

장기요양보호대상노인 가족부양자에 대한 개입의 효과성*

김 수 영

(경성대학교)

[요 약]

본 연구는 치매노인과 뇌졸중노인 가족부양자를 대상으로 집단차원의 교육/훈련프로그램을 실시한 후 개입의 효과성을 검토한 것이다. 연구내용은 프로그램 참여를 통한 개입의 효과성을 살펴보는 것으로, 사전사후검증의 타당성을 높이기 위해 유사 전-후 실험 통제집단 연구설계를 이용하였다. 사전사후검증을 모두 마친 가족들은 42명인데, 그 중 실험집단 17명, 통제집단 25명이었다. 개입의 효과성을 파악하기 위해 부양부담 척도와 주관적 삶의 질 척도를 사용하였다. 분석결과 프로그램에 참여했던 가족들은 개입 이후로 부양부담은 유의미한 수준에서 차이가 나타나지 않았지만, 주관적 삶의 질은 차이가 나타났다. 대상노인의 특성별로 분석한 결과를 보면, 치매노인, 노인의 상병기간이 짧을수록, 장애정도가 낮을수록 가족부양자의 삶의 질이 더 높아지는 경향을 나타냈다. 또한 가족의 특성별로는 남성, 고학력, 젊은 부양자일수록 삶의 질이 더 높아지는 경향이 있었다. 추가적으로 본 연구에서 효과성을 전제로 할 때 우선적인 개입이 필요한 취약한 가족부양자 집단을 확인하였고, 프로그램은 가족의 특성별로 특화하여 실시하는 것이 바람직하다는 점도 알 수 있었다.

주제어: 치매, 뇌졸중, 가족부양자, 개입, 효과성, 교육/훈련프로그램, 주관적 삶의 질

1. 연구목적 및 의의

오늘날 평균수명의 연장으로 장기요양보호(long-term care)가 필요한 의존적인 노인이 증가하면서 병약한 노인보호 문제가 점차 부각되고 있다. 특히 우리나라는 만성질환을 가진 노인들이 이용할 수 있는 지역사회 자원이 매우 제한되어 있어 전적으로 가족의 보호에 의존해야 하는 점이 노인보호문제

* 본 연구는 2003년도 경성대학교 교내연구비의 지원을 받았다.

를 가중시키고 있다. 예를 들면 전통적인 노인부양의식과 산업사회의 가족가치가 충돌하면서 가족갈등으로 나타나거나, 심지어는 노인유기나 학대현상도 보고되고 있다. 앞으로 의학과 보건기술이 발전할수록 병약한 노인의 수명은 더 길어질 것이므로 이들 노인에게 대한 보호문제는 우리 사회에 더 큰 짐을 지워줄 가능성이 있다. 그러므로 인구고령화의 속도가 심각한 수준에 이를 것으로 전망되는 우리나라는 전통적인 부양가치를 유지하면서 다양한 차원에서 병약한 노인을 부양하는 방안이 시급히 모색되어야 하겠다.

다양한 차원에서의 노인부양이란 개인적인 차원에서부터 사회적 차원의 부양까지의 모든 것을 의미한다. 즉, 정부, 민간단체, 가족이 노인보호의 역할을 분담하면서, 병약한 노인은 자신의 집에서 살아가는 것이다. 이것이 곧 노인의 존엄성과 사생활을 높은 수준에서 보호해 주는 지역사회 중심의 보호(community-based care)이다. 고령사회에 진입한 선진국에서는 지역사회 중심의 보호가 실시되면서 이미 공식적 자원(formal social resources)과 비공식적 자원(informal social resources)을 적절히 활용하는 사회적 지지체계가 구축되어 있고, 이 때 비공식적 자원의 주를 이루는 것이 가족이다.

가족에 의한 부양이 노인과의 친밀감이나 정서적 지지를 제공해 준다는 장점이 있다면, 공식적인 보호는 집중적인 보호시설과 전문가들이 참여하는 체계적인 보호라는 장점을 갖는다. 따라서 병약한 노인을 비전문가인 가족과 전문가가 함께 보호함으로써 노인의 퇴행이나 병의 진행을 최대한 억제할 수 있고, 노인은 삶의 질을 유지할 수 있으며, 가족부양자의 부양부담도 덜어줄 수 있다. 한편 공식적인 보호는 대상노인을 직접 지원하는 것이 주가 되지만, 노인보호에서 중요한 역할을 하는 가족부양자에게 개입하여 노인에게 대한 이해와 노인부양 기술을 향상시키고, 노인부양에 따른 부담을 완화시킬 수 있는 대처기술을 제공해 준다는 점도 중요하다.

지역사회 중심의 장기요양보호체계를 갖추고 있는 선진국에서는 병약한 노인의 가족이 수행하는 역할이 전체 노인부양에서 적어도 70% 이상이라고 보고하였다(Feinberg, et al., 1999). 우리나라는 전통적인 노인부양의식을 감안할 때, 앞으로 정부계획에 따라 공식적인 자원의 인프라가 확대되더라도 가족에 의한 노인부양비율은 최소한 선진국 비율을 웃돌 것으로 예측된다. 그러므로 정부는 우리 문화에 적합한 장기요양보호체계를 구축함에 있어 가족부양자들을 공식적인 자원의 파트너로 인정하고 그들에 대한 지원을 강화하여, 지역사회 중심의 노인보호체계에서 가족의 역할을 공식화해야 한다.

병약한 노인 중 집중적인 보호가 필요한 치매노인의 가족부양자를 대상으로 한 연구결과에 따르면, 부양에 따른 욕구의 우선순위는 경제적 지원, 이용시설 및 재가서비스 중심의 공식적인 자원확대, 노인간병 정보 및 기술습득 등으로 나타났다(김수영, 2003). 이러한 지원은 우선적으로 노인부양에 따른 부담을 덜어주면서, 궁극적으로는 노인부양의 질과 가족부양자의 삶의 질을 높여주는 계기가 된다.

우리나라의 많은 선행연구에서는 경제적 지원과 공식적인 자원의 확대를 정책대안으로 제시하여 왔다(이성희 외, 1993; 이가옥 외, 2000; 이인정, 2002; 윤현숙, 2001). 그렇지만 가족에게 노인부양에 필요한 정보를 제공해 주고, 노인부양의 기술을 습득시키며, 더 나아가서 가족부양자 자신의 생존전략을 강화시켜야 한다는 대안은 상대적으로 많이 다뤄지지 않았다. 그러나 선진국에서는 가족부양자 대상의 교육/훈련프로그램이 노인이나 가족에 대한 물질적인 지원과 더불어 중요하게 인식되었고, 실제로 프로그램을 통해 개입한 연구결과도 많이 제시되고 있다(Bourgeois, et al., 2002; Cooke et al,

2001; Gendron, et al., 1996; Sorensen et al., 2002). 가족에게 교육/훈련프로그램을 통한 개입이 필요한 이유는 무엇보다도 대부분의 가족이 병약한 노인을 부양해 본 경험이 없거나, 노인부양을 자신의 역할로 생각하지 않았기에 지역사회 자원에 대한 정보가 취약하기 때문이다. 게다가 노인부양으로 인해 개인적인 시간을 갖지 못하거나 가족간에 갈등이 유발되는 것도 개입의 이유가 될 수 있다.

이처럼 개입의 중요성을 감안할 때 가족 대상의 프로그램은 지역사회 차원에서 정착되어야 하고, 욕구가 있는 모든 가족부양자가 프로그램에 참여할 수 있도록 기회를 제공해 주어야 한다. 본 연구에서는 이러한 취지에 따라 치매 또는 뇌졸중노인 가족부양자들을 대상으로 가족프로그램을 실시한 후 개입의 효과성을 확인하여 가족개입의 중요성을 제안하였다.

본 연구는 집단차원의 프로그램을 한차례 실시한 결과이므로 표집대상자수가 적어서 일반화할 만한 결과를 보여주지 못했다. 그렇지만 지역사회의 여러 곳에 흩어져 있는 병약한 노인의 주부양자(primary caregiver)들을 8주 동안 집단차원의 프로그램에 참여시켜 성공적으로 수행하였다. 기존의 우리나라 선행연구가 장기요양보호 대상노인 가족부양자에 대해 가정방문을 통해 개인적 차원에서 개입하는 것이었다면, 본 연구는 가족부양자들을 지역사회로 불러내어 소집단 차원에서 개입하였다는 데 큰 의미를 둘 수가 있다. 비록 제안적인(suggestive) 수준이지만 연구결과와 프로그램의 진행전략은 추후연구를 위해 의미가 있을 것이다. 결과적으로 본 연구는 지역사회 차원의 집단개입의 가능성을 제시하였고, 프로그램을 지역사회에 정착시키기 위한 정책대안을 모색하는 데 중요한 경험적인 연구라고 할 수 있다.

2. 이론적 고찰 및 선행연구

1) 가족부양자의 부양부담과 삶의 질

가족부양자를 대상으로 한 대부분의 연구에서는 가족들이 노인부양으로 인해 많은 부담을 안고 있다고 보고하고 있다(Orodenker, 1991; Goldstein et al., 1981; Rabins et al., 1982; Briggs, 1998). 특히 동서양을 막론하고 전통적으로 병약한 가족원의 부양을 맡아 왔던 여성은 현재도 노인 장기요양보호에서 중요한 역할을 맡고 있다. 그러나 산업사회에 진입하여 사회활동에 참여하는 여성비율이 증가하면서 다수의 여성은 직장과 노인부양의 역할을 동시에 맡아야 하는 부담을 안고 있는 실정이다. 또한 가족구조의 변화로 인해 노인핵가족이나 미혼자녀와 노인으로 구성된 가정에서는 남성들이 주부양자로서 배우자 또는 노부모를 부양하는 경우도 다수 볼 수 있다. 남성들이 주부양자인 경우, 노인부양과 가사를 동시에 맡아야 하며, 이러한 역할에 대한 경험이 없는 남성들은 혼란을 경험하기도 한다. 또한 주부양자가 자녀세대인 경우에는 대부분 병약한 노인을 돌본 경험이 없으므로 이들은 노인부양 관련 정보나 기술 등에서 많은 좌절과 갈등을 경험하기도 한다. 주부양자가 배우자인 경우에는 자신도 노인이므로 신체적, 경제적인 부담 등을 안게 된다.

이처럼 가족부양자들이 안고 있는 부양부담은 오늘날 동서양을 막론하고 비슷한 양상을 보이고 있다(김수영 외, 2003). 이에 대해 선진국들은 이미 가족부양자에 대한 정책을 수립하여 지원을 강화하고 있다. 그러나 우리나라는 전통적인 노인부양의 가치와 현대사회의 합리적인 가치가 혼재해 있는 가운데, 정부의 장기요양보호정책도 미흡하여 가족부양자에 대한 이해나 관심이 열악한 상황이다. 따라서 주부양자들은 노인부양의 주된 책임을 맡고 있는 가운데, 자신도 신체적인 문제나 심리정서적인 문제, 또는 경제적인 문제 등에 처해 있는 경우를 흔히 볼 수가 있다(Haley et al 1987a, 1996; 김수영, 2003).

부양부담에 따른 문제는 결과적으로 가족부양자의 생활만족도를 떨어뜨리거나 우울을 증가시켜 삶의 질을 저하시키게 된다(Amirkhanian et al, 2003; Pearlin, 1989). 예컨대 대부분의 가족부양자들은 이전에 병약한 노인을 부양해 본 경험이 없어서 뇌졸중이나 치매에 대한 이해가 부족하고, 그러한 질병을 가진 노인의 특성과 욕구, 또는 관련된 정보에 대해 익숙하지 않을 수 있다. 특히 자녀세대에 속한 가족부양자들의 경우는 더욱 그럴 가능성이 높다. 그러므로 노인질병 관련 정보나 지식, 또는 부양 방법에 대한 인지 및 경험여부는 부양자의 부양부담의 정도에 영향을 미칠 수 있고, 이에 따른 부양 부담이 클수록 자신의 삶의 질은 낮아질 가능성이 있다(Pallet, 1990; Briggs, 1998).

특히 치매노인 가족부양자의 삶의 질에 미치는 영향요인을 한국과 미국의 부양자를 대상으로 비교 연구한 결과에 따르면, 문화적 차이와는 무관하게 모든 가족부양자의 우울이나 생활만족도에 영향을 미치는 요인이 대부분 유사하게 나타났다. 즉, 병약한 노인의 가족부양자들은 다양한 부양부담을 안고 있는데, 특히 노인의 장애정도가 심각하고, 가족의 구조적인 특성이 취약하고, 주부양자가 노인의 장애에 대해 스트레스를 더 많이 가지며, 사회적 지지가 취약하고, 대처방식이 소극적일수록 더 많은 부담을 안고 있으며, 이것이 가족부양자의 삶의 질을 떨어뜨리는 요인이 되었다(김수영 외, 2003).

이러한 연구결과들은 가족부양자의 부양부담을 줄여줌으로써 그들의 삶의 질을 높여주고 노인부양의 질도 향상시키기 위해 다양한 대안을 제시하고 있다. 실천적인 대안 중 한가지가 전문가에 의한 가족개입이다(Gallagher-Thompson et al, 2003; Gendron et al, 1996; Cooke et al, 2001; Schulz et al., 2002, Coon et al, 2003). 가족에 대한 전문가의 개입은 가족이 주부양자로서 역할을 하는 데 필요한 다양한 지식과 기술들을 알게 해 주며, 이러한 개입이 집단차원에서 이루어진다면 집단의 역동성이 더 많은 이점을 제공해 줄 수도 있다.

2) 가족부양자에 대한 개입

지역사회 중심의 보호(community-based care)가 장기요양보호가 필요한 노인들을 위한 주요정책 대안이 되면서 노인부양에서 주된 역할을 하는 가족부양자의 부담을 해소하기 위한 개입방안이 많은 관심을 받게 되었다. 가족에 대한 개입은 궁극적으로 가족들을 격려하고 지원함으로써 그들이 지속적으로 노인을 돌볼 수 있도록 여건을 강화해 주는 것이다(Biegel, 1984, 1985). 개입의 내용은 주로 가족들의 노인부양기술 훈련과 부양에 따른 스트레스 대처기술을 강화해 주는 것으로 구분할 수 있다. 이들 두 가지 내용은 일련의 가족개입프로그램으로 구성되어 가족들에게 적용되고 있다(Biegel,

1985).

이러한 유형의 가족개입은 주로 사회심리적 또는 심리교육적인 개입으로서 병약한 노인에 대한 이해제고, 노인보호의 기술훈련, 부양스트레스 완화, 대처기술 강화를 목적으로 한다(Ostwald et al., 1999; Hepburn et al., 2001, Coon et al, 2003).

스트레스-대처모델에 따라 가족부양자들의 부담을 완화시킬 수 있는 요인들을 검증한 연구결과들(Haley 1987a, 1996)은 가족개입의 중요성을 확인시켜 준다. 즉, 치매노인이나 뇌졸중노인 등 집중적인 보호가 필요한 노인들은 신체적인 의존정도나 인지기능의 손상정도가 심하므로 가족부양자에게 상당한 부양스트레스(stressor)를 주게 된다. 그러나 가족부양자가 노인의 의존성이나 문제행동에 대해 어떻게 대처하는지, 노인부양에 대해 얼마나 사회적 지원을 받고 있는가는 또 다른 주요변수로서 부양스트레스 정도를 매개 또는 조절하여 궁극적으로 가족부양자의 삶의 질에 영향을 미치게 된다. 이러한 연구결과에 근거하여 제시된 것이 가족부양자의 대처기술을 향상시키고, 사회적 지원을 향상시키기 위한 전략인 가족개입이다.

여러 연구들은 장기요양보호 대상노인 가족부양자에 대한 개입의 효과성을 검증한 결과들을 보고 하였다(Haley et al., 1987b; Zarit et al., 1987; Chiverton and Caine, 1989; Ostwald et al., 1999; Hepburn et al., 2001; Tolman and Rose, 1990). 이들 연구는 대부분 가족부양자의 디스트레스를 경감시키기 위한 개입의 효과성에 관한 연구인데, 미국에서 지난 10년 간 이러한 연구가 급속하게 증가한 이유는 개입이 부양에 따른 스트레스가 많은 가족부양자의 심리적인 긴장을 완화해 주었기 때문이다(Coon et al., 2003).

여러 연구자들의 연구결과를 구체적으로 살펴본다. Chiverton과 Caine(1989)은 알츠하이머환자의 배우자를 대상으로 대처기술 강화프로그램을 실시한 결과 실험집단과 비교집단에서 프로그램의 효과성이 나타났다. 즉 실험집단의 경우 통제집단에 비해 부양기술이 유의미하게 향상되었고, 보다 독립적으로 기능하게 되었다. 한편 Baldwin 등(2002)은 치매노인 가족부양자들을 두 집단으로 분류한 후, 한 집단에는 교육프로그램을, 또 다른 집단에는 지지/심리치료프로그램을 적용하였다. 연구결과에 따르면 양 집단 모두에서 효과성이 유의미하게 나타났으며, 심리치료효과가 교육프로그램의 효과보다 더 컸다고 보고하였다. Ostwald 등(1999)과 Hepburn 등(2001)은 치매노인 가족부양자들을 대상으로 소집단프로그램을 실시한 결과, 집단개입의 효과성이 유의미하게 나타났다. 프로그램은 교육심리적인 내용을 포함하고 있어서 지식이나 정보에 관한 교육과 심리적인 변화라는 두 차원으로 구성된 모델을 통해 개입하였다. 치매노인 가족부양자 중 여성만을 대상으로 개입하여 단기간의 효과를 검증한 Coon 등의 연구(2003)에서는 적개심(anger)과 우울을 경감시키는 데 초점을 두고 프로그램을 실시했다. 개입후의 변화를 보면 참가자들은 적개심과 우울에서 유의미한 수준의 변화를 나타내었다. 이러한 결과는 최근 소집단을 대상으로 하는 노인부양 기술훈련이 가족부양자를 변화시킨다는 주장과 일치하는 것이었다.

한편 개인적 차원의 개입을 통해 가족부양자들의 우울을 감소시켰거나(Gallagher et al, 1984), 노인의 사망에 대비한 예상되는 슬픔을 감소시켰거나(Gallagher et al, 1989), 또는 심리적인 우울을 감소시키고 효능감이나 주관적 삶의 질을 향상시켰다거나(Toseland et al, 1990), 가족부양자들에게 행동

중심의 훈련을 통해 특정한 행동상의 문제를 개선했다는 결과(Pinkston et al, 1988)들도 있다 (Toseland et al, 1990 재인용).

우리나라에서도 가정방문을 통해 개인적인 교육을 실시하고, 그 효과성을 검증한 연구결과들이 보고되었다(홍여신 외, 1995; 이운로 외, 2002). 홍여신 등(1995)은 치매노인 가족부양자들을 대상으로 한 욕구조사 결과를 근거로, 치매에 대한 이해와 간호방법을 주된 내용으로 하는 교육프로그램을 개발하였고, 개별방문 형태로 가족부양자에게 교육을 실시하였다. 그 결과에 따르면 역할스트레스, 환자의 이상행동, 치매에 대한 지식정도, 치매교육에서 유의미한 수준의 변화가 나타나 전반적으로 개입의 효과성이 있었다. 이운로 등(2002)도 치매노인 가족부양자들의 부양스트레스 관리프로그램을 통해 가족에게 개별차원의 교육을 실시하였다. 대상집단을 실험집단과 비교집단으로 구분하여 분석한 결과, 스트레스관리프로그램을 적용한 실험집단에서 우울, 부모에 대한 태도, 자이존중감, 가족관계, 부양부담이 더 많이 변화하였고, 집단 간의 차이는 유의미하였다.

반면 Schulz 등(2002)은 Medline, PsycINFO, CINAHL 등의 데이터베이스를 통해 치매노인 가족부양자에 대한 개입연구들을 검색하여 분석하였다. 그 결과에 따르면, 대다수의 연구자들은 개입의 효과를 사회심리적인 척도를 활용하여 측정하였는데, 일부 연구에서는 개입 이후에 유의미한 수준의 변화를 보인 반면, 또 다른 일부 연구에서는 변화가 나타나지 않았다. 예를 들면 가족의 부양부담은 변화를 보기 위해 매우 많이 활용하는 척도인데, 33편의 연구 중 16편에서 효과가 나타났다. 또한 삶의 질(QOL)을 측정한 5편의 연구에서는 2편에서 긍정적인 효과가 나타난 반면 3편에서는 유의미한 효과를 볼 수가 없었다. 또는 일부 연구에서는 개인적 차원의 개입에서 예상했던 것과 같은 효과가 나타나지 않았다는 결과를 제시하기도 하였다(Zarit et al, 1987, Haley, 1987).

개인차원의 개입과 집단차원의 개입을 동시에 실시하여 양자의 효과를 비교한 연구결과도 있다 (Toseland et al, 1990). 이 연구에서는 동질성이 높은 딸 또는 며느리 가족부양자들을 표집하여 두 집단으로 분류한 다음, 한 쪽에는 집단프로그램을 매주 2시간, 다른 한 쪽에는 개인적인 차원의 개입을 매주 1시간씩 8주간 실시하여 개입의 효과를 비교하였다. 결과는 양쪽 유형의 개입에서 모두 개입효과가 나타났다. 다만 차이점은 집단개입에 참여한 가족들에게서 개인프로그램 참여자들보다 비공식적인 지지망(informal support network)이 유의미하게 증가하였고, 정보교환, 각자의 경험비교, 참여자들의 노인부양경험으로부터 많은 것을 배운 것으로 나타났다. 반면 개인적인 차원의 개입에 참여한 가족들은 집중적인 경청, 격려됨, 자신을 돌아봄, 자아표현 등이 현저하게 증가하였고, 특별한 문제에 대한 문제해결력이나 해결에 대한 책임감이 증가하였다. 이 연구에서는 각 유형의 개입에서 예상할 수 있는 장점들이 모두 나타남으로써 두 개입모델의 의미를 비교해 주었다.

그러나 우리나라에서는 가족부양자에게 집단차원에서 개입한 연구결과들은 아직 제시되지 않았다. 우리나라의 병약한 노인 부양현실을 감안할 때 가족부양자들을 집단차원에서 교육/훈련하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그것은 절대다수의 가족부양자들이 지역사회차원의 부족으로 인해 대상노인에게 전적으로 매달려 있거나, 프로그램에 대한 이해가 부족하고, 혹은 자신이 일을 하고 있어서 프로그램에 참여하는 것이 용이하지 않기 때문이다. 그러나 집단 차원의 개입은 상기한 장점에 더해 비공식적 지지망으로서 자조집단의 기능을 할 수도 있음을 고려할 때(Hooyman et al, 1986; Biegel, 1985; 김수

영, 2000) 이러한 유형의 개입을 적용할 수 있는 대안이 적극적으로 모색되어야 하겠다.

3) 연구방법

(1) 대상자 및 연구모델

본 연구에서 장기요양보호 대상노인은 가족부양자의 부양부담이 많은 65세 이상의 치매노인과 뇌졸중노인이며, 가족부양자는 노인과 동거하면서 적어도 6개월 이상 노인을 부양한 주부양자(primary caregiver)로 한정하였다.

연구의 대상자는 2001년 부산광역시 장기요양보호노인 가족부양자의 실태 및 욕구를 파악하기 위해 확보한 500여명의 치매 또는 뇌졸중 노인의 명단에서 표집하였다. 이 명단에 포함된 노인들은 부산지역의 종합병원, 노인주간보호센터, 보건소 등을 통해 확보한 치매노인 또는 뇌졸중 노인이다. 본 연구에서 가족부양자들은 외부 프로그램에 참여해야 하므로 자발적으로 참여에 동의한 가족만을 유의 표집하였다. 이 때 프로그램 실시장소에의 접근성이 많이 떨어지는 가족들은 표집대상에 포함시키지 않았다. 가족프로그램 참여에 동의한 36명 중 1회 프로그램에 참여하여 사전조사에 응한 사람은 22명 이었고, 2개월 후 사후조사까지 마친 가족은 17명이었다.

본 연구는 사전사후검증의 타당성을 높이기 위해 유사 전-후 실험 통제집단 연구설계(quasi pretest-posttest control group design)를 이용하였다. 통제집단은 상기한 노인리스트에서 실험집단에 속한 노인 및 가족부양자와 가능한 한 유사한 특성을 가진 대상자들을 우선 파악한 후 사전사후 조사에 동의한 42명을 확보하였는데, 사후검증까지 마친 가족부양자는 25명이었다.

프로그램은 2001년 9월-11월까지 실시되었고, 장소는 교통이 편리한 곳에 위치한 지역사회복지관 1 곳과 대학교 1곳을 이용하였다.

(2) 측정도구

본 연구에서는 프로그램을 통해 가족부양자들에게 개입함으로써 그들의 부양부담이나 삶의 질을 변화시킬 수 있다는 선행연구 결과(이윤로 외, 2002; 홍여신 외, 1995; Chiverton et al, 1989; Green et al, 1989; Hepburn et al, 2001, Coon et al, 2003)들을 전제로 변수들을 설정하였다.

노인의 장애정도는 일상생활수행정도를 묻는 5개의 ADL 관련 문항과 6개의 IADL 관련문항을 활용하였고, 노인의 상병기간, 가족부양자의 부양기간 및 일일 부양시간 등도 확인하였다. 이들 문항은 실험 및 통제집단의 동질성 검토에 필요한 정보를 제공해 주었다.

사전사후검증을 통해 가족부양자의 부양부담과 주관적 삶의 질의 변화정도를 파악하기 위한 척도를 활용하였다. 부양부담은 Novak과 Guest의 Caregiver Burden Inventory(CBI)를 적용하였고, 주관적 삶의 질은 Campbell의 Sense of Well-being을 적용하였다.

CBI는 24개 항목으로 구성되어 있고, 시간적, 신체적, 사회적, 정서적, 개인적인 다섯 차원에서 부양부담을 측정하였다. 시간적인 부담은 5문항, 신체적 부담은 4문항, 사회적 부담은 5문항, 정서적 부담

은 5문항, 개인적 부담은 5문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 척도로 되어 있으며, 전혀 아니다는 1점, 매우 그렇다는 4점으로 점수가 높아질수록 부양부담이 높음을 의미한다. 척도의 내용은 가족부양자들의 부양부담에 대한 주관적인 판단을 묻는 문항들이다. 그러므로 프로그램 참여를 통해 본인이 부양부담이 줄었다고 판단하면 점수가 낮아질 것으로 기대하였다.

주관적 삶의 질은 대비되는 형용사의 쌍으로 된 8문항으로 측정하였으며, 각 문항은 7점 척도로 되어 있다. 예를 들면 나의 생활이 “재미있는”은 1점, “지루한”은 7점인데, 분석에서는 역코딩하여 점수가 높을수록 삶의 질이 높아지도록 하였다. 가족부양자가 본 연구의 프로그램을 통해 다양한 전문가를 만남으로써 노인의 질병에 대한 이해를 높이고, 부양기술을 터득하며, 집단모임을 통해 동병상련의 가족부양자들이 상호지지하게 된다면 주관적인 삶의 질이 높아질 수 있음을 기대하였다.

사전사후 검증에 활용된 척도에 대한 신뢰도 계수 α 는 <표 1>에 제시되어 있다.

<표 1> 실험집단과 통제집단의 신뢰도 계수

측정변인	집단	문항수	신뢰도(α)	
			사전	사후
부양부담	실험	24	.8734	.9107
	통제	24	.9284	.8563
주관적 삶의 질	실험	8	.9647	.9667
	통제	8	.8600	.8143

(3) 분석방법 및 한계

분석에는 프로그램에 6주 이상 출석하고, 사전사후 설문조사를 모두 마친 가족부양자의 자료만 포함시켰다. 개입의 효과성을 파악하기 위한 분석방법은 다음과 같다. 우선 실험 및 통제집단 각각에 대해 개입에 따른 가족부양자의 부양부담 및 주관적 삶의 질의 변화정도($O_1 \rightarrow O_2$, $O_1 \rightarrow O_2$)를 알기 위해 paired-sample t-test를 실시하였다. 또한 병약한 노인과 가족부양자의 특성별로 부양부담과 주관적 삶의 질의 차이를 보기 위해 평균값을 비교하였다.

본 연구에서는 치매 또는 뇌졸중노인의 주부양자들을 대상으로 8주간 집단프로그램을 실시하였다. 따라서 외부에서 프로그램을 실시하는 데 따른 부담과 노력은 일반적인 양적 조사에 비해 훨씬 과다했음에도 불구하고, 양적인 분석을 하는데 적절한 만큼의 표본을 확보하지 못하였다. 그러나 표본이 추출된 모집단의 분포가 아주 심하게 비정규적이지(nonnormal) 않다면, 표본크기(N)가 적더라도 t분포를 사용할 수 있다는 근거(Bohnmstedt et al, 1994)에 따라 paired-sample t-test를 실시하였다. 따라서 t검증의 결과는 단정적이라기보다는 “제한적(suggestive)”임을 밝혀둔다.

실험집단을 구성한 후, 유사한 특성의 통제집단을 모집하였는데, 일단 유사성이 높은 집단의 리스트를 만든 후 전화로 동의를 구하였다. 사전조사 참여가족 중 일부는 사후조사에 협조하지 않아서 분석에서 제외하였기 때문에 대상노인과 가족부양자의 특성에서 집단간의 동질성을 충분히 확보하지 못하였다.

4. 프로그램의 내용과 진행전략

1) 프로그램의 내용

개입의 이론적 근거는 Biegel(1985)의 병약한 노인에 대한 개입모델에서 도출하였다. Biegel은 지역 사회에서 생활하고 있는 병약한 노인을 지원하기 위해 8가지 유형의 개입모델을 제시하였다. 그 중 7가지 유형은 노인개입모델로서 노인에게 직접적으로 개입하는 것이고, 1가지는 가족지원모델로서 가족지원을 통해 부양역량을 강화함으로써 노인부양의 질을 높인다는 것이다. 본 연구에서는 Biegel의 모델 중 가족지원모델을 선택하였다. 가족지원모델의 내용은 노인에 대한 이해 및 기술훈련과 가족자신의 생존을 위한 사회심리적 개입이라는 두 차원으로 나누어진다(Biegel, 1985, 1994; Chiverton et al, 1989).

선행연구에서는 단일차원의 개입프로그램보다는 다차원의 개입프로그램(사회적 지지망의 강화와 질병에 대한 이해 등 두 가지 이상의 주제를 가지고 개입하는 것)이 더욱 효과적이라는 점이 밝혀졌다(Greene et al, 1989). 그러나 본 연구에서는 가족부양자의 여건상 교육기간이 길지 않아야 한다는 전제 하에서 병약한 노인에 대한 이해와 부양기술의 향상이라는 노인중심의 주제에 초점을 두었고, 이에 더해 자조모임 결성에 관한 내용을 추가하였다.

<표 2> 8주 프로그램의 주제별 내용

회기	주제	강사
1회	치매란 무엇인가?	신경과 전공 교수
2회	뇌졸중이란 무엇인가?	신경과 전공 교수
3회	가정에서의 노인케어	성인간호학 전공 교수
4회	대체의학(약물요법)	약학 전공 교수
5회	노인환자 식사만들기	식품영양학 전공 교수
6회	가정에서의 물리치료	물리치료사
7회	가정에서의 작업치료	작업치료사
8회	자조집단의 중요성/수료식	백혈병아동 어머니모임 회장/연구자

프로그램의 구체적인 내용은 <표 2>와 같다. 우선 1-2주의 내용은 노인의 질병에 대한 이해 및 질병진행의 예방, 질병으로 인한 노인의 특성을 이해하는 데 도움을 주는 것이다. 강의는 신경과의 치매 전공교수와 뇌졸중 전공교수가 담당하였다. 3-5주의 내용에는 가정에서 노인을 돌보는 데 필요한 정보와 기술에 대한 것이 포함되었다. 3주 강의는 간호학과 교수가 담당하여, 노인을 안전하고 위생적으로 관리하는 방법, 가족부양자의 신체적 부담을 줄여주는 간호방법 등에 대해 강의하였다. 4주는 약학

과 전공교수가 담당하여, 약물의 작용과 약물관리, 대체의학의 기능에 대한 정보를 제공하였다. 5주는 식품영양학 전공 강사로부터 장애인들의 영양에 대한 강의와 음식만들기 실습을 하였다. 6-7주는 인지기능과 신체적 손상으로 인해 의존성이 높은 노인들에게 가족들이 집에서 실시할 수 있는 운동에 대한 교육/훈련과 가족 자신의 신체적 부담을 완화시킬 수 있는 훈련에 초점을 두었다. 6주는 물리치료사가 뇌졸중 노인의 동작에 대한 이해와 재활 및 가족부양자의 신체적 부담을 줄여주는 치매/뇌졸중 노인 부축방법과 가족부양자를 위한 스트레칭 교육/훈련도 이루어졌다. 7주는 직업치료사가 치매노인과 뇌졸중노인을 위한 일상생활동작 지도와 가족부양자의 자세교정을 통한 신체적 부담완화에 대한 교육/훈련을 실시하였다. 8주는 백혈병아동 어머니모임의 대표가 자조모임 조직 및 운영에 대한 사례 발표를 하고, 이어 수료식을 실시하였다.

2) 프로그램의 진행전략

(1) 프로그램의 진행기간, 시간 및 장소

집단프로그램에 익숙하지 않은 가족부양자들을 외부로 불러내기 위해서는 프로그램 목표와 더불어 프로그램의 횟수, 1회당 시간, 실시시각, 실시장소 등을 신중하게 고려해야 한다. 프로그램 실시장소는 선발된 가족부양자들의 주소지를 파악하여 가능한 한 접근성이 용이한 장소를 선정한다. 실시시각은 참여대상가족들이 가사나 노인부양에 따른 역할공백을 최소화할 수 있는 시각으로 정한다.

(2) 참여가족간의 동질감 확인

공식적인 프로그램 못지않게 가족들의 상호동질감 확보도 프로그램을 유지하는 데 중요한 요인이 된다. 그러므로 매주 돌아가면서 가족부양자가 자신과 피부양노인에 대해 소개하여 상호 동질감을 공유하는 기회를 제공한다.

(3) 전문가와의 개인적 연계망 형성

공식적인 교육/훈련 시간 외에 가족들이 강사와 개인적인 질문을 할 시간을 마련해 주어 전문가와 개인적인 연계망을 형성할 기회를 제공한다.

(4) 프로그램 안내

매주 프로그램 시간과 장소를 가족들에게 개별적으로 안내해 준다. 이것은 본 프로그램이 공식적임을 인식시켜 프로그램에 대한 신뢰를 강화하고, 가족들의 참여에 대한 책임감을 높이기 위함이다.

(5) 참여가족간의 친밀감 형성과 참여에 대한 보상

매 프로그램 실시 전후로 참여가족들이 사적으로 대화할 수 있는 여건을 조성해 주어 상호 친밀감을 높이도록 돕는다. 또한 참여에 대해 보상해 주는 방법도 찾는다.

(6) 지역사회 정보책자 제공

가족부양자들에게 노인들이 활용할 수 있는 지역사회자원에 대한 이해를 증진시키는 것이 필요하다. 이를 위해 지역사회에서 치매나 뇌졸중노인과 가족들이 활용할 수 있는 자원정보책자를 제작하여 배포해 준다. 책자배포는 자원에 대한 이해증진뿐만 아니라 노인의 이용자격, 이용시설이나 입소시설 활용에 대한 편견을 줄이기 위한 목적도 포함된다.

(7) 자조집단 결성

프로그램 종료에 대비하여 차후에 참여가족간의 상호지지체계를 유지할 수 있는 방안을 찾도록 해 준다.

(8) 수료식 실시 및 프로그램에 대한 피드백 기회제공

8주차 종료 시에는 수료식을 통해 집단프로그램 참여에 대한 의미를 부여해 주고, 참석한 가족들을 격려해 준다. 수료식 후 참여가족들이 프로그램에 대해 피드백할 수 있는 기회를 제공한다.

5. 연구결과

1) 노인의 특성

(1) 사회인구학적 특성

가족부양자로부터 보호를 받고 있는 노인의 사회인구학적인 특성은 <표 3>과 같이 나타났다. 우선 실험집단을 보면, 성별은 남성노인 35.3%, 여성노인 64.7%로 여성이 반 이상을 차지했다. 연령은 각 집단별로 고루 분포하였고, 상대적으로 연령이 낮은 노인도 많이 포함되어 있음을 알 수 있다. 결혼상태를 보면, 기혼 58.8%, 사별 41.2%로 기혼이 다소 많았다. 학력은 무학, 초졸이 각각 29.4%로 가장 많은 비율을 차지했고, 학력이 높은 노인의 비율은 적은 편이었다.

통제집단 노인들의 사회인구학적 특성을 보면 실험집단의 분포와 다소 달랐다. 우선, 성별은 남성노인 8.0%, 여성노인 92.0%로 실험집단에 비해 여성의 비율이 높았다. 연령은 실험집단에 비해 고령노인의 비율이 다소 많았다. 결혼상태는 기혼 28.0%, 사별 68.0%로 나타나 실험집단보다 사별의 비율이 높았다. 이를 통해 통제집단에 여성 고령노인이 더 많이 포함되었음을 알 수 있다. 노인들의 학력은 무학이 36.0%, 국졸이 48.0%로 실험집단보다 낮은 편으로, 이것도 고령의 여성노인 분포가 높는데 기인한 것이다.

<표 3> 노인의 사회인구학적 특성

구분		실험집단	통제집단	전체
성별	남성	6(35.3)	2(8.0)	8(19.0)
	여성	11(64.7)	23(92.0)	34(81.0)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
연령	65-70세 미만	4(23.5)	7(28.0)	11(26.2)
	70-75세 미만	6(35.4)	5(20.0)	11(26.2)
	75-80세 미만	4(23.5)	7(28.0)	11(26.2)
	80세 이상	3(17.6)	6(24.0)	9(21.4)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
결혼상태	기혼	10(58.8)	7(28.0)	17(40.5)
	사별	7(41.2)	17(68.0)	24(57.1)
	이혼	-	1(4.0)	1(2.4)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
학력	무학	5(29.4)	9(36.0)	14(33.3)
	초졸	5(29.4)	12(48.0)	17(40.5)
	중졸	3(17.6)	1(4.0)	4(9.5)
	고졸	1(5.9)	3(12.0)	4(9.5)
	대졸	2(11.8)	-	2(4.8)
	기타	1(5.9)	-	1(2.4)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)

(2) 질병 관련 특성

<표 4> 질병 관련 특성

구분		실험집단	통제집단	전체
질병유형	치매	10(58.8)	16(64.0)	26(61.9)
	뇌졸중	7(41.2)	9(36.0)	16(38.1)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
상병기간	1년 미만	4(23.5)	1(4.0)	5(11.9)
	1-3년 미만	7(41.2)	9(36.0)	16(38.1)
	3-5년 미만	2(11.8)	8(32.0)	10(23.8)
	5년 이상	4(23.5)	7(28.0)	11(26.2)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
ADL 장애정도	0개	8(47.1)	6(24.0)	14(33.3)
	1-3개	6(35.3)	13(52.0)	19(45.2)
	4개 이상	3(17.6)	6(24.1)	9(21.4)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
IADL 장애정도	0개	2(11.8)	1(4.0)	3(7.1)
	1-3개	7(41.2)	6(24.0)	13(31.0)
	4개 이상	8(47.1)	18(72.0)	26(61.9)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)

<표 4>에서 노인의 질병 관련 특성을 보면, 실험집단에는 치매노인이 58.8%, 뇌졸중노인이 41.2%로 나타나 치매노인이 뇌졸중노인보다 약간 많았다. 통제집단의 경우, 치매노인이 64.0%, 뇌졸중노인이 36.0%로 실험집단에 비해 치매노인 비율이 다소 높았다. 상병기간은 실험집단에 비해 통제집단이 긴 편이었고, 상병기간은 노인들의 ADL/IADL 장애정도와도 관련되어 실험집단보다 통제집단 노인들의 장애정도가 약간 높았다. 전체적으로 볼 때 통제집단 노인들은 상병기간이 더 길고, 의존성도 더 높은 것으로 나타났다.

2) 가족부양자의 특성

(1) 사회인구학적인 특성

<표 5> 가족부양자의 사회인구학적 특성

구분		실험집단	통제집단	전체
성 별	남성	4(23.5)	6(24.0)	10(23.8)
	여성	13(76.5)	19(76.0)	32(76.2)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
연 령	40세 미만	1(5.9)	5(21.7)	6(15.0)
	40-50세 미만	5(29.4)	11(47.8)	16(40.0)
	50-60세 미만	2(11.8)	2(8.7)	4(10.0)
	60세 이상	9(52.9)	5(21.7)	14(35.0)
	합계	17(100.0)	23(100.0)	40(100.0)
건강상태	좋다	6(35.3)	10(40.0)	16(38.1)
	보통이다	6(35.3)	9(36.0)	15(35.7)
	나쁘다	5(29.4)	6(24.0)	11(26.2)
	합계	17(100.0)	25(100.0)	42(100.0)
노인과의 관계	배우자	6(37.5)	4(12.5)	10(25.0)
	딸	5(31.3)	5(20.8)	10(25.0)
	아들	2(12.5)	5(20.8)	7(17.5)
	며느리	3(18.8)	10(37.5)	13(32.5)
	합계	16(100.0)	24(100.0)	40(100.0)
학 령	무학	1(6.3)	1(4.2)	2(5.0)
	초졸	5(31.3)	1(4.2)	6(15.0)
	중졸	3(18.8)	4(16.6)	7(17.5)
	고졸	2(12.5)	6(25.0)	8(20.0)
	대학교이상	5(31.3)	12(50.0)	17(42.5)
	합계	16(100.0)	24(100.0)	40(100.0)
부양도움가족유무	있다	5(31.3)	14(58.3)	19(47.5)
	없다	11(68.8)	10(41.7)	21(52.5)
	합계	16(100.0)	24(100.0)	40(100.0)

<표 5>에서 가족부양자들의 사회인구학적 특성을 보면 다음과 같다. 전체적으로 양 집단을 비교하면, 성별과 보호자의 건강상태에서 양 집단이 유사하게 나타났다. 성별을 보면 여성부양자가 남성부양자에 비해 3배 이상 많았고, 건강상태가 좋다는 비율이 각각 35.3%, 40.0%이었고, 보통이다를 포함하면 가족부양자들의 건강상태는 좋은 편이었다. 그러나 건강이 나쁘다는 비율도 각각 29.4%, 24.0%나 되었다.

이질성이 큰 요인들을 중심으로 보면 다음과 같다. 우선 연령은 실험집단의 가족들이 통제집단에 비해 높은 편이었고, 노년과의 관계는 실험집단은 배우자의 비율이 높은 반면, 통제집단은 며느리의 비율이 높게 나타났다. 학력은 통제집단이 훨씬 높았는데, 이것은 통제집단의 연령이 더 낮은 것과 관련된다. 노인부양을 도와주는 다른 가족원의 유무를 보면 통제집단이 더 유리한 것으로 나타나서 통제집단 노인의 의존성이 다소 높은 점을 상쇄할 수 있는 요인이 될 수도 있을 것이다.

(2) 가족부양자의 부양부담

<표 6> 가족부양자의 부양부담

구분		실험집단	통제집단	전체
돌본 기간	1년 미만	3(17.6)	3(12.5)	6(14.6)
	1-3년 미만	8(47.1)	11(45.8)	19(46.3)
	3-5년 미만	3(17.6)	4(16.7)	7(17.1)
	5년 이상	3(17.6)	6(25.0)	9(22.0)
	합계	17(100.0)	24(100.0)	41(100.0)
일일 부양시간	6시간 이하	4(25.0)	6(27.3)	10(26.3)
	7-12시간 이하	3(18.8)	4(18.2)	7(18.4)
	13 시간 이상	9(56.3)	12(54.5)	21(55.3)
	합계	16(100.0)	22(100.0)	38(100.0)

가족들의 부양부담을 돌본 기간과 일일 부양시간으로 구분한 결과, 양 집단에서 유사함을 보여준다(<표 6>). 우선 돌본 기간을 보면, 양 집단에서 유사한 분포를 나타내어 돌본 기간이 1-3년인 경우가 가장 많았다. 다만 실험집단에 비해 통제집단의 돌본 기간이 다소 높게 나타났다. 이것은 앞서 노인의 상병기간에서 통제집단 노인들의 상병기간이 상대적으로 길었던 것에 기인할 것이다. 전체적으로는 돌본 기간이 3년 미만이라는 응답이 반수 이상을 차지했다.

일일 부양시간도 양 집단에서 유사하게 나타나서, 대체로 가족부양자들의 부양시간은 비슷한 경향이 있었다. 특히 응답 중에는 13시간 이상이 반수 이상을 차지하여 노인을 돌보는 시간이 긴 가족이 많음을 알 수 있다.

3) 노인과 가족부양자 관련 수량변수의 평균비교

두 집단의 수량변수의 평균을 비교한 결과는 <표 7>과 같다. 노인의 연령을 보면, 실험집단과 통제집단이 각각 75.0세와 76.0세로 비슷하였다. 상병기간의 평균도 53.9개월과 50.3개월로 거의 유사했다.

보호자의 연령은 각각 56.5세와 48.3세로 실험집단에서 높게 나타났고, 결혼기간도 실험집단이 더 길었다. 이것은 앞서 기술한 대로 실험집단에는 배우자인 부양자가, 통제집단에는 며느리가 더 많이 포함되어있기 때문이다. 노인을 돌본 기간은 각각 48.2개월, 51.4개월로 두 집단이 유사했다. 일일 부양시간은 각각 13.1시간, 11.6시간으로 나타나, 실험집단의 부양시간이 다소 길었지만 그 차이는 크지 않았다.

양 집단의 평균을 비교한 결과를 보면, 보호자연령을 제외하고는 큰 차이가 없었다. 즉, 부양부담의 주요 요인인 돌본 기간과 일일 부양시간, 노인연령, 상병기간에서 차이가 별로 없어서 두 집단 간에 동질성이 확보되었다. 비록 <표 3>, <표 5>에서 노인과 가족부양자의 사회인구학적인 특성에서 차이가 있었지만 평균값의 비교에서는 큰 차이가 없었다.

<표 7> 노인과 가족부양자 관련 수량변수에 대한 평균비교

집단		노인연령	상병기간	보호자연령	돌본기간	부양시간
실험	평균	75.00	53.94	56.52	48.23	13.12
	표준편차	6.34	70.00	12.77	63.45	7.20
통제	평균	76.04	50.28	48.34	51.37	11.59
	표준편차	6.09	47.73	12.93	65.37	6.65
전체	평균	75.61	51.76	51.82	50.07	12.23
	표준편차	6.14	57.00	13.34	63.79	6.84

4) 실험집단과 통제집단의 사전사후 검증

(1) 실험집단의 사전사후 검증결과

<표 8> 실험집단의 부양부담과 주관적 삶의 질의 사전사후 검증결과

구분		평균	표준편차	t값
부양부담	사전	56.18	10.97	-.150
	사후	56.53	12.63	
주관적 삶의 질	사전	33.50	12.08	-2.133*
	사후	37.81	11.59	

<표 8>에서 실험집단 가족부양자 17명에 대한 대응표본 검증결과를 제시하였다. 본 연구에서 개입의 효과성을 보기 위해 설정했던 부양부담과 주관적 삶의 질 척도 평균값의 변화된 정도를 살펴보았다.

우선 부양부담을 보면 사전사후의 평균값이 각각 56.18, 56.53으로 나타나 개입 전후로 부양부담이 거의 변화하지 않았다. 참고로 척도의 세부 영역별로는 개입 이후에 시간적 부담, 신체적 부담, 정서적 부담이 다소 낮아졌지만, 유의수준에서 통계적 차이를 나타내지 못했다.

그 이유를 다음과 같이 해석해 본다. 우선 교육프로그램에 참여했던 가족 중 대부분은 노인을 집에 두거나 타인에게 일시적으로 맡겨 둔 상태에서 교육에 참여하였기 때문에 프로그램에 참여하는 시간 동안에도 노인과의 심리적인 연결을 끊지 못하는 편이었다. 그러므로 노인보호에 대한 심리적인 부담을 그대로 가지고 있었을 가능성이 있다. 둘째는 본 프로그램의 내용은 <표 1>에서 제시한 바처럼 노인에 대한 이해와 부양방법의 변화에 초점을 맞추었고, 가족의 사회심리적인 부담을 감소시키기 위한 직접적인 내용은 포함되지 않았다. 셋째는 본 프로그램의 내용은 교육심리적인 개입에 초점을 두고 있으므로 가족들에게 직접적인 서비스가 제공되지는 않았다. 그러므로 가족들의 실질적인 부양부담을 낮추는 데는 기여하지 못했다고 추정할 수 있다. 이러한 결과는 우리나라 선행연구에서 개입의 효과성이 나타난 연구결과들(홍여신, 1995; 이윤로, 2002)과 비교가 되는데, 그것은 개입의 조건이 가정방문을 통한 개인적 차원의 개입과 외부에서 실시되는 집단차원의 개입이라는 차이에서 비롯되었을 가능성도 있다.

두 번째 척도인 주관적 삶의 질의 평균값을 비교해 보면 사전 33.50, 사후 37.81로 개입을 통해 주관적 삶의 질이 높아졌고, 개입전후의 평균값의 차이는 유의미한 수준($P < .05$)으로 나타나서 개입의 효과성을 볼 수 있다. 삶의 질에서 유의미한 수준의 변화를 보인 이유를 다음과 같이 해석해 본다. 첫째, 가족들은 교육/훈련프로그램에 참가하는 동안 동병상련의 유사한 가족부양자들을 만나면서 치매나 뇌졸중노인의 부양으로 인한 가족의 문제나 부담이 자신만의 문제가 아님을 알게 되었고, 상호 지지하는 기회를 가졌다. 둘째, 여러 분야의 전문가들이 장기요양보호 대상노인과 가족에게 관심을 가지고 심리적인 지지를 해주고 있음을 알게 되었다. 이것은 곧 사회적 차원에서 가족부양자들을 격려해 준 것이다. 셋째, 질병 관련 지식과 정보를 습득하는 기회를 가짐으로써 공식적인 관계를 통해 가족부양자로서의 새로운 경험을 하였다.

추후연구에서는 프로그램을 통한 개입에 더해 직접적인 서비스 또는 사례관리의 제공여부에 따른 차이를 볼 수 있는 모델을 설정하여, 본 연구의 결과와 비교해 보는 것도 의미가 있을 것이다.

(2) 통제집단의 사전사후 검증결과

<표 9> 통제집단의 부양부담과 주관적 삶의 질의 사전사후 검증결과

구분		평균	표준편차	t값
부양부담	사전	57.32	12.48	.093
	사후	57.12	8.26	
주관적 삶의 질	사전	36.96	10.34	1.471
	사후	33.54	7.01	

<표 9>에서 프로그램을 통해 개입하지 않은 채 2개월의 시차를 두고 사전·사후조사만 실시했던 통제집단의 평균값을 비교해 보았다. 우선 부양부담의 평균값을 보면 사전 57.32, 사후 57.12로 비슷한 수준이어서 2개월의 시간이 지남에 따라 미약하게 감소하였지만 거의 변화가 없었다. 그러나 실험집단에 비해 사전, 사후 모두 부양부담이 약간 높은 편이었다. 다만 세부 영역별로 볼 때 정서적인 부담

은 다른 영역보다 다소 많은 차이를 나타내며 증가했지만 유의미한 수준에 이르지 못했다.

주관적인 삶의 질의 경우, 사전조사의 평균값은 실험집단보다 다소 높았다. 그러나 사전사후 비교한 결과를 보면, 평균값이 제법 감소하여 시간경과에 따라 삶의 질이 낮아졌다. 그러나 사전사후 간에 유의미한 차이를 나타내지 못하였다. 즉 개입을 하지 않은 가족부양자 집단은 시간이 지나면서 삶의 질이 떨어지는 것으로 나타났다. 이러한 경향은 추후연구에서 표본크기를 늘여서 다시 확인해 보는 것이 의미가 있을 것이다.

5. 제반 특성에 따른 주관적 삶의 질의 집단간 비교

개입의 효과성을 보기 위해 적용한 척도 중 유의미한 수준에서 차이를 나타낸 주관적 삶의 질 척도를 중심으로 노인과 가족부양자의 제반 특성별로 비교하여 보았다. 이러한 시도는 비록 표본수는 적지만 교육/훈련프로그램을 통한 개입이 어떤 특성을 가진 노인의 부양자에게 더 효과적인가의 경향을 잠정적으로 보여줄 수 있을 것이다.

1) 노인의 장애정도별 주관적 삶의 질의 집단간 비교

<표 10> 노인의 장애정도별 주관적 삶의 질의 집단간 비교

구분		실험집단				통제집단			
		사전		사후		사전		사후	
		평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD
질병유형	치매	32.60	13.92	36.70	10.98	39.25	9.04	33.56	7.30
	뇌졸중	35.00	9.47	37.29	11.66	33.44	11.52	33.50	6.87
상병기간	1년 미만	29.25	6.50	34.50	13.77	32.00	-	32.00	-
	1-3년 미만	32.43	13.11	37.29	10.84	39.33	10.93	31.44	4.64
	3-5년 미만	27.50	17.68	31.50	16.26	39.50	8.02	36.75	7.55
	5년이상	45.67	7.77	41.50	8.06	32.43	11.60	32.67	9.27
ADL 장애정도	0개	36.75	10.14	40.63	11.21	41.50	10.60	35.17	9.09
	1-3개	28.67	15.42	33.83	11.58	37.54	8.74	35.08	6.56
	4개이상	35.00	7.07	33.33	8.50	32.00	12.08	28.83	3.66
IADL 장애정도	0개	41.50	9.19	49.50	2.12	31.00	-	22.00	-
	1-3개	32.14	12.64	35.00	12.68	43.83	9.15	34.67	7.53
	4개이상	32.57	12.89	35.50	9.06	35.28	9.99	33.82	6.64

(1) 질병유형별 비교

<표 10>에서 노인의 장애정도나 특성에 따라 가족부양자의 삶의 질이 어느 정도 변화되었는지를 살펴보았다. 우선 노인의 질병유형별로 보면, 실험집단에서는 사전과 사후 모두 뇌졸중노인 가족부양

자의 삶의 질 평균이 더 높았다. 그러나 프로그램을 실시한 후 치매노인 가족부양자의 삶의 질은 뇌졸중노인 가족부양자의 삶의 질보다 더 많이 향상되어 치매노인 가족부양자에게 개입의 효과가 더 컸음을 알 수 있다. 한편 통제집단에서는 치매노인 가족부양자들은 2개월의 시차를 두고 삶의 질이 많이 낮아진 반면, 뇌졸중노인 가족부양자의 삶의 질은 변화하지 않았다. 이것은 개입을 하지 않은 상태에서 시간의 흐름에 따라 치매노인 가족부양자들의 삶의 질이 더 떨어질 개연성이 높음을 말해 준다.

양 집단의 결과를 동시에 고려한다면 치매노인 가족부양자에 비해 뇌졸중 노인의 가족부양자들은 노인의 질병상태에 적응이 되면서 자신의 삶의 질이 변화하지 않는 경향임을 알 수 있다. 실제로 프로그램 진행기록을 보더라도 치매노인 가족부양자들이 자신의 경험과 어려움을 소개하고, 프로그램에 대해 감사를 표시하며, 적극적인 반응을 보이는 정도가 인지기능에 손상이 없는 뇌졸중노인의 가족부양자들에 비해 더 적극적인 편이었다. 그러므로 뇌졸중노인 가족부양자들을 변화시키기 위해서는 그들만을 위한 특화된 프로그램을 구성하여 개입하는 것도 고려해 볼 수 있다.

(2) 상병기간별 비교

노인의 상병기간별로 삶의 질의 변화정도를 보면 실험집단에서는 상병기간이 짧을수록 가족부양자들의 삶의 질 변화정도가 커서 조기프로그램을 통한 개입의 효과성이 더 클 가능성을 시사해 준다. 통제집단의 결과도 이러한 주장을 뒷받침해 주고 있다. 즉, 상병기간이 짧은 노인의 가족부양자들이 상병기간이 긴 노인의 가족부양자에 비해 삶의 질이 현저하게 낮아졌다. 이것은 노인에게 질병이나 증상이 나타난 후 일정기간 내에 가족들이 좌절할 수 있음을 나타내어 주는 것이다. 두 집단의 결과를 볼 때 가족부양자들의 삶의 질이 떨어지지 않도록 하기 위해서는 조기개입의 필요성이 강조된다.

(3) 일상생활 장애정도별 비교

노인의 ADL 장애정도별로 가족의 삶의 질의 변화를 살펴본다. 우선 실험집단에서는 일상생활수행에 장애가 없거나 상대적으로 장애가 적은 가족에게서 삶의 질의 변화정도가 더 현저하였다. 반면 일상생활수행에서 ADL 장애가 4개 이상이 되는 의존성이 높은 노인의 가족들은 삶의 질 변화폭이 적어서 프로그램의 효과가 상대적으로 낮은 편이었다. 이것을 상병기간별 개입효과와 연결해 보면 상병기간이 짧은 노인들은 장애정도가 낮은 가능성이 크며, 그러한 노인의 가족들에게 개입의 효과는 더 큰 편이었다. 반대로 상병기간이 길어지면서 장애정도가 높은 노인의 가족부양자들은 이미 오랜 기간에 걸쳐 적응이 된 상태이므로 개입의 효과는 다소 낮을 것으로 유추할 수 있다. 한편 통제집단의 결과는 실험집단의 결과에 일부 설명력을 더해 준다. 즉, 노인이 일상생활 수행에 장애가 없거나 장애정도가 낮다는 것은 상병기간이 짧을 가능성이 크다. 그러므로 그러한 노인의 가족부양자들은 아직 노인의 장애에 적응이 되지 못한 상태일 수 있으므로 단기간에 삶의 질이 떨어질 가능성이 큰 것이다. IADL상의 장애에서 ADL 장애와 유사한 결과가 도출되었다.

요약하자면, 노인의 장애정도별로 개입효과를 분석한 결과, 장애정도가 오래되지 않은 노인의 가족부양자에게 개입의 효과가 더 큰 것으로 나타났다. 따라서 장기요양보호 대상노인 가족부양자들을 대상으로 하는 교육/훈련프로그램은 가능하면 조기개입이 더 효과적일 것으로 판단된다. 또한 통제집단

의 결과를 볼 때, 지역사회에서 장기요양보호 대상노인의 가족부양자들이 아무런 관심도 받지 못하고 방치되면 가족들의 삶의 질이 위협받을 우려가 큼을 알 수 있다.

2) 가족특성별 주관적 삶의 질의 집단간 비교

<표 11> 가족특성별 주관적 삶의 질의 집단간 비교

구분		실험집단				통제집단			
		사전		사후		사전		사후	
		평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD
성별	남성	23.00	14.73	32.50	9.88	39.40	12.22	35.80	8.07
	여성	35.92	10.59	38.85	11.75	37.44	10.05	33.88	6.51
연령	50세미만	34.50	10.73	40.33	7.94	38.69	9.36	35.87	6.64
	50-60세미만	47.50	6.36	47.50	7.78	44.50	9.19	38.00	7.07
	60세이상	29.25	12.13	33.11	12.64	32.60	13.16	28.20	2.95
노인과의 관계	배우자	22.80	9.31	27.83	12.19	29.33	16.62	26.67	2.52
	딸	40.20	8.44	40.40	8.62	40.40	13.45	37.60	9.15
	아들	27.00	18.39	40.00	4.24	35.60	9.37	32.80	7.56
	며느리	39.67	2.52	46.00	6.09	40.11	7.29	33.13	5.06
교육수준	초졸이하	37.40	12.88	40.00	13.10	31.00	24.04	31.50	10.61
	중졸	32.33	15.95	34.67	13.58	36.25	8.54	26.25	3.40
	고졸	31.00	1.41	33.50	9.19	39.17	9.33	31.67	3.83
	대졸이상	30.60	14.72	36.40	12.68	38.33	9.67	38.09	6.39

(1) 성별 비교

<표 11>에서는 가족부양자의 제반 특성별로 개입여부에 따른 삶의 질의 변화를 분석하였다. 우선 성별로 보면, 남성부양자는 프로그램에 참여할 당시에는 여성부양자보다 삶의 질이 매우 낮은 경향을 보였다. 이것은 남성들이 전통적으로 가족부양자로서의 자신의 위상과 역할을 받아들이는 데 어려움이 있기 때문일 것이다. 그러나 사후검증 결과 개입을 통한 변화정도를 보면, 남성부양자의 변화가 훨씬 현저한 것으로 나타났다. 즉, 전통적인 가치 하에서 부양자로서의 자기위상을 정립하지 못했던 남성부양자들은 개입을 통해 많은 지지를 받았다고 볼 수 있다. 이것은 변화하는 가족구조 속에서 가족 교육/훈련의 중요성을 입증해 주는 것이다. 그러나 통제집단에서는 시간변화에 따라 가족부양자의 삶의 질은 많이 떨어진 편이지만, 성별에 따른 차이는 볼 수 없었다.

(2) 연령별 비교

연령별로 보면 50세 미만의 젊은 연령층에서 개입의 효과가 가장 크게 나타났다. 그러나 50대에서는 전혀 변화를 보이지 않았는데, 이것은 50대의 참가자수가 적어 그들의 개인적인 태도가 반영된 결과일 것이다. 한편 60대 이상인 가족부양자들도 변화를 보였지만 그 정도는 젊은이들에 비해 크지 않

은 편이었다. 프로그램의 효과가 젊은 가족부양자에게 더 컸던 것은 그들의 학력에 따른 프로그램 이해 정도의 차이로 해석할 수 있다. 이러한 결과는 연령별, 또는 학력수준별로 특화된 프로그램이 필요함을 시사해 준다. 한편 통제집단에서는 연령이 높은 가족들이 시간이 지남에 따라 삶의 질의 저하 정도가 더 현저한 경향이었다. 이미 알려진 바대로 고령의 가족부양자는 자신의 노화로 인해 더 취약한 상태에서 노인을 부양하고 있다. 게다가 분석결과를 볼 때 고령의 가족부양자들은 방치되면 삶의 질이 더 떨어질 우려가 있으며, 교육/훈련프로그램을 통해 개입하더라도 그 효과는 낮은 편이다. 그러므로 취약한 상태에 있는 고령의 가족부양자에 대한 적극적인 지원과 관심이 필요함이 제기된다.

(3) 노인과의 관계별 비교

노인과의 관계에 따른 개입효과를 보면, 배우자보다 자녀세대에 속한 가족들의 개입효과가 더 큰 경향임을 볼 수 있다. 이것은 연령대별 효과에서 연령이 낮을수록, 남성일수록 개입효과가 더 크게 나타난 것과 관련성이 있다. 아직까지 우리나라의 가족부양자 중 며느리가 가장 많은 비중을 차지하고 있음을 감안할 때 며느리 집단의 변화가 현저하게 나타난 것은 상당히 고무적이다. 그러나 자녀세대 일인 딸 부양자에 대한 개입의 효과는 추후연구를 통해 밝혀져야 할 것이다.

(4) 교육수준별 비교

가족부양자의 교육수준별로 개입의 효과성을 살펴보았다. 우선 실험집단에서는 대졸 이상인 가족부양자의 변화가 가장 현저했던 반면, 그 이하의 학력에서는 비슷한 수준에서 변화하였다. 이렇게 볼 때 본 연구에서 제공한 교육/훈련프로그램의 내용은 학력이 높은 집단에게 더 유익한 편임을 알 수 있다. 이것은 프로그램의 진행방식이 대체로 강의식이 많아서 다양한 수준의 가족부양자들의 수준에 맞추기가 어려웠던 점이 반영된 결과로 보인다. 따라서 가족부양자의 교육수준을 감안한 새로운 방식의 프로그램의 필요성이 제기된다. 통제집단에서는 대졸 이상인 가족들은 삶의 질에 거의 변화가 없어서 스스로 자신의 삶을 지킬 수 있는 가능성이 큼을 알 수 있다. 그러나 가족들의 학력이 낮을수록 삶의 질의 저하가 더 큰 것으로 나타나서 저학력 가족들의 삶의 질을 지킬 수 있는 개입방안의 필요성이 제기된다.

6) 프로그램의 진행전략에 대한 가족들의 반응

(1) 프로그램의 진행기간, 시간 및 장소

우선 프로그램의 진행기간을 프로그램의 목표와 각 주별 세부내용에 따라 8주로 정하였고, 가족들에게 참가권유 전화를 하면서 8주 프로그램에 대한 가능성을 확인하였다. 프로그램 실시시각은 가족들의 의견을 수렴하여 오후 1-3시로 정하였다.

(2) 참여가족간의 동질감 확인

매주 2명의 가족이 자신과 노인에 대해 소개하였고, 모든 가족들이 깊은 관심을 보였다. 예를 들면 노인의 특성, 병이 진행되는 속도, 가족의 대처방식, 가족력 등에 대해 질문하면서 상호공감대를 형성해 갔다.

(3) 전문가와의 개인적인 연계망 형성

몇 명의 가족들은 강사진 중 의료진과 약학전공 교수에게 전화를 하거나 내방하여 상담을 받았고, 상담을 받은 가족들은 본 프로그램에 대해 감사함을 적극적으로 나타내었다.

(4) 프로그램 안내

지역사회기관의 사회복지사가 매주 자신이 맡은 가족부양자에게 전화하여 프로그램 실시일자와 장소를 안내해 주었다. 가족부양자들로 하여금 본 프로그램을 공식적인 모임으로 인식하는 데 기여하였고, 가족들의 지속적인 참가를 격려해 주었다.

(5) 참여가족간의 친밀감 형성과 참여에 대한 보상

가족들은 프로그램 시간 전후에 개인적으로 차를 마시며 친밀한 관계를 형성해 갔고, 프로그램 실시 2-3주 후부터는 프로그램 참가에 대해 강한 친밀감과 자신감을 보여주었다. 참여가족들은 불참하는 가족에 대해 궁금해하였고, 일부 불참가족들은 미리 전화로 알려주기도 하였다.

(6) 지역사회 정보책자 제공

가족들은 자신들이 알지 못했던 자원, 특히 일반적으로 잘 알려져 있지 않은 목욕서비스나 차량서비스에 대해 이해하게 되었고, 이용요금에 대해서도 관심을 나타냈다. 특히 차량서비스나 이미용봉사단체 등 무료이용서비스에 대해 호감을 보였다.

(7) 자조집단 결성

백혈병아동 어머니 모임의 대표를 초대하여 자조집단의 결성배경과 집단의 운영전략에 대한 발표를 들었다. 실제로 참여가족들은 수료식 후 자발적으로 자조모임을 결성했고, 회장과 총무를 정하였으며, 매달 1회 지정된 장소(연구자가 소속한 대학의 공간)에서 만날 것을 결정하였다.

(8) 수료식 실시 및 프로그램에 대한 피드백 기회제공

참여가족들은 프로그램이 매우 도움이 되었다고 언급하였고, 이후에 다시 교육의 기회가 주어진다 면 자신들의 정서적인 문제를 중점적으로 다뤄줄 것을 제안하였다. 즉 가족들이 교육내용에 대해 평가하면서 자신들의 또 다른 욕구를 제기하여 그들의 역량이 강화되었음을 보여준 것이다. 실제로 가족들이 제기한 정서적인 주제는 Biegel(1985)의 가족개입모델 중 한 축에 해당하는 내용인 부양자 자

신의 심리사회적인 생존전략과 일치하는 것이다.

6. 결론 및 논의

본 연구에서는 병약한 노인을 돌보는 가족부양자들에게 집단프로그램을 실시한 후 개입의 효과를 살펴보았다. 사전조사에 참여했던 실험집단과 통제집단에서 예상했던 바대로 사후조사 시 탈락자가 많았기 때문에 비교집단간에 동질성이 낮아졌다. 그 결과 집단간 비교에서 부분적으로 한계를 가질 수밖에 없었다. 그럼에도 불구하고 연구결과는 우리에게 여러 가지 함의를 제시해 주었다.

개입의 효과를 보기 위해 사용한 변수인 부양부담척도에서는 개입 전후로 유의미한 수준의 차이를 발견할 수가 없어서 선행연구에서 나타난 개입효과(Hepburn et al, 2001; 홍여신 외, 1995; 이윤로 외, 2002)와 유사한 결과를 얻지 못했다. 그러나 외국의 선행연구에서는 유의미한 효과가 나타나지 않았던 연구도 많이 제시된 바 있고(Schulz et al, 2002; Coon et al, 2003), 우리나라의 선행연구들은 개인적 차원의 개입이므로 본 연구와는 개입모델에 따른 차이일 가능성을 배제할 수 없다. 즉 개인적 차원의 개입은 1:1 관계에서 가족부양자의 부양부담을 직접적이고 구체적으로 다룰 수 있는 여지가 있다면, 집단적 차원의 개입내용은 심리교육적인 내용중심의 강의이며, 각 참여자 개인의 부양부담에 대해 구체적인 관심을 가질 수가 없는 것이다. 이런 특징은 개인적 차원의 개입과 집단적 차원의 개입을 동시에 실시하여 비교했던 Toseland 등의 연구결과(1990)에서 이미 제시하였다.

한편 Gallagher-Thompson 등(2003)이 70명의 라틴계 가족부양자를 대상으로 개입한 연구결과에서 보면 연구자가 사용하는 척도가 프로그램 참여자들에게 적합한가에 대한 사전조사가 필요함을 제안하고 있다. 그러므로 보다 적절한 척도의 사용도 결과에 영향을 미칠 수 있을 것이다. 게다가 현재 가족부양자들이 이용할 수 있는 사회적 자원이 부족하고, 가족들은 집단교육에 대한 인식이나 경험이 별로 없는 편이다. 따라서 이런 여건 하에서 개인적 차원의 개입모델과 집단적 차원의 개입모델간의 효과성을 비교하는 것은 그다지 용이하지가 않다고 본다. 이에 대한 검증은 향후 장기요양보장제도가 실시되어 서비스 인프라가 제대로 구축되고, 보다 자유롭게 집단프로그램 참여가 이루어질 수 있을 때 가능할 것이다.

또 다른 주요변수인 주관적 삶의 질은 개입 이후 유의미한 수준의 차이가 나타나서 가족부양자의 삶의 질이 향상되었음을 보여주었다. 이러한 결과는 Coon(2003), Chiverton과 Caine(1989), Ostwald(1999), Hepburn(2001) 등의 선행연구와 일치하였다. 일반적으로 부양부담의 감소가 삶의 질 향상을 가져온다는 연구결과들이 많이 제시되고 있지만, 부양부담의 감소여부와는 관계없이 프로그램에 참여하는 것만으로도 가족부양자의 삶의 질은 향상될 수 있을 것이다. 즉 삶의 질의 향상은 프로그램에 대한 가족들의 관심과 만족정도를 반영해 준 것이다.

노인과 가족부양자의 특성에 따른 분석결과를 보면 향후 프로그램을 확대 실시하는 데 유의한 정보를 제공해 준다. 예를 들면 노인의 장애정도나 가족의 특성별로 개입효과에 차이가 나타남에 따라 특화된 개입이 필요한 취약집단을 확인하였고, 가족부양자의 특성별로 다양한 유형의 개입모델이 필

요함을 알 수 있었다. 구체적인 내용을 보면, 본 프로그램은 고학력, 남성, 발병초기, 젊은 가족들에게 더 효과적임을 확인하였다. 이와 더불어 고령의 부양자나 교육수준이 낮은 부양자, 또는 장기간 부양으로 인해 부양부담이 누적된 부양자들의 삶의 질을 높여줄 수 있는 방안의 모색이 새로운 과제로 제기되었다.

한편 본 프로그램의 내용은 병약한 노인에 대한 이해와 노인부양의 효율성 도모를 목표로 하였고, 가족부양자 자신의 생존전략에 초점을 둔 내용을 비중있게 다루지 못했다. 따라서 추후에는 가족부양자 자신의 심리사회적인 부담을 줄이기 위한 내용도 프로그램에 포함시켜야 할 것이다. 그러나 가족들이 8주 이상의 장기프로그램에 참여하게 되면 중도탈락의 위험이 따르게 된다. 이를 방지하기 위해서는 가능한 프로그램의 기간을 압축시켜 전체 과정에 병약한 노인부양의 효율성도모와 가족 자신의 생존전략에 관한 내용이 고루 포함될 수 있도록 모델을 개발해야 할 것이다.

또한 노인보호를 위한 직접적인 서비스를 적극적으로 권장하여 가족들이 노인으로부터 분리되는데 따른 현실적인 문제나 심리적인 부담을 줄일 수 있는 지원전략도 강화되어야 한다. 이를 위해서는 가족교육에 사례관리가 추가되는 것이 바람직할 것이다. 본 연구의 규모나 예산, 관련된 인적 자원의 규모 등을 검토해 보면, 프로그램은 개인연구자보다는 지역의 사회복지협의회나 기초자치단체 등이 주관하고, 민간이 후원하는 형태가 더 효율적일 것이다. 이 때 연구자는 슈퍼바이저로서 산학관 협조체계를 유지하고 조정하는 역할을 담당할 수 있다.

참고문헌

- 김수영. 2000. "요보호노인 가족보호자를 위한 지지체계의 분석". 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표논문, 379-404.
- 김수영·윤현숙·김진선·W. E. Haley. 2003. "Factors Affecting Life Satisfaction and Depression of Caregivers of the Elderly with Dementia: A Comparative Study of Korean and American Caregivers." *Journal of the Korean Gerontology* 23(2).
- 김수영. 2003. "치매노인 가족부양자의 삶의 질에 미치는 영향요인: 가족부양자를 위한 정책대안의 모색". 한국사회복지정책, 12: 77-105.
- 윤현숙. 2001. "노인 가족부양자의 재가복지서비스 이용의향 및 필요도에 영향을 미치는 요인". 한국노년학, 21(2): 141-161.
- 이가옥·이미진. 2000. "장기요양보호노인 가족수발자의 정서적 부양부담에 관한 연구". 한국노년학, 20(2): 215-228.
- 이성희·권중돈. 1993. "치매노인과 가족의 생활실태 및 복지요구". 서울특별시 북부노인종합복지관연구보고서.
- 이가옥·이미진. 2000. "장기요양보호노인 가족수발자의 정서적 부양부담에 관한 연구". 한국노년학, 20(2): 215-228.
- 이윤로·김양이. 2002. "치매가족 부양스트레스 관리프로그램의 효과성". 노인복지연구.
- 이인정. 2002. "주간보호 이용노인 가족수발자의 서비스 만족도에 영향을 미치는 요인들". 한국노년학, 22(1): 99-114.

- 홍여신·이선자·박현애·조남옥·오진주. 1994. “노인성 치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구”. *간호학회지*, 24(3): 448-460.
- 홍여신·이선자·박현애·조남옥·오진주. 1995. “노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구”. *간호학회지*, 25(1): 45-60.
- Amirkhanyan, A., and D. Wolf. 2003. “Caregiver Stress and Noncaregiver Stress: Exploring the Pathways of Psychiatric Morbidity.” *The Gerontologist* 43(6): 817-827.
- Biegel, D. E. 1985. “The Applications of theory and research.” In Sauer W. J. and Coward R. T. (Ed.). *Social support networks and the care of the elderly*. New York: Springer Publishing Co.
- Biegel, D. E. et al. 1994. “The Outcomes of Interventions for Caregivers, Family Caregiving in Chronic Illness, Family Caregiver.” *Applications Series* 1: 214-248.
- Biegel, D. E., B. K. Shore, and E. Gordon. 1984. *Building Support Networks for the Elderly*. SAGE Publications.
- Bohmstedt, G. W., and D. Knoke. 1994. *Statistics for Social Data Analysis* (Third Edition). F. E. Peacock Publisher.
- Bourgeois, M. S., R. Schulz, and L. Burgio. 1996. “Interventions for Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease: A Review and Analysis of Contents, Process, and Outcomes.” *International Journal of Aging and Human Development* 43: 35-92.
- Briggs, R. 1998. *Caregiving Daughters*. Garland Publishing.
- Campbell, A. 1981. “The Sense of well-being.” *American Psychologist* 31: 117-124.
- Chiverton, P., and E. D. Caine. 1989. “Education to Assist Spouses in Coping with Alzheimer’s Disease: A Controlled Trial.” *Journal of the American Geriatrics Society* 37: 595-598.
- Cooke, D., L. McNally, K. Mulligan, M. Harrison, and S. Newman. 2001. “Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia: Systematic Review.” *Aging and Mental Health* 5: 120-135.
- Coon, D. W., L. Thompson, A. Steffen, K. Sorocco, and D. Gallagher-Thompson D. 2003. “Anger and Depression Management: Psychoeducational Skill Training Interventions for Women Caregivers of a Relative with Dementia.” *The Gerontologist* 43(5): 678-689.
- Feinberg, L. F., T. Pilisuk, and K. Kelly. 1999. Report on Family Caregiver Support in California’s Publicly Funded Programs, FCA.
- Gallagher, D., and R. Czirr. 1984. “Clinical Observations on the Effectiveness of Different Psychotherapeutic Approaches in the Treatment of Depressed Caregivers.” Paper presented at the annual meeting of the GSA, San Antonio, TX.
- Gallagher, D., S. Lovett, and A. Zeiss. 1989. “Intervention with Caregivers of Frail Elderly Persons.” In M. Ory and K. Bond (Eds). *Aging and Health Care: Social Services and Policy Perspectives*(pp. 167-190). New York: Tavistock.
- Gallagher-Thompson, D., N. Solano, D. Coon, and P. Arean. 2003. “Recruitment and Retention of Latino Dementia Family Caregivers in Intervention Research: Issues to Face, Lessons to Learn.” *The Gerontologist* 43(1): 45-51.
- Gendron, C., L. Poitras, D. Dastoor, and G. Perodeau. 1996. “Cognitive-Behavioral Group Intervention for spousal Caregivers: Findings and Clinical Considerations.” *Clinical Gerontologist* 17(1):

3-19.

- Goldstein, V., G. Regnery, and E. Wellin. 1981. "Caretake Role Fatigue". *Nursing Outlook* 29: 24-30.
- Greene, V. L., and D. J. Monahan. 1989. "The Effect of a Support and Education Program on Stress and Burden among Family Caregivers to Frail Elderly Persons." *The Gerontologist* 29: 472-480.
- Haley, W. E., E. G. Levine, S. L. Brown, and A. A. Bartolucci. 1987a. "Stress, Appraisal, Coping, and Social Support as predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers." *Psychology and Aging* 27: 323-330.
- Haley, W. E., S. L. Brown, and E. G. Levine. 1987b. "Experimental Evaluation of the Effectiveness of Group Intervention for Dementia Caregivers." *The Gerontologist* 27: 376-382.
- Haley, William E., David L. Roth, Marci I. Coleton, Greg R. Ford, Constance A. C., West, Robert P. Collins, and Teresa L. Isobe. 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.
- Hepburn, Kenneth W., Jane Tornatore, Bruce Center, and Sharon Ostwald. 2001. "Dementia Family Caregiver Training: Affecting Beliefs about Caregiving and Caregiver Outcomes." *Journal of American Geriatrics Society* 49: 450-457.
- Hooyman, N. R., and W. Lustbader. 1986. *Taking Care*. The Free Press.
- Novak, M., and C. I. Guest. 1989. "Application of A Multi-Dimensional Caregiver Burden inventory." *The Gerontologist* 29: 798-803.
- Orodenker, S. 1991. *Family Caregiving in a Changing Society*. Garland Publishing.
- Ostwald, S. K., K. W. Hepburn, W. Caron, T. Burns, and Robert Mantell, 1999. "Reducing Caregiver Burden: A Randomized Psychoeducational Intervention for Caregivers of Persons with Dementia." *The Gerontologist* 39: 299-309.
- Pallet, P. J. (1990). "A Conceptual Framework for Studying Family Caregiver Burden in Alzheimers-Type Dementia. Image." *Journal of Nursing Scholarship* 22: 52-58.
- Pearlin, L. S. 1989. "The Sociological Study of Stress." *Journal of Health and Social Behavior* 30: 241-256.
- Rabin, P. V., N. L. Mace, and M. J. Lucas. 1982. "The Impact of Dementia on the Family." *Journal of American Geriatrics Society* 24(3): 333-335.
- Schulz, R., A. O'Brien, S. Czaja, M. Ory, R. Norris, L. M. Martire, S. Bell, L. Burgio, L. Gitlin, D. Coon, R. Burns, and D. Gallagher-Thompson. 2002. "Dementia Caregiver Intervention Research: In Search of Clinical Significance." *The Gerontologist* 42(5): 589-602.
- Sorensen, S., M. Pinquart, and P. Duberstein. 2002. "How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis." *The Gerontologist* 42: 356-372.
- Tolman, R., and S. D. Rose. 1990. "The Effectiveness of multi-model stress management training." *Journal of Social Service Research* 3: 297-310.
- Toseland, R. W., C. M. Rossiter, T. Peak, and G. C. Smith. 1990. "Comparative Effectiveness of Individual and Group Interventions to Support Family Caregivers." *Social Work* 5.
- Zarit, S. H., C. R. Anthony, and M. Boutselis. 1987. "Intervention with Caregivers of Dementia patients: a comparison of approach." *Psychology and Aging* 3: 15-18.

Effectiveness of Intervention for the Caregivers of Long-term Care Elderly

Kim, Soo-Young
(Kyungsung University)

The major purpose of this study is to examine effectiveness of an intervention program which aims at education/training caregivers of the dementia and/or stroke elderly. This program was conducted at group level. Participants of this program were the primary caregivers who have taken care of the elderly with dementia and/or stroke. To test the effectiveness of the caregiver education/training program, this study employed an quasi-experimental design: to compare pretest score with posttest ones for the same participants. Total forty two primary caregivers have completed the program. Seventeen caregivers were in experimental group, whereas twenty five ones belonged to control group. Our data suggest that, for the primary caregivers, subjective quality of life was more important than caregiving burden. Subjective quality of life among the caregivers significantly improved, after completing the program. This result suggests that a short-term intervention program at group level is not effective to reduce caregiving burden because an infra structure of community resources, to which the caregivers and their family access, did not remain at sufficient level.

However, participants have showed improved mutual solidarity, and they have exposed to wider spectrum of a variety of information. As a result, they have perceived that the level of subjective quality of life has positively changed. Additional factors have influenced on determining the quality of life among the caregivers. The caregivers, whose demented elderly showed lower level of ADL and IADL, or who have experienced the short period of caregiving, were more likely to belong to higher level of quality of life. The quality of life among the caregivers were even more improved in the following group: being young, and highly educated, man. One of the contributions from this study is that we have found caregiver's characteristics, which need an intervention most. In addition, our study implies that specific contents of the caregivers' education/training program should be conducted based on each family's unique characteristics.

Key words: key words: dementia, stroke, family caregiver, education/training program, subjective quality of life

[접수일 2004. 3. 25 게재확정일 2004. 4. 30]