

주요개념 : 노인, 무력감, 심리재활.

노인의 무력감 완화를 위한 심리 재활에 관한 연구*

김조자** · 임종락*** · 박지원****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라는 인구고령화 현상이 매우 빠른 속도로 진행하고 있다. 통계청 발표에 의하면 1992년 7월 1일 현재 우리나라 총 인구 중 60세 이상이 8.1%, 65세 이상은 5.2%를 점하고 있으나 65세 노령인구의 비율이 2001년에는 7% 수준에 진입하여 2010년에는 9.4%, 2021년에는 13.1%로 높아질 것으로 전망됨으로서 본격적인 고령화 사회로 진입할 추세이다. 이같은 노인인구의 증가에 따라 국민들의 노인에 대한 인식 변화, 노령인구의 진료증가에 따른 대처방안, 그리고 노인진료비를 비롯한 노인 분야에 대한 학문적, 임상적, 사회정책적 접근 등 노인학의 정립이 시급한 실정이다.

또한 인구의 노령화는 세계적인 현상으로 미국의 경우 인구의 12%가 65세 이상인데 이들이 전체 진료 시간의 33%, 투약의 25%, 병원 입원의 40%를 점하고 있어 의료수요 증가에 따른 의료비 증가가 큰 문제로 대두되고 있다.

우리나라 보건료정책연구소가 발표한 <노인 의료비 절감 방안에 관한 연구 보고서>에 따르면 직장의보의 경우 65~69세층이 수혜자 평균의 1.84배, 70세 이상층

이 2배로, 공교의보의 경우엔 65~69세층이 1.66배, 70세 이상층이 1.02배로 노인의료비 지출이 국민 평균의료비 지출에 비해 높게 나타나 노인인구의 증가는 곧 의료비 지출의 증가를 말한다. 그러므로 이같은 노인인구에 대한 의료비 지출의 증가를 억제하고 노인의 건강유지 및 관리에 기여하기 위한 제도적 방안이 강구되어야 한다고 강조한 바 있다.

한림대학 사회의학연구소가 1988년 노인에 대한 보건 의료의 개발을 위해 서울시내 송파구에 거주하는 1054명의 노인을 대상으로 건강상태 특성과 의료 이용 등을 조사한 자료에 의하면 '건강하다'고 응답한 노인은 26.8%에 불과한 반면 '허약한 편이다'라고 응답한 노인은 76.3%에 달해 노인질환의 관리라는 측면에서와 국민복지대책이란 차원에서 노인보건의료를 위한 제도적인 장치가 마련되어야 할 시기가 왔다고 생각한다.

일본의 경우 노인에 대한 보건사업의 일환으로 지역사회에 거주하는 노인에 대해서도 의료를 포함하여 건강수첩의 교부, 건강교육, 건강상담, 건강검진, 기능훈련, 방문지도 등을 제고하고 있으며, '83년에는 노인보건법을 제정하여 노인보건사업의 중요성을 강조하고 있다.

우리나라도 인구의 노령화가 계속 진행하고 있다는 점을 감안할 때 지역사회 노인을 위한 보건사업을 하루

* 이 논문은 1991년도 산학협동재단 연구비에 의해서 작성되었음.

**연세대학교 간호대학 교수

***사회복지법인 영락경로원 원장

****연세대학교 의료원 세브란스병원 수간호사

빨리 전개해 나가는 노력이 있어야 할 것으로 생각한다.

그러나 우리나라의 경우 최근에 이르러서야 노인을 성인에서 분류하여 개별적인 학문으로 발전, 정립해 나가고 있는 초기 단계에 있으며 노인을 대상으로 한 심층적인 연구는 거의 실시된 바가 없다. 또한 노인에 대한 건강문제에 대해서도 보사부와 의료보험공단의 통계자료에 의한 분석 결과만이 제시되어 있을 뿐 병원에 입원하지 않고 가정이나 양로원 등 기관 내에 거주하고 있는 노인들의 건강문제에 대해서는 구체적인 자료를 찾을 수가 없었다.

그러나 노인은 노화 과정에 의한 심리적, 생리적 변화로 인해 특히 무력감에 취약하다. 이에 대해 Roy(1976)는 노인을 '영향력과 통제력이 위축되어 무력감이 증가된 존재'로 묘사하였다. 건강상태에 무관하게 대다수 노인의 가장 중요한 목표는 자신의 욕구를 제공할 능력, 즉 독립심이며 이 목표가 충족될 때 통제감, 활기(powerfulness)를 얻을 수 있는 반면 이 목표가 좌절될 때 무력감을 경험하게 된다.

따라서 노인에게 있어 이러한 무력감은 건강을 향한 진로를 방해하며 이 무력감이 해소되지 않을 때 무력감-우울-절망감의 자기파괴적인 순환 과정으로 들어가 죽음을 재촉하게 되므로 노인의 건강을 위해 무력감 완화에 관한 연구는 의의있다고 생각된다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 노인에서 가장 취약성이 증가되는 것으로 보고된 '무력감'의 개념을 적용하여 우리나라 노인의 무력감 정도를 측정하고 또한 인간이 소유하고 있는 7개 유형의 힘의 자원(power resource) 중 우리나라 노인에서 결핍된 힘의 자원을 규명하여 이를 강화하기 위한 심리재활 프로그램을 개발·적용 함으로써 노인의 '무력감'을 완화시켜 궁극적으로 노인의 건강증진에 기여하고자 다음과 같은 구체적인 목적을 설정하여 연구를 진행하였다.

1. 우리나라 노인의 무력감 정도와 힘의 자원을 측정한다.
2. 주택거주 노인 및 노인대학에 다니는 노인과 양로원거주 노인 그리고 병원입원 노인의 무력감 정도와 힘의 자원을 비교한다.
3. 노인의 무력감 인지에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
4. 노인의 힘의 자원 인지에 영향을 미치는 요인을 파

악한다.

5. 힘의 자원과 무력감 정도와의 관계를 파악한다.
6. 심리재활 프로그램이 노인의 무력감과 힘의 자원에 미치는 효과를 평가한다.

3. 용어의 정의

1) 무력감 : 무력감은 개인의 행위가 자신이 추구하는 결과나 강화를 가져오지 못할 때 느끼는 감정을 말하는 것으로 본 연구에서는 자신이나 환경 또는 곧 직면할 상황을 자신이 통제할 수 없음을 지각한 상태로 정의하고 Miller(1983)가 19문항으로 개발한 4점 척도의 "무력행위 사정도구"를 이용, 측정하여 점수가 높을수록 무력감이 높은 것으로 해석하였다.

2) 힘의 자원 : 힘은 인간이 살아가는데 필요한 자원을 말하는 것으로 흔히 힘과 통제력을 동의어로 간주하여 통제력을 갖지 못할 때 개인은 무력감을 경험하는 것으로 생각하고 있다. 본 연구에서는 삶을 위한 힘의 자원으로 Miller(1983)가 제시한 일곱 가지 유형 즉, 신체적 힘, 심리적 활기, 긍정적 자아, 에너지, 지식, 동기, 신념체계를 받아들여 각 유형에 대해 4문항씩 총 28문항의 힘의 자원 측정도구를 개발하여 4점 척도로 측정함으로써 점수가 높을수록 힘의 자원을 높게 인지하는 것으로 해석하였다.

3) 심리재활 : 재활이란 신체 및 정신적 질환이 발생한 때부터 시작하여 치료가 끝난 다음까지도 계속되는 일련의 과정으로 개인이 신체적, 정신적, 사회적, 경제적으로 가능한 최대 한도의 능력을 발휘할 수 있도록 회복시켜 주는 것을 말한다. 본 연구에서는 최근 노인에서 가장 취약성이 증가되고 있는 것으로 보고된 무력감의 개념에 초점을 맞추어 이를 완화시켜 줌으로써 노인의 심리적 안녕을 회복시키고자 집단 심리요법과 오락활동으로 구성된 심리재활 프로그램을 개발하여 실험적으로 양로원 노인에게 주 1회씩 5주간 적용하여 프로그램의 효과를 평가하였다.

II. 문헌고찰

1. 무력감

사람은 누구나 힘을 갖고 있으며, 이 힘을 실현시키거나 활성화시킴으로써 자기 세계에 대한 통제감을 갖고 싶어한다. 반대로 무력감은 그의 행위가 자신이 추구하

는 결과나 강화를 가져오지 못할 때 개인이 갖는 기대나 확률로서 정의된다. 즉 무력감은 어떤 상황에서 어떤 사건을 내적으로 통제하는데 결핍을 지각하는 것이다.

복잡한 현대 사회에서 사람들은 종종 통제감을 침범당하게 되는데 특히 노인은 신체적, 심리적, 사회적 기능이 약화되어 이들이 경험하는 상실과 스트레스는 노인을 무력감에 취약하게 만든다.

노인의 증가된 취약성은 그들이 중년이나 청년에 비해 충분한 자원을 가지지 못한 것과 관계가 있으며, 이러한 자원은 신체적, 심리적, 사회적 스트레스원에 의해 도전을 받는다. 이 중 신체적 스트레스원에는 다발성의 구조적, 기능적 상실에 적응하는 것이 포함되며, 노화의 생리적 변화는 노인이 무력감을 지각하게 되는 주원인으로 강조되고 있다. 왜냐하면 신체적 조건이나 능력의 제한은 자신이 환경을 조절하기보다는 오히려 환경으로부터의 영향을 받는 입장이기 때문이다(Reed, 1983).

또한 노화에 따른 생리적 변화는 기능적 능력을 감소시키고 에너지 저장이 감소될 뿐만 아니라 속도와 효율성이 모든 면에서 감소된다. 만성질환 역시 무력감의 원인이 되는데 Kalish는 65세 이상 인구의 85%가 만성질환을 갖고 있으며 이들 중 50%는 만성 건강문제로 원하는 활동을 제한 받는다고 하였다. 그러므로 생리적 변화에 만성 병리적 질병이 한 개 혹은 두 개 이상 합병되었을 때 적응 능력이 손상되고, 통제력 상실이나 부적절한 지식이 더해질 때 노인의 무력감에 대한 취약성은 더욱 증가된다.

심리적 스트레스원에는 서구화된 빠른 변화에 적응하는 것, 죽음, 퇴직 등 기대치 않은 상실, 감각기능 저하에 의한 자극의 잘못된 해석, 의심 등이 포함된다.

사회적 스트레스원에는 가정관리, 사회적 접촉, 대중교통수단 이용, 지속적인 건강관리, 영양유지 등이 포함된다. 이전의 역할상실, 이전의 직위상실, 가족이나 친구상실, 경제적 안전상실, 익숙한 환경, 더 나아가 건강과 기능의 상실은 노인기에 의미있는 사람의 수와 사랑, 지지체계의 감소를 초래하고, 사회적 격리를 야기시켜 노인으로서 하여금 공포, 의존성, 만성질환, 죽음에 직면하게 한다.

이와같이 여러가지 원인으로 무력감이 생기고 무력감이 해결되지 못할 때 사람에게서는 동기적 장애, 인지적 장애, 그리고 정서적 장애를 일으켜 절망감에 빠져 노인의 경우에는 죽음을 재촉할 수 있다. 따라서 인간의 건강을 유지 증진하는데 목표를 두고 있는 간호사는 흔히 소외되고 있는 노인의 무력감을 정확히 사정·진단하는

데 노력을 기울여야 할 것이다.

Robert(1986, 1987)는 환자가 무력감을 경험하게 되는 원인으로 자신과 환경에 대한 통제 부족, 자신의 질병과 질병이 자신, 가족 및 자신의 미래에 갖는 의미에 대한 지식부족 그리고 동기부족으로 분류하였다.

Sheillies와 Loxley(1986)는 무력감을 치료요법과 관련된 무력감과 치료환경과 관련된 무력감으로 구분하고 관련요인으로 병태 생리학적 요인, 상황적 요인, 발달적 요인을 제시하였다.

Kedland(1981)는 무력감의 원인으로 질병으로 인한 신체적 및 심리적 통제력 상실과 치료 상황과 관련된 통제력 상실로 구분하였다.

Miller(1983)는 환자가 무력감을 느끼게 되는 원인은 통제력의 상실과 자신의 질병, 질병이 자신과 가족 및 자신의 장래에 미치는 영향에 대한 지식부족에 있다고 하였다.

이상의 문헌고찰을 통해 볼 때 무력감의 원인에 대해서는 일관성 있는 견해를 보이고 있음을 알 수 있으며, 공통적으로 통제력의 상실을 무력감의 주요인으로 제시하고 있다. 이에 따라 본 연구에서는 무력감을 자신이나 환경 또는 곧 직면할 상황을 자신이 통제할 수 없음을 지각한 상태로 정의하고 무력감의 원인을 통제력의 상실로 제한하여 연구를 진행하였다.

2. 무력감의 완화

무력감을 완화하기 위해서는 먼저 각 개인이 갖고 있는 힘의 자원을 파악하여 그 힘을 강화함으로써 통제력을 회복시키는 것이 중요하다.

1) 힘의 자원

인간의 힘의 자원에는 신체적 힘, 심리적 활기, 긍정적인 자아개념, 에너지, 지식, 동기, 신념 체계가 있다(Fitzgerald, 1983).

신체적 힘은 개인이 최적의 신체 기능을 수행할 능력 뿐 아니라 위협이나 기타 예기치 않은 상황에 직면할 때 신체적 균형을 유지하기 위한 신체의 능력을 말한다. 심리적인 활기는 개인에 있어 독특한 쾌활성이 있는 것을 말하며 흔히 가족에 의해 제공된 지지망은 심리적인 활기를 유지하는데 도움이 된다.

자아개념은 개인의 자신에 대한 총체적 사고 및 감정을 말하며 특히 자존심은 자아개념의 매우 중요한 구성요소로 자신이 가치 있음을 느끼는 것은 건강을 위한 행

등을 취하는 데 기본이다.

에너지는 일을 하거나 저장시킬 수 있는 힘을 말하며, 이를 위해서는 에너지 섭취와 소모 사이에 균형을 이루어야 한다. 에너지 자원은 영양분, 물, 휴식, 동기가 포함되나 에너지 활동의 가장 기초 수준을 위한 에너지가 없을 때 개인은 무력감을 느낀다.

개인이 자신에게 일어나고 있는 일에 대해 지식과 통찰력을 갖는 것은 통제력을 증가시키는 한 요인이며, 이해의 결핍은 무력감의 특징인 권태와 비활동을 유발한다.

동기이론은 개인이 자신과 환경에 대해 통찰력을 개발하는 것에 부합된다. 동기는 새로운 기술을 배우고 치료에 참여하는 데 필요하며 내적으로 동기화된 행동은 개인으로 하여금 능력이 있고 스스로 결정할 수 있는 느낌을 갖게 해 준다.

마지막으로 개인의 신념체계(희망)는 신, 처방, 치료자, 자신에 대한 신념을 포함하며 신앙과 희망의 존재는 개인으로 하여금 통제에 대한 지각과 느낌을 강화하고 치료적인 결과를 증진할 수 있다.

이상에서 제시한 힘의 자원은 상황에 따라, 개인에 따라 결핍된 정도가 다를 수 있다. 그러므로 남아 있는 힘의 구성요소는 무력감을 예방 또는 극복하기 위해 강화되어야 할 필요가 있으며 개인에 있어 결핍된 힘의 자원이 많을수록 통제력 결핍을 극복하기 위한 더 많은 간호가 제공될 필요가 있다.

2) 통제력 회복

통제력의 상실에는 생리적 통제력의 상실, 심리적 통제력의 상실 그리고 환경적 통제력의 상실이 있다. 따라서 본 절에서는 생리적, 심리적, 환경적 통제력 상실의 원인과 통제력 회복에 초점을 두어 고찰하였다.

생리적 통제력의 상실은 질병으로 인한 생리적 평형 상실, 점진적 신체상태의 악화, 합병증 발생, 감각기능 장애, 자가간호 수행능력의 저하 및 상실로 초래된다. 전에는 자신의 신체를 스스로 조절할 수 있는 힘이 있었으며, 때로는 신체적 성취를 자랑으로 여기기도 했다. 따라서 생리적 통제력 회복을 위해서는 개인을 관찰하면서 무력감의 정도를 사정하는 것이 필요하다.

간호사는 개인에게 일어나는 사소한 긍정적 반응도 모두 알려주는 것이 좋다. 긍정적 변화가 일어날 때 개인은 생리적인 힘을 얻게 되기 때문이다.

심리적 통제력 상실은 심리적 지지망의 상실, 자아존재감 위협, 신념위협, 독립성 상실과 신체 손상에 대한

공포 등 심리적 활기의 파괴, 의사결정권의 감소 등으로 초래된다. 이와 같이 상실된 심리적 통제력의 회복을 위해서는 개인이 갖고 있는 실제적 또는 잠재적 힘을 이용할 수 있다. 노인 자신이 환경을 통제할 수 있는 사람으로 지각하도록 통제력을 제공할 수 있는 방법, 예를 들면 목욕시간, 운동시간 등을 노인이 결정하도록 함으로써 노인의 개별적인 힘을 강화시키며 자신의 행동을 남의 탓으로 돌리는 책임전가보다는 노인에게 자신의 행동에 대해 책임을 지도록 도와주고 자신의 걱정이나 느낌, 욕구 등을 이야기하도록 격려한다. 또한 노인의 자아를 강화시키고 심리적 통제력을 회복시키기 위해 모든 일에 참여를 격려하고 노인의 의견, 가치, 생각을 존중하고 자신의 느낌을 표현하도록 하며 선택권과 결정권을 준다.

Windley와 Scheidt(1980)는 환경에서 오는 자극은 개인의 행동에 가장 강한 영향을 준다고 하였다. Williams(1988), Moos와 Lemke(1985)를 비롯한 대부분의 학자들은 환경을 사회적 환경과 물리적 환경으로 대별하였다. 사회적 환경은 흔히 가족이나 친지와와 상호관계(시설에서는 직원들과의 상호관계), 사회적 지지 등으로 정의할 수 있다. 그런데 노인 간호에서 가장 관심이 되고 있는 사회적 환경은 사회적 지지 정도이다(Ryan & Auskin, 1989., 오, 1986).

따라서 환경적 통제력 상실은 가족내의 역할변화, 지위상실, 경제력 상실, 주거환경의 제약 등으로 초래될 수 있으므로 통제력을 증가시키는 수단으로 환경을 변화시킬 수 있다. 즉, 노인의 편의를 위해 노인이 편리한 대로 자신의 방에 가구를 조절 배치하고 공동으로 사용하는 방일 경우 개인의 프라이버시가 엄격히 보장되도록 해준다.

지지체제를 이용할 수 있는 계획을 세우며 가능하다면 중요한 역할 즉 가족구성원으로서의 역할, 취미활동 등을 행사할 수 있도록 촉진한다. 또한 어떤 경우는 변화된 자신의 역할을 받아들이도록 돕는다.

또한 환경적 통제력 상실의 원인으로 지식 부족을 들 수 있는데 자신의 상황에 대한 정보를 못 얻는다면 무력감은 더 증가하게 된다. 질병이 있을 경우 질병과 합병증에 대한 잘못된 신념이나 지식에 대해 올바른 정보를 제공함으로써 희망을 줄 수도 있다.

이상의 고찰 내용에 근거할 때 통제력 회복의 3요소는 힘의 자원 유형과 관련지을 수 있다. 즉 생리적 통제력 회복은 힘의 자원 중 신체적 힘과 에너지 유형과, 심리적 통제력 회복은 힘의 자원 중 심리적 활기와 자아개

념, 신념체계 유형과, 환경적 통제력 회복은 힘의 자원 중 지식 및 동기 유형과 관련지을 수 있다.

3. 선행 연구 고찰

본 절에서는 노인을 대상으로 한 통제와 관련된 연구만을 고찰하여 제시하였다.

Schulz(1976)는 양로원에 거주하고 있는 40명의 노인을 대상으로 생리적, 심리적 안녕에 대한 증가된 예측력과 통제의 효과를 연구하였다.

방법은 대상자를 4가지 방문조건 중 하나에 무작위로 배정하였으며, 4명의 대학생을 연구원으로 하여 각 방문조건에 따라 대상자를 방문케 하였다.

대상자는 ① 방문의 빈도와 기간을 대상자가 조절하게 한 집단(control-visit group), ② 방문 시기와 기간에 대해 정보를 주어 사건을 예측할 수 있게 한 집단(predictable group), ③ 불규칙적으로 방문을 경험한 집단(random-visit group), ④ 방문을 받지 않은 집단(no-treatment group)으로 분류하였으며, 연구결과는 방문시기를 스스로 조절하거나 예측한 집단이 방문을 전혀 받지 않았거나 불규칙적으로 방문을 받은 집단에 비해 희망 수준이 더 높았고 외로움과 지루함을 느끼는 시간이 적었고 삶에 대한 열의가 더 높았으며, 행복·유용성·활동 수준이 더 크게 나타났다. 따라서 노화와 연관된 생리적·심리적 상태의 쇠퇴는 예측할 수 있거나 통제할 수 있는 긍정적인 사건을 제공함으로써 역전시키거나 예방할 수 있다는 결론을 내렸다.

또한 Schulz와 Hanusa(1978)는 위의 대상자를 이용하여 추후연구를 진행하였는데 앞의 연구가 끝난 후 24, 30, 42개월째 이들 노인의 생리적·심리적 상태에 대한 자료를 수집하였다. 그 결과 위의 연구에서 중재 방안으로 제공한 방문으로 인한 긍정적인 장기효과는 발견하지 못했으며 오히려 처음에는 효과가 있었던 '방문 시기를 조절하거나 예측한 집단'은 연구가 끝난 후 급격한 쇠퇴를 보인 반면, 첫 연구에서 중진이 없었던 '방문을 전혀 받지 않았거나 불규칙적으로 방문을 받은 집단'은 시간이 지남에 따라 신체적·심리적 기능의 안정을 유지하였다. 그러므로 앞으로 유사한 연구를 수행할 때는 통제의 처치 조건이 끝난 후 그에 대체할 만한 예측적이고 통제 가능한 사건을 제공해 줄 필요가 있음을 제안하였다.

Langer와 Rodin(1976)은 91명의 양로원 거주자를 대상으로 개인적 책임과 선택의 중진이 의식명료수준, 활

동참여, 전반적인 안녕감에 미치는 효과를 연구하였다. 방법은 대상자를 2개의 처치 집단에 배정하였는데, 제1 집단에서는 양로원 감독을 통해 노인이 자신의 환경과 활동에 대해 의사를 결정하고 자기 책임을 갖도록 강조하면서 각 대상자에게 그들이 선택한 식물을 제공받고 그것을 키우는 책임을 주었으며, 제2집단에서는 노인에게 대한 직원의 책임을 강조하는 메시지를 제공하면서 각 노인에게 직원이 정해진 식물을 주어 키우게 하였다. 그 결과 책임이 유도된 제1집단이 제2집단에 비해 활동성, 의식명료수준, 행복감, 전반적 안녕감이 증가된 것으로 나타났다.

Rodin과 Langer(1977)는 다시 위의 연구에 참여한 대상자 중 26명에 대해 18개월간 추후 연구를 진행하였으며 그 결과 18개월 동안에 제1집단에서는 47명 중 7명(15%)이, 제2집단에서는 54명 중 13명(24%)이 사망하여 1% 수준에서 사망율에 유의한 차이를 나타내었다.

Fuller(1978)는 노인 주택에 거주하는 50명의 노인을 대상으로 사기(morale)에 대한 예측 인자를 결정하는 연구를 수행하였다. 그 결과 사기에 유의한 예측 인자는 가정내에서의 지각된 선택과 매주 사회적 상호작용에 소요하는 시간량으로 나타났다. 즉 더 많은 선택을 지각한 노인인 사회적 상호작용에 더 많은 시간을 소요한 노인이 더 높은 수준의 사기를 보고함으로써 선택을 할 수 있는 기회는 안녕을 예측할 수 있음을 강조하였다.

Chang(1978)은 양로원 거주자 30명을 대상으로 성격과 사기와의 관계를 조사하여 스스로 즉각적 상황을 통제할 수 있다고 지각한 노인은 그들의 내적·외적 성격에 관계없이 사기점수가 높은 것으로 보고함으로써 자아결정능력(self-determination: 일상 활동에 대한 자신의 통제)은 내적·외적 통제위를 가진 사람에게 모두 높은 사기를 초래한다는 결론을 내렸다.

Bradley(1976)는 19~90세 사이의 306명을 대상으로 세 가지 활동 영역(지적·사회적·신체적)에서의 통제위를 연구하여 60세 이상의 대상자가 35~50세 사이의 대상자에 비해 사회적 영역에서 스스로를 덜 통제할 수 있는 것으로 지각하고 있다고 보고하였다.

이 외에 무력감에 관련된 연구들은 대부분 환자와 직장인을 대상으로 한 연구들이었으며, 환자에 관련된 연구 또한 대부분이 문헌연구에 그치고 있을 뿐, 그나마 우리나라 노인대상을 대상으로 한 연구는 진행된 바가 없어 본 연구의 결과는 무력감에 대한 이론과 실무에도 지식을 더해주는 디딤돌이 될 것으로 기대된다.

Ⅲ. 연구방법

본 연구의 주요 목적은 우리나라 노인이 경험하는 심리문제 중에서 무력감 정도를 파악하고 이를 완화하기 위한 심리재활 프로그램을 개발하여 그 효과를 측정하기 위함이다.

그러나 무력감의 주 원인인 통제력을 상실했다고 모든 사람이 무력감을 느끼는 것은 아니다. 통제력 상실이 그 개인의 삶에 미치는 영향에 따라 무력감을 경험하는 정도는 달라진다. 다시 말해서 개인이 통제력에 대한 기대가 클수록 그 통제력을 갖지 못할 때 경험하는 지각된 무력감은 더 클 것이다(Lambert와 Lambert, 1981).

이에 따라 본 연구에서는 통제력을 결정하는 주요 요소로 개인의 힘의 자원을 측정하여 우리나라 노인에게 결핍된 힘의 자원을 찾아내어 강화해주는 차원에서 무력감을 완화시키기 위한 심리재활 프로그램을 개발하여 그 효과를 측정하였다.

1. 연구설계

본 연구는 2단계로 진행하였다. 1단계에서는 노인의 주거 특성에 따라 집에만 있는 노인, 노인대학에 나오는 노인, 입원한 노인, 양로원에 기거하는 노인으로 분류하여 이들 노인의 무력감과 힘의 자원을 구조화된 면담을 통해 조사 비교하는 서술적 조사 연구설계를 적용하였다. 2단계에서는 개발된 심리 재활 프로그램을 양로원 노인에 적용하여 프로그램 전·후의 무력감과 힘의 자원의 변화 정도를 측정함으로써 프로그램의 효과를 평가하는 단일군 사전-사후원시실험 설계를 적용하였다.

2. 연구대상

1단계로 노인의 무력감과 힘의 자원을 측정하기 위해 서울에 거주하는 65세 이상 노인 중 가택 노인 60명, 노인대학 출석 노인 60명, 양로원 거주 노인 60명 그리고 병원에 입원한 노인 60명을 임의 표집하여 연구대상에 포함시켰다. 또한 2단계로 개발된 심리재활 프로그램의 효과를 평가하기 위해 경기도에 위치한 1개 양로원의 노인 29명을 임의 표집하여 연구대상에 포함시켰다.

3. 연구도구

1) 무력감 측정도구

본 연구에 사용할 무력감 측정도구를 선정하기 위하여 Roy, C.가 8문항으로 개발한 'Health-illness(powerlessness) Questionnaire'와 Miller, J.F.가 19문항으로 개발한 'behavioral assessment tool'을 번역하여 외래를 방문한 환자 및 보호자 88명을 대상으로 사전조사를 실시하였다. 그 결과 Roy의 도구는 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .5537$ 로, Miller의 도구는 Chronbach's $\alpha = .7397$ 로 나타나 본 조사에서는 Miller의 도구를 사용하여 무력감을 측정하였다.

Miller, J.F.(1983)가 개발한 도구는 무력감을 인지적 반응(4문항), 정서적 반응(5문항), 일상활동참여(6문항), 학습참여(4문항) 등 4영역에서 사정하도록 4점 척도로 고안되었으며 점수가 높을수록 무력감이 높은 것으로 해석하였다. 본 조사에서 236명을 대상으로 검정한 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8097$ 이었다.

2) 힘의 자원(power resource) 측정도구

Miller, J.F.(1983)가 제시한 힘의 자원의 7가지 유형 즉, 신체적 힘, 심리적 활기, 긍정적 자아, 에너지, 지식, 동기, 신념체계를 측정할 수 있는 문항을 문헌을 근거로 열거하여 61개 문항으로 구성된 도구를 작성한 다음 이 도구를 외래를 방문한 환자와 보호자 88명에게 적용하여 내용 타당도 및 신뢰도를 검증하였다. 그 결과 노인에게 적용하기에는 61개 문항이 너무 많다고 판단되어 각 유형 중 item-total correlation이 높은 순으로 4개 문항씩을 선정하여 총 28문항으로 구성하였다.

각 문항은 4점 척도로 측정할 수 있게 고안하였으며 점수가 높을수록 힘의 자원을 높게 인지하는 것으로 해석하였다.

본 조사에서 236명을 대상으로 검정한 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8920$ 이었다.

4. 심리재활 프로그램의 개발

1단계의 조사를 통해 우리나라 노인의 경우 인지적 무력감이 가장 문제가 되며 힘의 자원 중 에너지, 지식, 동기 측면이 약함을 파악하게 됨에 따라 심리재활 프로그램의 내용을 에너지와 동기를 강화시키고 인지적 무

〈표 1〉 심리재활 프로그램 진행 일정

| 프로그램 | 내 용 | 실시요일 | 소요시간 |
|-------|--|--------|----------|
| 오락활동 | - 함께 노래부르기 - 게임, 퀴즈, 에어로빅, 실내배구 중 한 가지 - 외부 방문객의 노래, 연주, 장기자랑 중 한 가지 - 함께 노래부르기 | 매주 월요일 | 총 40분 |
| 집단 회상 | 주 제 | 매주 화요일 | 총 30~50분 |
| 1주 : | 안내, 가능한 가장 옛 기억(학령전기까지) | | |
| 2주 : | 재미있는 것, 학창시절 놀이, 친구, 여행 | | |
| 3주 : | 성인 초기·중기, 결혼, 자녀양육 경험, 가족생활 지방관습, 민간요법 | | |
| 4주 : | 종교, 성인 후기 | | |
| 5주 : | 과거 삶에 대한 평가, 특별한 가르침 가장 고통스러웠던 것, 경로원 생활 새로운 삶에 대한 계획, 죽음에 대한 생각 | | |

력감을 낮출 수 있는 방향으로 구성하여 〈표 1〉에서와 같은 일정에 따라 주 1회 집단 회상을 통한 심리요법과 오락활동을 제공하였다.

집단 심리요법으로는 과거에 대한 다양한 측면의 정신과정으로 인지과정, 정서과정, 언어를 통한 사회적 상호작용이 포함된 집단회상의 방법을 선택하였다.

노인에 대한 회상요법의 효과는 많은 연구에서 보고하고 있는데, Butler(1964, 1974)는 회상이 노인의 심리적 재구성 및 발달위기를 포함한 어떤 위기에 대한 일반적인 반응을 증진시키며 특히 집단회상요법은 노인의 사회성을 강화시키고, 정서적 정확도를 제공하며, 자아개념을 증진시키고 집단의 결속력을 증진시킨다고 하였다.

또한 Fry(1983), Hughston과 Herrian(1982)은 구조적 회상요법이 노인의 인지기능 수행을 증진시키고 우울을 감소시킨다고 하였고, 하양숙(1990)은 집단회상이 노인의 전반적인 생활만족도를 높여 준다고 하였다.

본 연구에서 실시한 오락활동은 매주 월요일 점심식사 1시간 후에 약 40분간 실시하였고, 전 직원이 참석하고 사회사업가 한 명이 진행하도록 하였으며, 집단회상은 매주 화요일 점심식사 1시간 후에 약 30~50분간 다음과 같은 방법으로 실시하였다. 우선 대상 노인들을 10명씩 세 개의 그룹으로 분리하여 회상 실시에 대한 훈련을 받은 연구보조원 1명이 각 그룹별 집단회상을 진행해가는 방식을 취하였다.

회상장소는 전원이 원형으로 서로 마주보고 앉을 수 있는 상담실, 회의실과 대상자 한 분의 방이었고, 진행자는 사복을 입고 대상자들 사이에 섞여 앉았다.

회상 시작 전에는 간단한 팔 운동과 어깨 운동을 하면서 대상자들이 면담자에게 집중하도록 하였고, 긴장된 분위기를 풀기 위하여 노랫가락에 맞추어 자기 소개를 하게 하였다. 그런 후 진행자가 모임의 목적을 설명하고 회상에 대하여 ‘지나간 과거의 일들 중에서 자신에게 가장 의미있는 경험이나 상황에 대해 이야기해 주십시오’로 시작하였다.

회상 도중에 이야기의 흐름이 중단되면 그 주제에 관련된 정서, 생의 주기, 인물 등에 대해 이야기하게 하였고, 아무것도 생각나지 않는다고 하면 즐겁고 행복했던 일에 대한 이야기로 격려하였다.

5. 자료수집 방법

1) 조사요원 훈련

구조화된 설문지를 사용하였으며 연구대상이 노인이므로 자기보고식의 응답보다는 면담에 의해 자료를 수집하였다. 이를 위해 간호대학 4학년에 재학중인 학생 4명을 조사요원으로 선정하여 연구목적을 설명하고 조사내용을 이해시켜 일관성 있는 질문으로 노인의 반응을 얻어내도록 훈련시켰다.

조사요원으로 4학년 학생을 선택한 이유는 이들이 이미 노인간호학에 대한 강의를 수강하였고 면담에 필요한 의사소통기술을 배운 바 있으며, 임상 및 지역사회실습을 통해 자료수집에 많은 경험을 갖고 있는 것으로 판단되었기 때문이다.

2) 자료수집 절차

가택노인에 대한 자료는 주위 사람을 통해 노인이 있다고 확인된 경우 조사요원이 주택을 방문하여 연구목적을 설명하고 연구참여 허락을 얻은 후 직접 면담을 통해 자료를 수집하였다. 그 외의 노인대학과 양로원, 종합병원은 연구자의 편이에 의해 자료수집이 용이한 기관을 임의 선정하여 기관장 및 책임자의 협조를 구한 후 조사요원이 직접 방문하여 노인과의 1:1 면담을 통해 자료를 수집하였다.

자료수집에 소요된 기간은 1992년 1월부터 1992년 6월까지 6개월이었다.

3) 심리재활 프로그램 적용

양로원에 근무하는 직원의 협조를 얻어 프로그램 참여를 허락한 노인 29명을 임의 선정한 후 1992년 5월 4일부터 6월 5일까지 5주에 걸쳐 프로그램을 진행하였다.

적용대상을 양로원 노인으로 제한한 이유는 프로그램 운영의 편이에 의해서 뿐만 아니라 1단계 조사를 통해 노인의 주거특성에 따라 집단간에 무력감과 힘의 자원의 정도차가 있음이 확인되었기 때문에 무력감을 가장 높게 느끼고 힘의 자원이 가장 낮게 나타난 양로원 노인 집단을 심리재활 프로그램의 적용 대상으로 선정하였다.

6. 자료분석

1) 주거 특성에 따른 노인집단의 무력감과 힘의 자원 정도는 평균 평점을 산출하여 비교하였으며 집단간의 점수 차이에 대한 유의성은 t-test, ANOVA를 이용하여 분석하였다.

2) 무력감과 힘의 자원간의 관계는 Pearson 적률 상관계수를 산출하여 분석하였으며 다중회귀분석을 통해 힘의 자원이 무력감을 설명하는 정도를 예측하였다.

3) 인구사회학적 특성에 따른 무력감과 힘의 자원의 정도 차이는 t-test, oneway ANOVA, multiway ANOVA로 검정하였다.

4) 심리재활 프로그램의 효과를 평가하기 위해 프로그램 실시 전과 실시 후의 점수차를 paired t-test로 검정하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구에 참여한 대상자들의 성별, 연령, 교육정도, 용돈, 건강상태의 분포를 노인의 주거특성에 따라 집단을 분류하여 조사하였다(표 2).

성별에 있어서는 입원환자에서만 남자가 53.6%로 여자 46.4%보다 많았을 뿐 나머지 집단에서는 여자 80% 이상을 차지하였다.

연령에 있어서는 재가노인과 노인대학 출석노인의 경우 65~74세에 많이 분포하였으나 입원환자에서는 과반수 이상이 65~69세(57.1%)에 그리고 양로원 노인의 경우 과반수 이상이 80세 이상(59.4%)에 분포하였다.

교육 정도는 대체로 국졸 이하의 학력에 많이 분포하였으며, 특히 양로원 노인의 경우 과반수 이상이 무학(57.8%)이었다.

한달 용돈의 액수는 대체로 10만원 미만으로 나타났으며 양로원 노인의 경우 87.5%가 5만원 미만으로 응

<표 2> 대상자의 일반적 특성

| 특 성 | 구 분 | 재가(n=59) | 노인대학(n=57) | 환자(n=56) | 양로원(n=64) | 계(n=236) |
|-----|--------|----------|------------|----------|-----------|-----------|
| | | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) |
| 성 별 | 남자 | 10(16.9) | 8(14.0) | 30(53.6) | 11(17.2) | 59(25.0) |
| | 여자 | 49(83.1) | 49(86.0) | 26(46.4) | 53(82.8) | 177(75.0) |
| 연 령 | 64세 이하 | 10(16.9) | 4(7.0) | 5(8.9) | - | 19(8.1) |
| | 65-69 | 15(25.4) | 20(35.1) | 32(57.1) | 2(3.1) | 69(29.2) |
| | 70-74 | 14(23.7) | 20(35.1) | 7(12.5) | 8(12.5) | 49(20.8) |
| | 75-79 | 8(13.6) | 10(17.5) | 7(12.5) | 16(25.0) | 41(17.4) |
| | 80세 이상 | 8(13.6) | 3(5.3) | 4(7.1) | 38(59.4) | 53(22.4) |
| | 무응답 | 4(6.8) | - | 1(1.8) | - | 5(2.1) |

| 특 성 | 구 분 | 재가(n=59) | 노인대학(n=57) | 환자(n=56) | 양로원(n=64) | 계(n=236) |
|------|---------|----------|------------|----------|-----------|----------|
| | | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) |
| 교육정도 | 무학 | 19(32.2) | 19(33.3) | 9(16.1) | 37(57.8) | 84(35.6) |
| | 국졸 | 14(23.7) | 22(38.6) | 16(28.6) | 18(28.1) | 70(29.7) |
| | 중졸 | 2(3.4) | 6(10.5) | 13(23.2) | 4(6.3) | 25(10.6) |
| | 고졸 | 11(18.6) | 7(12.3) | 9(16.1) | 3(4.7) | 30(12.7) |
| | 대졸 | 11(18.6) | 3(5.3) | 8(14.3) | 2(3.1) | 24(10.2) |
| | 무응답 | 2(3.4) | - | 1(1.8) | - | 3(1.3) |
| 용 돈 | 5만원 이하 | 21(35.6) | 12(21.1) | 7(12.5) | 56(87.5) | 96(40.7) |
| | 6-10만원 | 14(23.7) | 16(28.1) | 17(30.4) | 4(6.3) | 51(21.6) |
| | 11-15만원 | 3(5.1) | 10(17.5) | 5(8.9) | 1(1.6) | 19(8.1) |
| | 16-20만원 | 11(18.6) | 5(8.8) | 6(10.7) | - | 22(9.3) |
| | 21-30만원 | 4(6.8) | 1(1.8) | 7(12.5) | - | 12(5.1) |
| | 31-50만원 | - | - | 2(3.6) | - | 2(0.8) |
| | 51만원 이상 | - | 2(3.5) | 6(10.7) | - | 8(3.4) |
| | 무응답 | 6(10.2) | 11(19.3) | 6(10.7) | 3(4.7) | 26(11.0) |
| 용돈만족 | 충분 | 8(13.6) | 15(26.3) | 18(32.1) | 9(14.1) | 50(21.2) |
| | 보통 | 22(37.3) | 24(42.1) | 26(46.4) | 14(21.9) | 86(36.4) |
| | 부족 | 24(40.7) | 17(29.8) | 8(14.3) | 39(60.9) | 88(37.3) |
| | 무응답 | 5(8.5) | 1(1.8) | 4(7.1) | 2(3.1) | 12(5.1) |
| 건강상태 | 매우 좋다 | 2(3.4) | 4(7.0) | 7(12.5) | 5(7.8) | 18(7.6) |
| | 좋은 편 | 16(27.1) | 11(19.3) | 8(14.3) | 11(17.2) | 46(19.5) |
| | 보통 | 22(37.3) | 24(42.1) | 9(16.1) | 24(37.5) | 79(33.5) |
| | 나쁘다 | 17(28.8) | 13(22.8) | 24(42.9) | 21(32.8) | 75(31.8) |
| | 매우 나쁘다 | 1(1.7) | 4(7.0) | 8(14.3) | 3(4.7) | 16(6.8) |
| | 무응답 | 1(1.7) | 1(1.8) | - | - | 2(0.8) |

답하였고 현재의 용돈에 만족하는가를 물었을 때 역시 용돈 액수 분포에 준하여 양로원 노인의 경우 60.9%가 부족하다고 하였다.

건강상태에 대해서는 좋은 편이라고 생각하는 대상자보다는 보통 이하로 지각하는 노인이 많았다.

2. 노인의 무력감

1) 무력감 정도 비교

연구대상자 전체 236명을 대상으로 무력감을 측정하여 최대평점 4점에 대한 평균평점을 산출했을 때 인지적 무력감을 묻는 4문항은 2.22~2.93의 범위를 보였고, 정서적 무력감을 묻는 5문항은 1.69~2.70의 범위를, 활동적 무력감을 묻는 6문항은 1.22~2.58의 범위를, 학습 무력감을 묻는 4문항은 1.90~2.23의 범위를 보여 우리나라 노인에서는 인지적 무력감이 가장 문제가 됨을 알 수 있다.

이러한 결과는 영역별 평점을 산출 비교했을 때(표 3) 좀 더 분명해져 인지적 무력감 정도가 2.51로 가장 높았고, 그 다음이 정서적 무력감과 학습 무력감으로 각각 2.12였으며 활동적 무력감이 1.84로 가장 낮았다.

또한 전체 대상자 노인의 주거특성에 따라 분류하여 각 집단에서의 평점을 문항별로 산출한 다음 평점이 높은 순으로 순위를 주어 각 집단간 순위를 비교했을 때 문항별 집단간 순위는 2개 문항을 제외하고 대체로 유사하였다. 즉 '남이 시키는 대로 순종한다'의 문항에서 노인대학 출석 노인의 경우 1위로 점수가 높았으나 입원 노인의 경우 7순위로 차이를 보였고 '배우고자 하는 의욕이 없다'의 문항에서 입원 노인과 양로원 노인의 경우 5, 6위였으나 노인대학 출석 노인의 경우 15순위로 나타나 차이를 보였다.

그러나 무력감에 대한 영역별 평점 순위는 집단간에 차이가 없어 노인 전체를 대상으로 했을 때와 마찬가지로 인지적 무력감이 가장 높았고 활동적 무력감이 가장

〈표 3〉 영역별 무력감 평점 비교

(최대 평점 : 4점)

| 영역 | 전체 (n=236) | 재가노인 (n=59) | 입원노인 (n=56) | 노인대학 출석노인 (n=57) | 양로원노인 (n=64) | 집단간 평점 차이 검정 F값 |
|---------|---------------|----------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| 인지적 무력감 | 2.51 | 2.41 | 2.28 | 2.39 | 2.90 | 8.61*** |
| 정서적 무력감 | 2.12 | 1.97 | 1.99 | 2.17 | 2.33 | 5.20** |
| 활동적 무력감 | 1.84 | 1.61 | 1.79 | 1.93 | 2.00 | 5.37** |
| 학습 무력감 | 2.12 | 1.89 | 2.03 | 2.15 | 2.37 | 3.86* |
| 총 평점 | 2.10 | 1.87 | 2.00 | 2.10 | 2.36 | 10.76*** |

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

낮았으며 정서적 무력감과 학습 무력감은 그 느끼는 정도가 비슷하였다. 다만 평점 자체는 집단간에 차이가 있어 4영역 모두 양로원 노인이 가장 높은 점수를 보였고, 무력감 총 평점을 비교했을 때도 양로원 노인 집단의 무력감이 2.36으로 가장 높게 나타났고 재가 노인 집단이 1.87로 가장 낮은 무력감을 보였으며, 이러한 집단간의 영역별 평점 차이는 통계적으로도 유의하게 나타났다.

2) 무력감에 영향 미치는 요인

노인이 인지하는 무력감 정도에 영향 미치는 요인을 확인하기 위해 연령, 성별, 교육정도, 용돈, 건강상태에 따른 무력감의 차이를 t-test, oneway ANOVA로 분석하였다(표 4).

우선 연령을 60대, 70대, 80대로 구분하여 각 연령층

에서의 무력감 정도의 차이를 분석했을 때 영역에 무관하게 연령이 많은 집단이 적은 집단에 비해 무력감을 높게 인지하고 있었으며 이러한 집단간의 차이는 정서적 무력감 영역을 제외하고 모두 통계적으로도 유의하게 나타났다.

성별에 따른 무력감의 차이는 영역에 무관하게 여자가 남자에 비해 더 높게 무력감을 인지하고 있었으며, 이러한 무력감의 차이는 학습 무력감을 제외하고 모두 통계적으로도 유의하게 나타났다.

교육 정도를 무학, 국졸, 중졸 이상으로 구분하여 학력에 따른 무력감의 차이를 분석했을 때 영역에 무관하게 학력이 낮은 집단이 높은 집단에 비해 무력감을 높게 인지하고 있었으며 이러한 집단간의 무력감 차이는 모든 영역에서 통계적으로 유의하게 나타났다.

〈표 4〉 인구사회학적 특성에 따른 무력감의 차이

| 특성 | 집단구분 | 인지적 무력감 | | 정서적 무력감 | | 활동적 무력감 | | 학습 무력감 | | 무력감 총점 | |
|----------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|--------|----------|--------|----------|
| | | 평점 | F 또는 t값 | 평점 | F 또는 t값 | 평점 | F 또는 t값 | 평점 | F 또는 t값 | 평점 | F 또는 t값 |
| 연령 | 60대 | 9.15 | 9.35*** | 10.45 | 1.10 | 10.33 | 3.52* | 7.69 | 5.34** | 37.52 | 6.64** |
| | 70대 | 10.08 | | 10.48 | | 11.25 | | 8.63 | | 39.91 | |
| | 80대 | 11.36 | | 11.14 | | 11.82 | | 9.46 | | 43.60 | |
| 성별 | 남자 | 8.60 | -4.57*** | 9.47 | -3.84*** | 9.75 | -3.66*** | 8.16 | -.78 | 35.45 | -4.37*** |
| | 여자 | 10.55 | | 11.02 | | 11.49 | | 8.56 | | 41.55 | |
| 교육 정도 | 무학 | 11.47 | 21.06*** | 11.29 | 6.42** | 12.05 | 6.42** | 9.88 | 22.63*** | 44.22 | 25.76*** |
| | 국졸 | 10.08 | | 10.86 | | 11.61 | | 8.83 | | 41.33 | |
| | 중졸 이상 | 8.56 | | 9.68 | | 9.53 | | 6.76 | | 34.36 | |
| 용돈 | 5만원 미만 | 11.12 | 9.09*** | 11.49 | 8.53*** | 12.01 | 6.66** | 9.44 | 8.82*** | 43.69 | 13.65*** |
| | 5-10만원 | 9.52 | | 10.30 | | 10.98 | | 8.52 | | 39.04 | |
| | 10만원 이상 | 9.15 | | 9.59 | | 10.03 | | 7.25 | | 35.88 | |
| 건강 상태 | 나쁜 편 | 10.88 | 9.67*** | 11.23 | 6.02** | 11.92 | 7.87*** | 8.76 | .59 | 42.60 | 7.92*** |
| | 보통 | 10.11 | | 10.63 | | 11.11 | | 8.29 | | 39.58 | |
| | 좋은 편 | 8.73 | | 9.56 | | 9.75 | | 8.27 | | 36.38 | |

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

한달에 사용하는 용돈을 5만원 미만, 5~10만원, 10만원 이상으로 구분하여 한달 용돈 정도에 따른 무력감의 차이를 분석했을 때, 영역에 무관하게 용돈이 적은 집단이 많은 집단에 비해 무력감을 더 인지하는 것으로 나타났으며 이러한 집단간의 무력감 차이는 모든 영역에서 통계적으로 유의했다.

노인이 자신의 건강상태에 대해 생각하는 정도를 나쁜 편, 보통, 좋은 편으로 구분하여 건강상태 인지 정도에 따른 무력감의 차이를 분석했을 때 영역에 무관하게 건강상태를 나쁘게 인지하는 집단이 좋다고 생각하는 집단에 비해 무력감을 더 많이 느끼는 것으로 나타났으며 이러한 집단간의 무력감 차이는 학습 무력감 영역을 제외하고 모두 통계적으로 유의하였다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 노인이 인지하는 무력감

정도는 인구사회학적 특성에 따라 차이를 보여 연령이 많은 집단, 여성노인, 학력이 낮은 노인, 한달 사용 용돈이 적은 노인, 스스로 건강상태가 나쁘다고 생각하는 노인 집단에서 무력감을 더 많이 느끼는 것으로 해석할 수 있다.

한편 위와 같이 5개의 인구사회학적 특성이 모두 노인의 무력감 인지에 영향을 미치는 요인으로 나타남에 따라 이들 요인간의 상호작용 효과를 고려한 분석을 multiway ANOVA를 이용하여 추가로 검정했을 때(표 5) 무력감 총점의 경우 교육 정도와 건강상태의 특성에서만 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 무력감에 영향을 미치는 주요 특성으로 노인의 교육 정도와 건강상태가 고려되어야 할 것으로 생각한다.

〈표 5〉 변수간의 상호작용 효과를 고려한 무력감의 차이 검정

| 특 성 | 인지적 무력감 | 정서적 무력감 | 활동적 무력감 | 학습 무력감 | 무력감 총점 |
|-------|----------|---------|---------|----------|----------|
| | F값 | F값 | F값 | F값 | F값 |
| 연령 | 3.62* | .30 | .44 | .80 | 1.38 |
| 성별 | 2.68 | 4.12* | 4.53* | 2.66 | 2.10 |
| 교육 정도 | 9.18*** | .84 | 4.60* | 11.14*** | 10.79*** |
| 용돈 | 2.27 | 4.04* | 1.07 | .22 | 2.26 |
| 건강 상태 | 10.38*** | 5.41** | 7.65*** | 1.28 | 10.14*** |

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

3. 노인의 힘의 자원

1) 힘의 자원 정도 비교

연구대상자 전체 236명을 대상으로 힘의 자원을 측정하여 최대평점 4점에 대한 평균평점을 산출했을 때 신체적 힘을 묻는 4문항은 2.47~3.02의 범위를 보였고, 심리적 활기를 묻는 4문항은 2.84~2.96의 범위를, 긍정적 자아를 묻는 4문항은 2.75~3.16의 범위를, 에너지를 묻는 4문항은 2.37~2.62의 범위를, 지식을 묻는 4문항은 2.26~2.61의 범위를, 동기를 묻는 4문항은 2.45~2.64의 범위를, 신념체계를 묻는 4문항은 3.05~3.19의 범위를 보여 우리나라 노인에서는 신념체계가 가장 큰 힘의 자원이 되고 있으며 에너지, 지식, 동기 측면의 힘이 약함을 알 수 있다.

이러한 결과는 영역별 평점을 산출하여(표 6) 확인할 수 있는데 신념체계가 최대평점 4점에 대해 3.11로 가장 높았고, 그 다음이 긍정적 자아 2.94, 심리적 활기 2.90

이었으며, 점수가 낮은 순으로는 지식 영역이 2.50으로 가장 낮았고, 그 다음이 에너지 2.53, 동기 2.58이었다.

또한 전체 대상을 노인의 주거특성에 따라 분류하여 문항별 평점을 산출한 다음 평점이 높은 순으로 순위를 주어 각 집단간 순위를 비교했을 때 각 문항에 대한 집단간 순위에 차이가 있음을 알 수 있었고 영역별 평점과 평점에 따른 순위를 열거했을 때도 마찬가지로 집단간 차이가 있음을 발견할 수 있다.

각 집단에서의 영역별 평점을 분석하면 재가노인의 경우 영역별 평점 범위는 최저 2.55에서 최고 3.10이었고, 순위는 전체를 대상으로 했을 때와 유사하게 신념체계 영역이 가장 높았고 지식영역이 가장 낮았다. 입원노인의 경우 평점 범위는 2.63~3.15였고, 재가 노인에서 1순위였던 신념체계 영역은 3순위로 나타났고 심리적 활기가 1순위였으며 지식영역이 역시 가장 낮게 나타났다.

노인대학 출석 노인의 경우 전반적으로 평점이 높게

〈표 6〉 영역별 힘의 자원 평점 비교

(최대평점 : 4점)

| 영역 | 전체 (n=236) | 재가노인 (n=59) | 입원노인 (n=56) | 노인대학출석노인 (n=57) | 양로원노인 (n=64) | 집단간 평점 차이 검정 F값 |
|--------|---------------|----------------|----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| 신체적 힘 | 2.67 | 2.92 | 2.73 | 2.54 | 2.51 | 4.08** |
| 심리적 활기 | 2.90 | 2.73 | 3.15 | 3.47 | 2.35 | 37.36*** |
| 긍정적 자아 | 2.94 | 3.00 | 2.99 | 3.39 | 2.49 | 19.35*** |
| 에너지 | 2.53 | 2.60 | 2.64 | 3.08 | 1.90 | 22.49*** |
| 지식 | 2.50 | 2.55 | 2.63 | 2.77 | 2.12 | 10.32*** |
| 동기 | 2.58 | 2.73 | 2.70 | 3.21 | 1.85 | 26.58*** |
| 신념체계 | 3.11 | 3.10 | 2.77 | 3.42 | 3.13 | 7.50*** |
| 총 평점 | 2.73 | 2.83 | 2.79 | 3.13 | 2.32 | 26.02*** |

P<.01, *P<.001

나타나 최저 2.54에서 최고 3.47이었고 7개 영역 중 5개 영역이 3.0 이상의 평점을 보였으며 이 중 심리적 활기 영역의 평점이 가장 높았고 그 다음이 신념체계였으며 재가노인 및 입원 노인집단과는 달리 신체적 힘의 영역에 가장 낮은 점수를 보였다.

양로원 노인의 경우는 노인대학 출석 노인에 비해 평점이 대체로 낮아 신념체계 영역만이 3.13으로 점수가 높았고 다른 영역은 모두 2.5 미만의 낮은 점수를 보였으며 특히 동기와 에너지 영역은 2.0 미만의 점수를 보여 타 집단에 비해 양로원 노인에서 동기가 힘의 자원으로 작용하지 못함을 알 수 있다.

한편 집단간의 영역별 평점을 비교했을 때 신체적 힘은 재가노인이 가장 높았고 나머지 심리적 활기, 긍정적 자아, 지식, 동기, 신념체계 영역은 노인대학 출석노인이 가장 높았으며 전반적으로 양로원 노인은 신념체계를 제외하고 모든 영역에서 가장 낮은 점수를 보였다.

또한 힘의 자원을 묻는 28문항에 대한 총점을 집단별로 산출하여 이를 최대평점 4점으로 환산 비교했을 때 노인대학 출석 집단이 3.13으로 가장 높았고 양로원 노인 집단이 2.32로 가장 낮았으며 이러한 집단간의 점수 차이는 모두 통계적으로 유의하게 나타났다.

2) 힘의 자원에 영향 미치는 요인

노인이 갖고 있는 힘의 자원의 인지 정도에 영향 미치는 요인을 확인하기 위해 연령, 성별, 교육정도, 용돈, 건강상태에 따른 힘의 자원의 정도 차이를 t-test, oneway ANOVA로 분석하였다(표 7).

우선 연령을 60대, 70대, 80대로 구분하여 각 연령층에서의 힘의 자원 인지정도 차이를 분석했을 때 종교 영역을 제외하고 연령이 많은 집단이 적은 집단에 비해 힘

의 자원을 낮게 인지하고 있었으며 이러한 집단간의 차이에 대한 유의성을 통계적으로 검정했을 때 신체적 힘과 신념체계 영역을 제외하고 모두 유의한 것으로 나타났다.

성별에 따른 힘의 자원의 인지 차이는 긍정적 자아와 신념체계 영역을 제외하고 대체로 남자가 여자보다 힘의 자원을 높게 인지하고 있었으나 집단간의 차이에 대한 통계적인 유의성은 신체적 힘과 신념체계 영역에서만 유의하게 나타나 신체적인 힘의 자원은 남자가, 신념체계 자원은 여자가 더 높게 인지하고 있었다.

교육정도를 무학, 국졸, 중졸 이상으로 구분하여 학력에 따른 힘의 자원 정도를 분석했을 때 영역에 무관하게 학력이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 힘의 자원을 높게 인지하고 있었으며 이러한 집단간의 차이는 신념체계 영역을 제외하고 모두 통계적으로도 유의하게 나타났다.

한달에 사용하는 용돈을 5만원, 5~10만원, 10만원 이상으로 구분하여 한달 용돈 정도에 따른 힘의 자원 정도를 분석했을 때 영역에 무관하게 용돈을 많이 사용하는 집단이 적게 사용하는 집단에 비해 힘의 자원을 더 높게 인지하고 있었으며 이러한 집단간의 차이는 신체적 힘과 신념체계 영역을 제외하고 다른 5개 영역에서는 통계적으로 유의하게 나타났다.

노인이 인지하는 건강상태를 나쁜 편, 보통, 좋은 편으로 구분하여 건강상태에 따른 힘의 자원 정도를 비교했을 때 지식 영역을 제외하고는 건강상태를 좋게 생각하는 집단이 나쁘게 생각하는 집단에 비해 힘의 자원을 높게 인지하고 있었으나 이러한 집단간의 차이에 대한 통계적인 유의성을 검정했을 때 신체적 힘, 에너지, 신념체계의 3개 영역에서만 유의하게 나타났다.

〈표 7〉 인구사회학적 특성에 따른 힘의 자원 인지 정도 차이

| 특성 구분 | 신체적 힘 | | 심리적 활기 | | 긍정적 자아 | | 에너지 | | 동기 | | 신념 체계 | | 힘의 자원 총점 | | | | |
|-------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|----------|----------|---------|-------|---------|
| | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | 평균 | F값 또는 t값 | | | |
| 연령 | 60대 | 11.23 | 2.86 | 12.02 | 5.33* | 12.17 | 5.20* | 11.23 | 20.80** | 10.49 | 9.36** | 11.70 | 21.04** | 12.18 | 1.17 | 80.97 | 13.53** |
| | 70대 | 10.45 | | 11.85 | | 12.02 | | 10.54 | | 10.40 | | 10.66 | | 12.82 | | 78.30 | |
| | 80대 | 10.11 | | 10.47 | | 10.70 | | 7.62 | | 8.60 | | 7.74 | | 12.22 | | 67.42 | |
| 성별 | 남자 | 11.51 | 2.84* | 11.74 | .43 | 11.61 | -.44 | 10.61 | 1.26 | 10.11 | .41 | 10.81 | 1.13 | 10.98 | -4.16** | 76.71 | .11 |
| | 여자 | 10.36 | | 11.54 | | 11.80 | | 9.92 | | 9.93 | | 10.19 | | 12.92 | | 76.43 | |
| 교육 | 무학 | 9.50 | 13.33** | 10.57 | 8.35* | 10.49 | 14.86** | 7.99 | 34.34** | 8.95 | 9.76** | 8.13 | 29.42** | 11.98 | 1.82 | 66.58 | 32.66** |
| | 국졸 | 10.78 | | 11.95 | | 12.16 | | 10.31 | | 10.20 | | 10.52 | | 12.49 | | 78.35 | |
| | 중졸 이상 | 11.77 | | 12.34 | | 12.73 | | 12.14 | | 10.86 | | 12.38 | | 12.87 | | 85.06 | |
| 용돈 | 5만원 미만 | 10.17 | 3.03 | 10.03 | 24.94** | 10.48 | 16.74** | 8.35 | 25.40** | 8.96 | 19.10** | 8.32 | 25.10** | 12.03 | 1.27 | 67.99 | 29.51** |
| | 5-10만원 | 10.79 | | 12.22 | | 12.09 | | 10.33 | | 9.83 | | 10.96 | | 12.40 | | 77.88 | |
| | 10만원 이상 | 11.33 | | 13.02 | | 13.00 | | 12.20 | | 11.71 | | 12.37 | | 12.84 | | 86.51 | |
| 건강 | 나쁜 편 | 9.22 | 25.34** | 11.29 | 1.06 | 11.22 | 2.85 | 9.28 | 4.07* | 10.01 | .11 | 9.67 | 1.96 | 11.44 | 8.92** | 71.89 | 6.41** |
| | 보통 | 11.05 | | 11.61 | | 12.10 | | 10.35 | | 10.09 | | 10.67 | | 12.90 | | 79.08 | |
| | 좋은 편 | 12.07 | | 12.00 | | 12.19 | | 10.90 | | 9.85 | | 10.79 | | 13.29 | | 80.48 | |

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

이상의 결과를 종합해 볼 때 노인이 인지하는 힘의 자원 정도는 무력감에서와 마찬가지로 인구사회학적 특성에 따라 차이를 보여 연령이 많은 집단, 여성노인, 학력이 낮은 노인, 한달 사용 용돈이 적은 노인, 스스로 건강상태가 나쁘다고 생각하는 노인 집단에서 힘의 자원을 낮게 인지하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

한편 위와 같은 인구사회학적 특성이 전반적으로 노인의 힘의 자원 인지에 영향 미치는 요인으로 나타남에

따라 이들 요인간의 상호작용 효과를 고려한 분석을 multiway ANOVA를 이용하여 추가로 검정했을 때(표 8) 힘의 자원 총점의 경우, 연령을 제외하고 나머지 교육정도, 건강상태, 용돈, 성별에서는 집단간의 점수 차이가 통계적으로 유의하게 나타나 노인의 힘의 자원 인지를 평가할 때 이들 특성이 고려되어야 할 것으로 생각된다.

〈표 8〉 변수간의 상호작용 효과를 고려한 힘의 자원 인지정도 차이 검정

| 특 성 | 신체적 힘 | 심리적 활기 | 긍정적 자아 | 에너지 | 지 식 | 동 기 | 신념체계 | 힘의 자원 총점 |
|------|----------|----------|---------|----------|--------|---------|----------|----------|
| | F값 | F값 | F값 | F값 | F값 | F값 | F값 | F값 |
| 연 령 | 3.0 | .85 | .19 | 6.97*** | 2.05 | 4.42* | 1.07 | 2.49 |
| 성 별 | .11 | 2.07 | 7.98** | 5.48* | 1.19 | 4.63* | 38.60*** | 13.21*** |
| 교육정도 | 7.81*** | 1.36 | 7.05*** | 14.75*** | 2.11 | 8.69*** | 2.74 | 13.29*** |
| 용 돈 | 1.32 | 19.86*** | 9.04*** | 3.39* | 6.00** | 5.01** | 2.03 | 10.15*** |
| 건강상태 | 24.34*** | 1.50 | 2.97 | 6.51** | .05 | 2.45 | 8.20*** | 9.92*** |

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

4. 무력감과 힘의 자원간의 관계

전체 노인 236명을 대상으로 무력감과 힘의 자원 각 영역간의 관계를 Pearson 적률 상관계수로 산출했을 때(표 9) 인지적 무력감은 힘의 자원 각 영역과 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 정서적 무력감의 경우 힘의 자원 중 지식 영역에서만 유의한 상관관계가 없었고 나머지 6개 영역과는 상관관계가 없었다.

활동적 무력감과 학습 무력감 모두 심리적 활기와 신념체계 영역에서는 유의한 상관성이 없이 나타났고 나머지 5개 영역과는 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

또한 힘의 자원 각 영역과 무력감 총점과는 7개 영역 모두 유의한 상관관계가 있었고 마찬가지로 힘의 자원 총점과 무력감의 각 영역 그리고 무력감 총점과는 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나 노인의 힘의 자원 인지 정도와 무력감 인지 정도는 상호관련성이 있음을 알 수 있어 힘의 자원을 높게 인지할수록 무력감을 덜 느끼는 것으로 해석할 수 있다.

한편 7개 영역의 힘의 자원이 무력감을 어느 정도 설명할 수 있는가를 알아보기 위해 다중회귀분석을 적용했을 때 다중상관계수 R=.7048, 결정계수 R²=.4967로 나타나 50% 정도 설명가능함을 알 수 있어 무력감을 완화하는 데 힘의 자원이 크게 작용할 수 있음을 시사하였

〈표 9〉 무력감과 힘의 자원간의 관계

| 힘의 자원 무력감 | 신체적 힘 | 심리적 활기 | 긍정적 자아 | 에너지 | 지 식 | 동 기 | 신념체계 | 힘의 자원 총점 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 인지적 무력감 | -.51** | -.26** | -.36** | -.55** | -.38** | -.45** | -.26** | -.57** |
| 정서적 무력감 | -.33** | -.37** | -.39** | -.44** | -.13 | -.31** | -.19* | -.44** |
| 활동적 무력감 | -.43** | -.13 | -.28** | -.41** | -.25** | -.37** | -.16 | -.42** |
| 학 습 무력감 | -.39** | -.07 | -.22* | -.41** | -.33** | -.37** | -.16 | -.40** |
| 무력감 총점 | -.55** | -.26** | -.41** | -.60** | -.37** | -.50** | -.25** | -.61** |

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

〈표 10〉 무력감에 대한 힘의 자원 각 영역의 중회귀분석 결과

| 영역 | B | SEB | β | T | 유의도 |
|------------|--------|-------|---------|--------|-----|
| 신념체계 | .028 | .187 | .009 | .151 | .88 |
| 지식 | -.518 | .210 | -.154 | -2.472 | .01 |
| 신체적 힘 | -1.331 | .198 | -.408 | -6.711 | .00 |
| 심리적 활기 | -.014 | .251 | -.004 | -.056 | .96 |
| 동기 | -.040 | .215 | -.016 | -.184 | .85 |
| 긍정적 자아 | -.255 | .290 | -.075 | -.880 | .38 |
| 에너지 | -.784 | .253 | -.296 | -3.101 | .00 |
| (constant) | 70.594 | 3.368 | | 20.959 | .00 |

다.

그러나 〈표 10〉을 통해 각 영역의 유의성을 보면 지식, 신체적 힘, 에너지 영역만이 무력감에 대한 설명력을 개선해 주는 데 유의한 것으로 나타났고, 나머지 영역들은 영역간에 높은 상관성이 있어 각 영역이 무력감에 대해 갖는 고유한 설명력을 저하시켰음을 알 수 있다.

이러한 영역간의 상호관련성을 고려하여 다시 같은

변수를 사용하여 단계별 중회귀분석을 시도했을 때(표 11) 역시 에너지, 신체적 힘, 지식 영역만이 회귀식에 포함되고 나머지 4영역은 회귀식에서 탈락되었다. 1단계로 에너지 영역이 투입되어 무력감에 대해 35%의 설명력을 나타냈으며, 신체적 힘이 더 투입되었을 때 설명력은 12% 증가하여 47%로 나타났고, 3단계로 지식이 투입되었을 때 설명력은 2%만이 증가하여 결국 이들 3영역만으로 무력감을 49% 설명하고 있었다.

〈표 11〉 무력감에 대한 힘의 자원 각 영역의 다단계 중회귀분석

| 투입 단계 | 힘의 자원 | R | R ² | β | T | 유의도 |
|-------|------------|-----|----------------|---------|-------|-----|
| 1 | 에너지 | .59 | .35 | -.35 | -5.28 | .00 |
| 2 | 신체적 힘 | .69 | .47 | -.41 | -7.02 | .00 |
| 3 | 지식 | .70 | .49 | -.16 | -2.70 | .01 |
| | (constant) | | | | 27.68 | .00 |

5. 심리재활 프로그램의 적용효과

1) 대상자의 일반적 특성

심리재활 프로그램의 적용대상으로 선정된 양로원 노인 29명의 성별, 연령, 교육정도, 건강상태는 〈표 12〉에서와 같이 성별의 경우 여자가 86.2%로 대부분이었고, 연령은 80세 이상이 55.2%였으며 교육정도는 무학이 62.1%로 많았고, 건강상태는 나쁜 편으로 응답한 노인이 34.5%, 좋은 편으로 응답한 노인이 31%로 나타났다.

2) 프로그램 적용 전·후의 무력감 정도변화

심리재활 프로그램을 적용하기 전의 무력감 정도를 최대평점 4점에 대해 산출하여 평점이 큰 순으로 순위를 열거했을 때 양로원 노인에서 나타난 순위와 거의 유사하여 프로그램 적용 대상으로 선정된 집단의 대표성

〈표 12〉 심리재활 프로그램 적용 대상자의 일반적 특성 (n=29)

| 특성 | 구분 | 실수(%) |
|------|--------|----------|
| 성별 | 남자 | 4(13.8) |
| | 여자 | 25(86.2) |
| 연령 | 70~74세 | 6(20.7) |
| | 75~79세 | 7(24.1) |
| | 80세 이상 | 16(55.2) |
| 교육정도 | 무학 | 18(62.1) |
| | 국졸 | 8(27.6) |
| | 중졸이상 | 3(10.3) |
| 건강상태 | 매우 좋다 | 3(10.3) |
| | 좋은 편이다 | 6(20.7) |
| | 보통이다 | 10(34.5) |
| | 나쁜 편이다 | 8(27.6) |
| | 매우 나쁘다 | 2(6.9) |

을 뒷받침해 주었다(Spearman 순위상관계수=.99, P=.000).

한편 무력감 측정문항을 영역별로 묶어 각 영역에 대한 평점을 산출비교했을 때<표 13> 비록 통계적 유의성은 없었으나 인지적 무력감을 제외한 나머지 3영역 즉 정서적, 활동적, 학습 무력감 점수는 프로그램 적용 후에 낮아진 것으로 나타났으며 무력감 총점 역시 적용 후에 약간의 감소를 보였다.

3) 프로그램 적용 전·후의 힘의 자원 정도 변화

심리재활 프로그램을 적용하기 전의 힘의 자원 인지 정도를 최대평점 4점에 대해 산출하여 평점이 큰 순으로 순위를 열거했을 때 양로원 노인에서 나타난 순위와 거의 유사하여 프로그램 적용 대상으로 선정된 집단의 대표성을 뒷받침해 주었다(Spearman 순위상관계수

=.97, P=.000)

한편 힘의 자원 측정 문항을 영역별로 묶어 각 영역에 대한 평점을 산출 비교했을 때<표 14> 7개 영역 중 신체적 힘과 신념체계 영역을 제외한 나머지 5개 영역 즉, 심리적 활기, 긍정적 자아, 에너지, 지식, 동기 영역은 프로그램 적용전의 점수에 비해 적용 후 점수가 높게 나타났다으며 이중 심리적 활기와 동기 영역은 적용 전·후의 점수차가 통계적으로도 유의하였다.

또한 7개 영역의 총점 즉, 힘의 자원 총점 역시 프로그램 적용 전에 비해 적용 후 점수가 더 높았으며 이러한 점수차는 통계적으로도 유의하여(paired t=2.21, P<.05) 심리재활 프로그램의 적용이 노인이 갖고 있는 힘의 자원을 강화시키는데 기여한 것으로 해석할 수 있다.

<표 13> 프로그램 적용 전·후의 영역별 무력감 변화

(최대평점 : 4점)

| 영역 | 적용 전(A) | 적용 후(B) | 적용 전·후 평점 차이 (A-B) | t값 |
|---------|---------|---------|-----------------------|-------|
| | 평점 | 평점 | | |
| 인지적 무력감 | 2.99 | 3.07 | -0.08 | -0.52 |
| 정서적 무력감 | 2.40 | 2.28 | 0.12 | 0.94 |
| 활동적 무력감 | 1.94 | 1.83 | 0.11 | 1.29 |
| 학습 무력감 | 2.30 | 2.31 | 0.07 | 0.37 |
| 무력감 총평점 | 2.35 | 2.32 | 0.03 | 0.31 |

P>.05

<표 14> 프로그램 적용 전·후의 영역별 힘의 자원 변화

(최대평점 : 4점)

| 영역 | 적용 전(A) | 적용 후(B) | 적용 전·후 평점 차이 (B-A) | t값 |
|-----------|---------|---------|-----------------------|---------|
| | 평점 | 평점 | | |
| 신체적 힘 | 2.49 | 2.39 | -0.10 | -0.84 |
| 심리적 활기 | 2.42 | 2.86 | 0.44 | 4.31*** |
| 긍정적 자아 | 2.63 | 2.75 | 0.12 | 0.88 |
| 에너지 | 1.92 | 2.06 | 0.14 | 0.99 |
| 지식 | 2.08 | 2.38 | 0.30 | 1.67 |
| 동기 | 1.90 | 2.23 | 0.33 | 2.25* |
| 신념 | 3.25 | 3.18 | -0.07 | -0.57 |
| 힘의 자원 총평점 | 2.38 | 2.57 | 0.19 | 2.21* |

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

V. 요약 및 결론

1. 요약

노인은 노화과정에 의한 심리적, 생리적 변화로 인해

어느 연령층에 비해서도 무력감에 취약하며 이러한 무력감에 계속 노출될 때 노인은 우울, 절망감의 자기 파괴적인 순환과정을 경험하여 죽음을 재촉하게 된다.

본 연구의 주요 목적은 우리나라 노인이 경험하는 무력감과 힘의 자원 정도를 측정하고 무력감 완화를 위한

심리재활 프로그램의 효과를 평가하기 위함이다.

이를 위해 2단계의 연구가 진행되었으며 1단계에서는 주거특성에 따라 236명의 노인을 4개 집단으로 분류하여 노인이 인지하는 무력감과 힘의 자원 정도를 조사하고 비교하였으며, 2단계에서는 집단회상과 오락활동으로 구성된 심리재활 프로그램을 양로원에 거주하는 29명의 노인에게 5주간 실시하여 프로그램 적용 전·후의 무력감 및 힘의 자원 변화정도를 측정하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 무력감을 인지적, 정서적, 활동적, 학습의 4영역으로 분류하여 조사했을 때 우리나라 노인의 경우 인지적 무력감을 가장 높게 인지하고 활동적 무력감을 가장 낮게 인지하는 것으로 나타났다.

2. 주거특성에 따라 노인집단을 재가노인, 입원노인, 노인대 출석노인, 양로원노인으로 분류하여 무력감 정도를 조사했을 때 양로원노인 집단이 무력감을 가장 높게 인지하였고 재가노인 집단이 무력감을 가장 낮게 인지하였다.

3. 인구사회학적 특성에 따른 노인의 무력감 인지정도 차이를 분석했을 때 연령, 성별, 교육정도, 용돈, 건강상태의 특성이 모두 노인의 무력감 인지에 영향을 미치는 요인으로 나타났으나, 이들 요인간의 상호작용 효과를 고려하여 분석했을 때는 교육정도와 건강상태의 특성에서만 무력감 인지정도에 유의한 차이를 보여, 교육정도가 낮은 노인과 건강상태를 나쁘게 인지하는 노인이 무력감을 더 느끼는 것으로 나타났다.

4. 힘의 자원을 신체적 힘, 정서적 활기, 긍정적 자아, 에너지, 지식, 동기, 신념체계의 7개 영역으로 분류하여 조사했을 때 우리나라 노인의 경우 신념체계가 가장 큰 힘의 자원이 되고 있으며, 에너지, 지식, 동기 측면의 힘이 약한 것으로 나타났다.

5. 노인의 주거특성에 따른 힘의 자원 인지정도의 차이를 분석했을 때 노인대학 출석 집단이 힘의 자원을 가장 높게 인지하였고 무력감에서와 마찬가지로 양로원노인 집단이 힘의 자원을 가장 낮게 인지하였다.

6. 인구사회학적 특성에 따른 힘의 자원 인지정도의 차이를 분석했을 때 연령, 성별, 교육정도, 용돈, 건강상태의 특성이 모두 노인의 힘의 자원 인지에 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 이들 요인간의 상호작용 효과를 고려한 분석에서도 연령을 제외하고 나머지 4개 특성에서 집단간에 차이를 보여 남자보다는 여자노인, 교육정도가 낮은 노인, 한달 사용 용돈이 적은 노인, 스스로 건강상태가 나쁘다고 생각하는 노인 집단에서 힘의 자

원을 낮게 인지하는 것으로 나타났다.

7. 노인의 힘의 자원 인지정도와 무력감 인지정도는 통계적으로 유의한 역상관계가 있는 것으로 나타났으며 무력감에 대한 7개 영역의 힘의 자원의 설명력은 49%로 나타나 힘의 자원이 무력감을 완화하는데 크게 작용할 수 있음을 시사하였다.

8. 무력감과 힘의 자원을 가장 낮게 인지한 양로원노인 집단을 대상으로 5주간 계획된 심리재활 프로그램을 적용했을 때 무력감의 경우 비록 통계적인 유의성은 없었으나 인지적 무력감을 제외한 나머지 3영역, 즉 정서적, 활동적, 학습 무력감 점수와 무력감 총점은 프로그램 적용전에 비해 적용후 점수가 낮게 나타나 심리재활 프로그램이 노인의 무력감 완화에 기여하였음을 알 수 있다.

또한 힘의 자원의 경우도 7개영역 중 신체적 힘과 신념체계 영역을 제외하고 나머지 5개 영역, 즉 심리적 활기, 긍정적 자아, 에너지, 지식, 동기 영역의 점수가 프로그램 적용전에 비해 적용후 점수가 높게 나타났으며 힘의 자원 총점의 적용전·후 점수차이는 통계적으로도 유의하여 심리재활 프로그램이 일차적으로는 힘의 자원을 증가시키고 이차적으로는 무력감을 완화하는 것으로 해석할 수 있다.

2 결 론

노화는 태어난 순간에 시작되어 죽을 때까지 지속되는 과정으로 노화과정과 더불어 인간의 여러가지 심리적 특성과 변인들도 함께 변화해간다. 그러나 이러한 변화는 단순히 그 자체에만 의미가 있는 것이 아니라 개인적 특성 및 행동 특성의 변화를 초래하고 더 나아가 일상생활에서의 심리적 적응 내지 정신건강 수준과도 관련이 있다.

따라서 간호사는 인생단계에 따른 이와같은 요인들의 변화과정을 철저히 이해하여 개인의 적응수준 향상과 그들의 건강관리 등 삶의 질을 향상시키는데 보다 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

이러한 의미에서 본 연구를 통해 우리나라 노인의 무력감과 힘의 자원 인지정도를 파악하고 이를 기반으로 무력감을 완화할 수 있는 심리재활 프로그램을 개발, 적용하여 긍정적인 효과를 평가받음은 무력감으로 인한 우울, 절망감을 예방하여 노인의 건강증진에 기여할 수 있다는 점에서 의의가 크다 하겠다.

실제로 노인을 대상으로 한 연구의 대부분은 질환으

로 입원해 있는 노인에만 초점을 맞추었을 뿐이며 가정이나 양로원에 거주하는 노인은 인구의 노령화에 따른 사회적인 문제를 파악하기 위한 조사대상으로만 이용될 뿐 이들 노인이 경험하는 구체적인 문제와 이를 해결해 주기 위한 중재방안은 심층적으로 다루어지지 않았었다. 그러나 노인에 있어 그들이 삶에 대해 최대한의 통제감을 느끼도록 해주는 행동은 어느 것이든지 궁극적으로 노인의 전반적인 안녕(well-being)을 유지, 증진시켜줄 것이며 수명연장에도 효과를 가질 것이다 (Fuller, 1978).

그러므로 지속적인 연구를 통해 우리나라 노인에서 통제감을 증진시켜 무력감을 완화할 수 있는 심리재활 프로그램이 제시된다면 이는 점차 증가추세에 있는 노인인구의 건강증진에 일익을 담당할 것이다. 또한 이 프로그램이 각 양로원에 적용될 때 기관에 수용된 노인의 무력감을 사전에 예방할 수 있으며 점차 증가하고 있는 노인대학 프로그램 개발에도 좋은 자료로 이용됨으로써 노인의 삶의 질을 증진하는데 기여할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- Benson, E. Health promotion for the elderly : clinical learning experiences in nontraditional settings. *Nursing Clinics of North America*, 1979, 14, Dec., 577-586.
- Bradley, R. Age-related differences in locus of control orientation in three behavior domains. *Human Dev.*, 1976, 19, 49-59.
- Brodie, J. Social behavior of the elderly : effects of fearfulness and perceived locus of control. *Issues in Mental Health Nursing*, 1978, 1, Spring, 63-69.
- Chang, B. Perceived situational control of daily activities : a new tool. *Research in Nursing and Health*, 1978, 1, 181-186.
- Chang, B. Generalized expectancy, situational perception and morale among the institutionalized aged. *Nursing Research*, 1978, 27, Sept.-Oct., 316-322.
- Chang, B. Black and white elderly : morale and perception of control. *Western Journal of Nursing Research*, 1980, 2, Winter, 371-378.
- Fuller, S. Inhibiting helplessness in elderly people. *Journal of Gerontological Nursing*, 1978, 4, July-August, 18-24.
- German, P. Delivery of care to older people : issues and outlooks. *Topics in Clinical Nursing*, 1981, 3, April, 1-2.
- Hain, M.J. & Chen, S.P. Health needs of the elderly. *Nursing Research*, 1976, 25, Nov.-Dec., 433-441.
- Hanes, C. Locus of control and depression among noninstitutionalized elderly persons. *Psychological Rep.*, 1977, 41, 581-585.
- Hirschfeld, M. Research in nursing gerontology. *Journal of Advanced Nursing*, 1979, 4, 621-626.
- Kaplowitz, S. Toward a systematic theory of power attribution. *Social Psychology*, 1978, 41(2), 131-148.
- Kuypers, J. Internal-external locus of control, ego functioning, and personality characteristics in old age. *Gerontologist*, 1972, 12, 168-173.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E. Role therapy and the concept of powerlessness. *JPNMHS*, 1981, 19(9), 11-14.
- Langer, E. & Rodin, J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged : a field experiment in an institutionalized setting. *Journal of Perspectives of Social Psychology*, 1976, 34, 191-197.
- Lee, R. Self-images of the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 1976, 11, March, 119-128.
- Miller, J.E. *Coping with chronic illness overcoming powerlessness*, Philadelphia, F.A., Davis Company, 1983.
- Reid, D., Hass, G. & Hawkings, D. Locus of desired control and positive self concept of the elderly. *Journal of Gerontology*, 1977, 32, 441-448.
- Robert, S.L. *Behavioral concepts and the critically ill Patients : powerlessness ; 2nd Ed.*, New York, Appleton-Century Crofts, 1986.
- Rodin, J. & Langer, E. Long term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Perspectives of Social Psychology*, 1977, 35, 897-905.
- Schultz, R. Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the

- institutionalized aged. *Journal of Perspectives of Social Psychology*. 1978, 36, 1194–1198.
- Smith, F.B. Patients power. *American Journal of Nursing*, 1985, 85, Nov., 1260–1262.
- Spencer, M. & Dorr, C. *Understanding Aging : A Multidisciplinary Approach*. New York, Appleton-Century Crofts, 1975.
- Thomas, E. Application of stress factors in gerontologic nursing. *Nursing Clinics of North America*, 1970, 14, Dec., 607–615.
- Ziegler, M. & Reid, D. Correlates of locus of desired control in two samples of elderly persons : community residents and hospitalized patients. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 1979, 47, 977–985.

– Abstract –

A Study on Psychological Rehabilitation to Decrease Powerlessness in the Elderly Population

Kim, Cho Ja* · Lim, Jong Rak** · Park, Jee Won***

Older people, because of the psychological and physiological changes related to the aging process are more vulnerable to experiencing powerlessness than any other age group. This self destructive cycle of depression in older people related to the experience of continued and long term powerlessness can lead even to death.

The purpose of this study was to measure powerlessness and resources to increase power in older people, and to measure the effectiveness of a psychological rehabilitation program for reducing powerlessness. The research methodology used was a two step process. In the first step, a survey was done of perceived powerlessness and power

resources comparing four groups of elderly people : those living at home, those in hospital, those living in nursing homes and those attending educational programs for the elderly. The total sample size was 236. In the second step, a psychological rehabilitation program was carried out, pre and post measurements were taken related to this program. The sample consisted of 29 residents in a nursing home.

The results of the study are as follows :

1. Powerlessness was classified as cognitive, emotional, activity and learning. The lowest score for powerlessness was in the area of activity, that is the people in the sample felt more power concerning their activities. The highest score was in the area of cognition where they felt they had less power.
2. When the different groups of elderly were compared, it was found that the residents of the nursing home had the highest score on perceived powerlessness and the group who were living at home had the lowest score.
3. Among the general characteristics, the factors influencing the powerlessness score were age, sex, level of education, financial resources and health status. In the interaction effects among these factors, it was found that level of education and health status were factors influencing perceived powerlessness. The elderly with lower education and poorer health status had the higher scores for perceived powerlessness.
4. The power resources could be classified into the following areas : physical strength, emotional strength, positive self-image, energy, knowledge, motivation and belief system. Belief system was given the highest score among the power resources and energy, knowledge and motivation were given low scores.

* Professor, Yonsei University College of Nursing

** Director, Youngnak Old Peoples Home

*** Head Nurse, Yonsei Medical Center Severance Hospital

5. The group participating in an educational program for the elderly had the highest score for power resources while the group made up of residents of a nursing home had the lowest score as well as the highest score for perceived powerlessness.
6. The factors influencing the power resource scores were sex, level of education, financial resources and health status. In the analysis of the interaction effect among the factors, it was found that sex, level of education and financial resources were the factors that influenced the power resource score, that is, women, those with a low level of education and those with poor financial resources reported a lower level of power resources.
7. There was a negative correlation between perceived powerlessness and power resources in the elderly in this study. Since power resources explained 49% of the variance for

powerlessness, it can be concluded that the power resources can be used to reduce powerlessness.

8. The psychological rehabilitation program was carried out with the nursing home residents over a period of five weeks. No statistically significant difference was found in the scores on powerlessness between the pre and post tests, but there was a slight decrease in the raw scores on the post test for emotional, activity and learning powerlessness. There was a statistically significant increase in the power resource scores for emotional strength, positive self-image, energy, knowledge and motivation in the post test as compared to the pre test.

In conclusion, the study indicates that a psychological rehabilitation program for the elderly could be effective in increasing power resources and this in turn could lead to a decrease in perceived powerlessness.