 커진다고 하였다. 하지만 이 역시 자료의 한계로 반영하지 못하였다.

위와 같은 한계점에도 불구하고 본 연구는 횡단면 자료를 활용하여 건강수준 관련요인을 분석해왔던 선행연구와 달리 대표성 있는 표본을 사용하여 패널분석을 시

도한 실증연구라는 점에서 첫 번째 의의가 있다. 또한, 포괄적으로 분석되어왔던 비공식 돌봄 영역에서 다수를 차지하는 여성 가족 돌봄 제공자의 특성을 분리하여 독립적으로 연구하였으며 주관적 건강지표와(우울, 주관적 건강상태, 통증) 객관적 건강지표를(외래이용 유무 및 횟수) 동시에 파악하였다는 점에서 두 번째 의의가 있다.

참 고 문 헌

- 권중돈(1995). 한국 치매가족 연구 : 부양부담사정 도구 및 결정모형 개발. 서울: 홍익제 국민건강보험공단(2015). 2015년 노인장기요양통계연보.
- 김경민,이은남(2005).재가 치매노인을 돌보는 주 간호자의 스트레스와 건강상태. Korean J Rehabil Nurs Vol.8 No.1, 20-30, June, 2005
- 김남초,김정희,임영미(2002). 재가 치매노인의 주 수발자와 환경실태. 한국보건간호학회지, 16(1), 13-29.
- 김미혜, 이석미(2007). 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급여와 가족수발자를 중심으로. 사회복지정책. 31. 369-396.
- 김명화, 권순만, 김홍수(2013). 노인의 장기요양이용이 의료이용에 미치는 영향. The Korean Journal of Health Economics and Policy.Vol.19, No.3, 1~22.
- 김수영.(2003). 치매노인 가족부양자의 삶의 질에 미치는 영향요인: 가족부양자를 위한 정책대안의 모색. Social Welfare Policy. Vol. 17, pp.77-105.
- 김수영,김진선,윤현숙.(2004). 치매노인을 돌보는 가족부양자의 우울감감과 삶의 만족 예측요인.Journal of the Korea Gerontological Society. Vol. 24, No. 2. 111~128.
- 김양이(2004). 노인부양자의 부양부담에 관한 연구. 임상사회사업연구,1(2), 21-36.
- 김은영, 여정희(2012). 재가 장기요양노인 가족수발자의 건강 관련 삶의 질 영향요인. J Korean Acad Community Health Nurs Vol. 23 No. 2, 117-126, June 2012
- 김진선(2000). 우리나라 치매노인 가족간호제공에 관한 연구의 현황과 전망. 대한간호학회지. 29(6): 1419-1433.
- 김혜경(2007). 재가요보호노인 가족케어자의 부양부담에 관한 연구: 노노케어자와 일반케어자의 비교를 중심으로. 노인복지연구.vol.37. pp. 49-66.
- 류도암(2013). 여성노인의 경제적 삶의 만족도 영향요인. 한국정책학회 춘계학술발표논문집, 2013, 775-796.
- 박귀옥(2007). 노인의료복지시설의 이용에 관한 요인 연구: 주부양자의 부양부담을 중심으로, 고려대학교 사회복지학과 석사학위논문.
- 방수향, 장희정(2007). 노인 만성 질환자의 일상생활 수행도와 가족간호자의 부담감. J Korean Acad Nurs Vol.87 No.1, 135-144, February, 2007..
- 백주희, Steven H. Zarit(2009). 미국 치매노인 부양자의 우울증에 영향을 미치는 요소: 배우자 부양자와 딸 부양자 비교 연구. Journal of the Korean Gerontological Society 2009, Vol. 29, No. 4, 1591~1609.
- 보건복지부(2-16). 2016 노인보건복지사업안내.
- 부가청, 장지연(2007). 고령화연구패널조사의 국제비교연구 활용 가능성.조사연구 (2006.9) 7권 2호: 97-122.

- 서문진희, 김근홍. (2013). 고령수발자의 수발실태 및 신체적·심리적·사회적 특성에 관한 연구. 한국지역사회복지학, vol.47, pp 283-306.
- 선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미(2015). 노인돌봄(케어) 서비스의 제 공주체간 역할정립과 역할체계 구축. 한국보건사회연구원 연구보고서,
- 신꽃시계, 한경혜.(2011). 장기요양노인 가족수발자의 부양실태에 관한 연구: 배우자 수발자와 자녀 수발자의 비교를 중심으로. 한국지역사회생활과학회. 22(1):35~51.
- 신성자, 이원준.(2012). 중년 남성과 여성의 부모와의 친밀성이 노부모수발실태의지에 미치는 영향: 정서적 수발현신과 수발효능감의 이차매개효과분석을 중심으로. 노인복지연구. vol. 56, pp. 61-92.
- 신영전, 유원섭, 양영란, 김완호, 임재영.(2001) 재가 장애인의 기능 및 삶의 질 평가 척도 개발. 한양대학교 지역사회보건연구소
- 심재휘, 현지영(2014). 경력단절 여성의 재취업 영향요인에 대한 종단적 분석: 가정 내 지지에 따른 변화를 중심으로.
- 원장원.(2003) 한국형 일상생활활동 측정도구(K-ADL)와 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구(K-IADL)의 소개. 노인병학, Suppl 1: 93-105
- 유문숙, 김용순, 김기숙(2010). 치매노인 가족의 부담감, 대처능력과 건강관련 삶의 질과의 관계. 한국노년학, 30(4): 1117-1127.
- 윤현숙, 류삼희(2007). 장기요양보호노인 가족수발자의 수발부담에 영향을 미치는 요인: 배우자와 자녀 비교. 한국노년학, 27(1): 195-211.
- 윤현숙, 차홍봉, 조세희(2000a). 사회적 지원이 가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향: 심신기능손상 노인가족을 중심으로. 한국노년학, 20(1): 1-19
- 윤현숙, 차홍봉, 조양순(2000b). 뇌졸중 노인 부양가족의 부양부담과 우울에 미치는 영향 요인에 관한 연구. 한국노년학, 20(2): 137-154
- 이강오(1996) 치매 노인을 돌보는 가족원의 스트레스와 건강에 관한 연구. 정신간호학회, 1999, Vol.8(2), p.384
- 이가옥, 이미진(2000). 장기요양보호노인 가족부양자의 정서적 부양부담에 관한 연구. 한국노년학회, 20(2), 215-228.
- 이미애(2006). 주부양제공자의 하위집단별 부양부담 및 특정수발항목에 대한 부담도:성별, 거주지역별, 노인과의 관계별 변이. 노인복지연구.vol.33. pp. 279-300.
- 이선희(2014). 노인돌봄서비스 관련 현행제도의 실태와 개선방안. 보건복지포럼.
- 이윤경(2010): 「노인장기요양보험의 가족요양 급여체계 개선방안」, 『보건복지포럼』 165: 96-104
- 이인정(2006). 기능손상 아내수발자와 며느리 수발자의 부담요인의 차이에 관한 연구 사회복지연구.vol.31, pp.161-193.
- 이해정, 송라운(2000). 노인대상자를 돌보는 비전문 간호제공자의 대응기전과 건강

- 반응 예측요인. 대한간호학회지. 30(4): 893-904.
- 이해정, 서지민, 안희숙(2003) 치매노인을 돌보는 주간호제공자의 스트레스원과 우울 간의 관계에서 사회적 지지의 역할. 대한간호학회지. 33(6): 713-721.
- 이혜재, 이태진, 전보영, 정영일(2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. 보건경제와 정책연구 15(1): 79-196.
- 이호성(2004). 노인의 건강상태와 의료비부담 관련요인에 대한 연구. Journal of Korea Gerontological Society. vol.24, no.2, 163~179.
- 이희경(2010). 부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인: 노인의 문제행동을 중심으로. 한세대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 임정기, 홍은진(2011). 중고령층의 부모수발 여부에 따른 삶의 만족도 변화에 대한 종단적 연구: 잠재성장모형의 적용. 노인복지연구. vol.51. pp. 215-246.
- 전보영(2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 박사학위논문.
- 장혜경, 김영란, 조현각, 김고은, 박경희(2007). 공식영역의 돌봄노동 실태조사. 한국여성정책연구원 연구보고서.
- 전해숙, 강상경.(2012). 연소노인과 고령노인 간 의료서비스 이용 예측요인의 연령차-고령화 사회의 의료서비스에 주는 함의. 보건사회연구.32(1). pp.28-57
- 정여주, 서문진희(2011). 장기요양 필요노인 부양자의 시설입소결정 경험에 관한 근거이론접근. 한국사회복지질적연구 제5권 제1호, pp.87-117
- 정영호(2013). 고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로. Issue & Focus 제196호, pp.1-8
- 조경엽, 유진성(2013). “무상복지의 소득재분배효과”, 『KERI insight』, 9:1~19, 한국경제연구원.
- 조남옥(1996). 치매환자 가족의 경험과 간호요구에 관한 연구. 서울대학교 박사학위 논문.
- 조은영, 조은희, 김소선(2010). 가족 상호관계가 치매노인 가족원의 부담감에 미치는 영향, 한국노년학, 30(2), 421-437.
- 천숙희(2011). 치매노인을 돌보는 여성가족수발자의 지각된 속박감과 우울감감 및 주관적 안녕감의 관계. Korean J Women Health Nurs Vol.17, No.3, 285-293.
- 최은솔(2012). 가족 돌봄제공자의 노인 돌봄비용과 돌봄비용부담감 관련요인. 서울대학교 석사학위논문.
- 최충익(2008). 패널모형: 시계열 분석과 횡단면 분석을 한번에. 알기쉬운연구방법론 28.120-127.
- 최희경(2011). 노인돌봄과 노동의 양립을 위한 가족 지원 정책 연구. 한국사회정책.
- 한경혜, 이서연(2009). 배우자 부양자의 부양동기, 사회적 지지와 부양부담: 성별 차이를 중심으로. 한국노년학, 29(2), 683-699.

통계청. (2012). 2012 고령자 통계.
 통계청. (2014). 2014 고령자 통계.
 한국고용정보원.(2006). 고령자패널 2006년 제1차 기본조사 설문지
 한국고용정보원.(2008). 고령자패널 2008년 제2차 기본조사 설문지
 한국고용정보원.(2010). 고령자패널 2010년 제3차 기본조사 설문지
 한국고용정보원.(2012). 고령자패널 2012년 제4차 기본조사 설문지
 한국보건사회연구원.(2004). 2004년도 노인실태조사.
 한국보건사회연구원.(2014). 2014년도 노인실태조사.

Abdollahpour, I., Nedjat, S., Noroozian, M., Salimi, Y., & Majdzadeh, R. (2014).
 Caregiver Burden: The Strongest Predictor of Self-Rated Health in
 Caregivers of Patients With Dementia. *JOURNAL OF GERIATRIC
 PSYCHIATRY AND NEUROLOGY*, 27(3), 172 - 180.

Adams, K. B. (2008). Specific effects of caring for a spouse with dementia: differences in
 depressive symptoms between caregiver and non-caregiver spouses. *International
 Psychogeriatrics / IPA*, 20(3), 508 - 20.

Alpass, F., Pond, R., Stephens, C., Stevenson, B., Keeling, S., & Towers, A.(2013).
 The Influence of Ethnicity and Gender on Caregiver Health in Older New
 Zealanders. *Journals of Gerontology. Series B*, 68(5), 783 - 793.

Aneshensel, Carol S., Carolyn M. Rutter, Peter A. Lachenbruch.(1991). Social
 Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic
 Models. *American Sociological Review* 56:166-78.

Bolge, S. C. (2006). Caregiver's employment status, burden, coping strategies, and
 health: A study of adult females with a coresiding parent with Alzheimer's
 disease. Fordham University

Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Wübker, A. (2015).
 Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care
 use in 8 European countries. *Health Policy*, 119(11), 1459 - 1471.

Baumgarten, Mona, Battista, Renaldo N. Infante-Rivard, Claire, Hanley, James A. ,Becker,
 Rubin ,Gauthier, Serge(1992). The psychological and physical health of family
 members caring for an elderly person with dementia, *Journal of Clinical
 Epidemiology*, 1992, Vol.45(1), pp.61-70

Chang, H. Y., Chiou, C. J., & Chen, N. S. (2010). Impact of mental health an caregiver
 burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and
 Geriatrics*, 50(3), 267 - 271.

- Choi H. 1993. Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea. *The Gerontologist* 33: 8 - .15.
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. *Journals of Gerontology. Series B*, 55(1), 2 - 13.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 9(4), 325 - 330.
- Covinsky, K. E. et al. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General and Internal Medicine*, 18, 1006 - 014.
- Daly, M., 2002, "Care as a good for social policy", *Journal of Social Policy*, 31(2), 251-270, Cambridge University Press.
- Dwyer, J. W. and Coward, R. T.(1991), "Multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired parents", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, pp. 259-269.
- Glendinning, C., Moren, N., (2009). Reforming Long-term care: Recent Lessons from Other Countries. Social Policy Research Unit, University of York.
- Haley, W. E, West, C. a, Wadley, V. G, Ford, G. R, White, F. a, Barrett, J. J. Roth, D. L (1995). Psychological, social, and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging*, 10(4), 540 - 52.
- Haley, W. E, Roth, D. L, Coletton M L, Ford, G. R, West, C. A, Collins, R. P, & Isobe, T. L (1996) "Appraisal, Coping, and Social Support as Mediators of Well-being in Black and White Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease" *Journal of counseling and Clinical Psychology* 64(1): 121-129
- Hirdes, J.P., Fries, B.E., Morris, J.N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D.M., Aliaga, P., Hammer, S., & Jones, R.(2004). Home care quality indicator(HCQIs) based on the MDS-HC. *The Gerontologist*, 44(5), 665-679.
- Hsu HC, Shyu YI. 2003. Implicit exchanges in family caregiving for frail elders in Taiwan. *Qualitative Health Research* 13: 1078 - .1093.
- Holmes, Thomas H. Richard H, Moos.(1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychomatic Research* 11: 213-18
- Hooyman, Nancy and Asuman Kiyak. 2005. *Social Gerontologist: A Multidisciplinary Perspective* (7th ed.). Boston: Pearson.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of

- twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Ingersoll - Dayton, Berit ; Starrels, Marjorie E ; Dowler, David.(1996). Caregiving for Parents and Parents-in-Law: Is Gender Important?. *The Gerontologist*, 1996, Vol. 36(4), pp.483-491
- Johnson, C., & Catalano, D. (1983). A longitudinal Study of Family Supports to Impaired Elderly. *The Gerontologist*, 23(6), 612-618.
- Jonsson, A. C., Lindgren, I., Hallstrom, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36, 803-808.
- Katz, S., Down, T. D., Cash, H. R., et al. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10, 20-30.
- Kim, J. S. (2001). Daughter-in-law in Korean caregiving families. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 399-408.
- Linsey, L. L. (2005). *Gender Roles: A Sociological Perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall
- Martinez-Martin, P., Arroyo, S., Rojo-Abuin, J. M., RodriguezBlazquez, C., Frades, B., & de Pedro Cuesta, J. (2008). Burden, perceived health status, and mood among caregivers of parkinson's disease patients. *Movement Disorders*, 23, 1673-1680.
- Martire, L. M. & Stephens, M. A. P. (2003). Juggling Parent Care and Employment Responsibilities: The Dilemmas of Adult Daughter Caregivers. *Sex Roles*, 48(3), 167-173.
- Merrill D. M. (1993) Daughters-in-law as caregivers to the elderly: Defining the in-law relationship. *Research on Aging*, 15, 70-91.
- Michele Sinunu, Kathryn M. Yount, and Nadia Abdel Whab El Afify (2009). "Informal and Formal Long-term Care for Frail Older Adults in Cairo, Egypt: Family Caregiving Decisions in a Context of Social Change", *J Cross Cult The Gerontologist*, 24, pp. 63-76.
- Miller, B., & McFall, S. (1991). Stability and change in the informal task support network of frail older persons. *The Gerontologist*, 31, 735-745.
- Miller, B. & Cafasso, L. (1992). Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact?. *The Gerontologist*, 32, 498-507.
- Miura, T., Arai, Y., & Yamasaki, K. (2005). Feelings of burden and health related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 59(5), 551-555.

- Montgomery, R. J. (1999). The family role in the context of long-term care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 383 - 416.
- Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC.(2001). Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *J of Gerontol* 56.S219 - 228.
- Neugarten, B.(1974). Age groups in American society and the rise of young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415, pp.187-197.
- Nolan A, Nolan B.A(2004) Panel Data Analysis of The Utilisation of GP Services in Ireland:1995-2001.ESRI Research Programme on Health Services, Health Inequalities and Health and Social Gain; *Working Paper* No.13. ESRI, ISSC & University of Ulster.
- Pearlin,L.L., 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, 585-594.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol.B Psychol Sci.Soc Sci.*, 62, 126 - 137.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*,26(1), 1-14
- Pratt, J.R.(2015). Long term care: Managing across the continuum(Fourth edition) Jones & Bartlett Learning, USA.
- Riggs, J. A. (2003). A family caregiver policy agenda for the twenty-first century. *Generations*, 27(4), 68 - 73.
- Scharlach, A. E., & Boyd, S. L. (1989). Caregiving and employment: Results of an employee survey. *The Gerontologist*, 29, 382-387.
- Schulz, R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality, 282(23), 2215 - 2219.
- Schulz, R. Visintainer, P. & Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *journal of gerontology*, 45(5), 181-191.
- Schulz, R., & Beach, S. R.(1995). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
- Schulz, R., & Tompkins, C. A. & Rau, M. T. (1988). A longitudinal study of the psychological impact of stroke on primary support persins. *Psychology and Aging*, 2, 131-141.
- Selye, Hans. 1956. *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Son, J., Erno, A., Shea, D. G., Femia, E. E., Zarit, S. H., Ann, M., & Stephens, P. (2016). The Caregiver Stress Process and Health Outcomes, *Journal of Aging and*

- Health*. Vol.19(6). 871 - 887.
- Stoller, E.P. (1992). Gender Differences in the Experiences of Caregiving Spouses. In J.W. Dwyer & R.T. Coward (Eds.), *Gender, Families, and Elder Care* (pp.49-64). Newbury Park, CA: Sage.
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Santo, P., Bednarik, R., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroyiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J., Vlantonis. D(2010): Informal care in the long-term care system. European Overview Paper.
- Thomas, C. (1993) De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*, 27(4), 649-669.
- M Van den Akker, F Buntinx, JFM Metsemakers, S Roos, JA Knotnerus.(1998). multimorbidity in general practice : prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* Vol. 51, No. 5, pp. 367 - 375,
- Van Den Akker, Marjan, Buntinx, Frank, Metsemakers, Job F.M, Roos, Sjef, Knotnerus, J.André (2000).Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, Vol.51(5), pp.367-375
- Van Houtven CH, Wilson MR, Clipp EC.(2005) Informal care intensity and caregiver drug utilization. *Rev Econ Household* 3.415 - 433.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946 - 72.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992) The MOS 36-item short-form health survey(SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6),473-48.
- Wiener, J.(2003). The role of informal support in long-term care. In J. Brodsky, J. Habib, & M. Hirschfeld eds. *Key policy issues in long term care*. Geneva: *World Health Organization*. 3-24.
- Wright, Lore K. (1994). "AD Spousal Caregivers. Longitudinal Changes in Health, Depression and Coping." *Journal of Gerontological Nursing* 20, 33 - 48.
- Yamamoto N, Wallhagen MI. 1997. The continuation of family caregiving in Japan. *Journal of Health and Social Behavior* 38: 164 - .176.
- Yee, L. L., Schulz, R.(2000), Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis, *The Gerontologist*, 40, 147-164
- YK Do, EC Norton, S Stearns, CH Van Houtven (2015). Informal care and caregiver's health. *Health Econ*. 24: 224 - 237
- Zhu, C. W., Scameas, N., Ornstein, K., Albert, M., Brandt, J., Blacker, D., Stern, Y. (2015).

Health-care use and cost in dementia caregivers: Longitudinal results from the Predictors Caregiver Study. *ALZHEIMERS AND DEMENTIA*, 11(4), 444 - 454.

Female Informal Caregiver's Health and Health Care Use

Kyung, Minjung

Dep. Of Health Care Management and Policy

The Graduate School

Seoul National University

Long-term care insurance for the elderly has been implemented since 2008 due to rapid aging and an increase in demand for public care. However, due to the lack of support for informal care areas, family burden is still high. Most of all, the concentration of care for women is not solved.

Therefore, the purpose of this study is to determine the effects of primary stressors, secondary stressors, responses and social support, background and context variables on the health status and health care utilization of female carer providers based on the stress process model of Pearlin et al (1990).

Using data from the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA) for 1-4 waves, and 331 observations were selected for 137 individuals of spouses, daughters, and daughters' wives. Health status was classified into three categories: depression, subjective health status, and pain. The two - part model was used to analyze the use and frequency of outpatient services.

The results of the study on the factors related to the health level of caregivers are as follows. 1) depression: age and cognitive function of care recipients were statistically significant among the primary stressors, residence and chronic diseases of caregivers were the significant background and context variables. 2) subjective health status: care recipient's cognitive function was statistically significant in the

primary stressors, and age, income level, chronic illness were significant in the background and context variables. Moreover, social participation was also significant factor associated with subjective health status. 3) pain: caregiver's household income and chronic disease among the background and context variables. 4) medical use: subjective health status and pain of care giver as statistically significant factors influencing availability of outpatient services. 5) frequency of using outpatient services: the educational level of care recipients, education level of care providers, residential areas, chronic diseases and subjective health status were statistically significant.

The results of this analysis showed that the possession of chronic diseases is correlated with the health level as well as medical use, suggesting the necessity of prevention of chronic diseases. In addition, the lower the cognitive function of the care recipient, the higher the level of depression of the caregiver, the higher the risk to perceive the subjective health condition negatively. Also, the higher the caregiver age, the more negative the subjective health status. It was confirmed that a program to reduce the burden of care for family members and older care providers should be provided.

In contrast to the previous studies, which have analyzed health-related factors using cross-sectional data, panel analysis was attempted using a representative sample, and women's family caregivers were separated to analyze health-related and health-related factors empirically. The results of this study suggest that the long-term care service policy and preventive health care system for family caregivers who cares for elderly carers and demented elderly should be strengthened. It is necessary to expand existing service direction which was operated by the support of daily life support to the emotional and social part.

Keywords: informal caregiver, women, health status, medical use, panel data

Student Numbers : 2013-23577