

## 요보호노인 가족보호자들을 위한 지지체계의 분석<sup>1)</sup>

김 수 영\*

### 1. 서 론

오늘날 인간의 평균수명이 연장됨에 따라 고령의 병약한, 또는 만성질환상태의 노인이 증가하고 있다. 미국에서는 이들 장기보호 대상노인들을 위한 사회적 지지체계에 관한 논의가 1980년대 초반부터 본격화되었고, 특히 비공식적인 지지체계의 중요성에 관한 논의도 활발해졌다.

이에 따라 노인뿐만 아니라 노인을 보호하고 있는 가족 보호자들을 중심으로 한 주제들도 많이 다뤄지고 있고, 이들 가족보호자들을 격려, 강화하기 위한 개입전략들도 제시되고 있다.

장기보호 대상노인의 증가와 가족의 보호기능의 약화, 정부의 복지비용의 삭감이라는 세가지 요인들을 동시에 고려해 보면 노인보호의 주된 역할을 담당하는 가족들에게 개입하여 그들을 격려하고 강화하는 것은 매우 중요한 과제라고 하겠다.

가족보호자에 대한 개입의 목적은 그들이 자신들의 삶을 유지해 가면서 가족원인 노인을 적절한 수준에서 보호하도록 한다는 것이다. 이것은 노인이 가족에 의해 보호받는 기간을 연장해 줄 수 있을 뿐만 아니라 비공식적인 보호를 강화함으로써 노인보호의 사회적 총비용을 줄일 수 있는 방안이 될 것이다.

가족보호자에 대한 개입의 주체는 지역사회에서 노인과 그 가족보호자를 위해 일하는 조직/시설들로서 그들이 가진 자원을 활용하여 개입할 수가 있다. 지역사회 내에서 가족보호자들을 위한 사회적 지지체계가 형성되고 그 체계를 통해 개입하게 되면 개입의 효율성은 더 커질 것이다.

\* 경성대학교 사회복지학과 교수

1) 본 논문은 1999년도 경성대학교 연구비의 지원을 받았음.

본 연구는 오클라호마 주에서 다양한 조직/시설들이 요보호노인의 가족보호자들에게 어떤 프로그램과 서비스를 제공하여 개입하고 있는가를 살펴보고 그들을 위한 사회적 지지체계의 수립방안을 논의해 보고자 한다. 이 때 가족보호자란 요보호노인의 주된 보호자(primary caregiver)를 의미한다.

## 2. 가족보호자들을 위한 정책변화

고령화사회에는 많은 수의 병약한 노인이 지역사회에서 생활하고 있으며, 그들 중 대다수가 가족에 의해 보호받고 있을 만큼 가족들은 노인보호에서 주된 역할을 담당하고 있다. 게다가 장기적으로 고령노인의 증가에 따른 보호대상 노인의 증가를 예상해 보면 가족보호자의 수도 늘어나야 할 것이다. 그러나 여성의 사회진출에 따른 여성보호자수의 감소와 수명연장에 따른 노인보호기간의 확대경향을 비롯하여 베이비 붐 세대의 노령기 진입에 따른 보호대상인구의 증가추이 등을 고려해 보면 멀지 않은 장래에 노인보호는 심각한 사회적 문제가 될 것으로 예상된다.

최근에 미국정부는 노인간호에서 많은 역할을 하고 있는 사람들은-요양원도 아니고, 병원도 아니며- 가족보호자임을 인정하였다(Briggs, Rick, 1998: 26). 이것은 지금까지 많은 희생에도 불구하고 인정받지 못하고 있던 가족보호자들이 정책대상으로 부각되었음을 입증해 주는 것이다.

1994년의 가족휴가법(Family Leave Act), 1999년 가족보호자에 대한 세금공제혜택, 현재 4개 주에서 실시되고 있는 정부민간파트너십 프로그램, 캘리포니아주에서 적용되고 있는 가족보호자의 노인관련서비스에 대한 선택권한 등은 노인보호와 관련한 정책변화를 보여주는 것이다. 이러한 변화는 가족보호자들의 well-being을 보장해 주면서 동시에 그들이 노인간호를 포기하지 않도록 하는 목표를 추구하는 것으로서 노인보호에 대한 예방적인 접근전략이라고 하겠다.

또한 민간차원에서는 1999년 FCA(Family Caregiver Alliance)가 채택한 11월의 '가족보호자의 달'이라는 캠페인은 가족보호자들에게 자긍심을 심어주고 그들의 역할에 대한 사회적인 인식의 확대와 정책적인 이슈제기의 중요한 계기가 된다고 하겠다.

### 3. 가족보호자들을 위한 사회적 지지체계의 필요성과 수립

#### 1) 사회적 지지체계의 필요성

요보호노인을 위한 지지체계에는 정부, 병원, 사회복지기관과 같은 공식적인 체계와 가족, 친구, 이웃, 자원봉사자 등의 비공식적인 체계가 있다. 기본적으로 이들 공식적, 비공식적인 지지체계들은 각 체계의 특성에 따라 노인을 원조하는 독자적인 기능을 하고 있으며, 필요한 경우 이들은 함께 일할 수도 있다. 이 때 각 체계는 대체적인 기능보다는 상호연결된 보완적인 기능을 하는 일련의 연속체(continuum)를 구축하여 노인들의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있어야 한다. 이러한 연속체를 지역사회와 장기보호 대상노인들을 위한 사회적 지지체계(social support system) 또는 사회적 지지 네트워크(social support network)이라고 한다.

가족보호자들을 대상으로 한 여러 연구결과를 보면, 그들은 노인을 돌보는 과정에서 많은 부담과 스트레스를 받으며, 많은 희생을 치르고 있음을 알 수 있다. 노인들에게 사회적 지지체계가 필요한 것처럼 가족보호자들에게도 그들을 위한 사회적 지지체계가 필요하다.

가족보호자들을 위한 사회적 지지체계는 공식적, 비공식적인 체계로 구성되며, 양 체계는 직접적으로 가족보호자를 돕거나, 또는 병약한 노인을 지원함으로써 간접적으로 가족보호자를 도울 수 있다. 예를 들면 가족보호자는 공식적인 체계를 통해 노인을 돌보는 데 필요한 정보나 기술을 제공받거나, 생존기술을 배울 수 있으며, 주간보호나 respite care 등 노인에 대한 서비스 지원을 받아서 직접적인 노인보호의 부담을 줄일 수도 있다. 또한 비공식적인 체계와는 자신의 노인보호 역할의 일부분을 나눌 수 있거나 정서적인 지지를 받을 수도 있다.

가족보호자들에 대한 원조는 다음의 두 가지 관점에서 고려될 수 있다. 한가지는 노인을 돌보는 것과 관련하여 그들에게 적절한 정보, 기술, 극복전략을 제공해 주는 것이고, 또 다른 한가지는 그들이 지속적으로 노인을 돌볼 수 있도록 격려하고 동기를 강화해 주는 것이다.

이러한 원조는 전문가의 개입을 통해 이루어질 수 있는데, 구체적인 개입전략은 1)새로운 연결(linkage)을 수립하고, 2)기존의 연결망을 확충하고, 3)가족을 지지하고 강화하는 것이다.(Biegel, D.E., Tracy, E., & Corvo, N.,1994: 207-216)

전문가들은 이러한 개입전략을 실시하기 위해서 지역사회에 있는 다양한 자원들을 동원하여 사회적인 지지체계를 수립해야 한다. 그리고 개입을 위해 가족보호자들은 하나의 클라이언트 집단

으로 다뤄져야 할 것이다.

## 2) 사회적 지지체계의 수립

### (1) 지지체계의 모델

Biegel과 동료연구자들은 가족, 이웃, 교회, 자조집단 등의 비공식 자원을 동원하여 노인들을 위한 지지체계를 수립했다. 이 체계를 통한 개입은 병약한 노인들에게 예방, 치료, 재활 차원에서 기능을 하게 된다.(Biegel, D. E., et al., 1984)

이 체계를 원용하여 가족보호자 대상의 지지체계를 수립하고, 개입을 통해 각 차원별로 어떤 기능을 할 수 있는지를 제시해 볼 수 있다.

우선 예방적인 차원에서 볼 때 노인들을 위한 지지체계는 그들의 스트레스로 인한 부정적인 결과를 감소시키는 데 도움이 된다.( Biegel, et al.,1984: 15-16) 이것을 가족보호자들에게 원용하면 이 체계를 통해 개입함으로써 그들의 노인보호에 따른 부정적인 감정이나 스트레스 등을 줄일 수 있다. 가족보호자 생존을 위한 다양한 교육/훈련프로그램은 예방적인 차원에서 제공될 수 있겠다. 이 개입은 가족보호자들에게 직접적인 원조를 주는 방법이며, 장기간 노인을 간호해야 하는 가족들에게 도움이 될 수 있다.

치료적 차원에서 이 체계는 전문적인 보호에 대한 보조적인 역할을 할 수가 있다.(Biegel, D. E., et al.,1984: 16) 이것을 원용하면 가족보호자들은 노인을 보호하는 과정에서 전문적인 간호자(professional caregivers)를 도울 수가 있다. 실제로 전문적인 간호자는 노인 개개인에게 충분한 시간을 할애할 수 없으므로 가족보호자의 보조는 매우 중요하다. 따라서 가족보호자에게 노인간호 관련기술을 향상시켜줌으로써 노인간호기능의 일부분을 담당하게 할 수 있다. 가족보호자들에게는 기본적인 노화과정 및 질병에 대한 이해와 간호기술훈련을 위한 교육/훈련프로그램으로 개입할 수가 있다.

재활차원에서는 개인을 사회로 재통합하기 위해 개입하게 된다.(Biegel, D. E., et al.,1984:16) 많은 가족보호자들은 노인을 보호하는 가운데 자신이 혼자이고 소외되어 있다는 느낌을 받게 된다. 따라서 이들을 사회에 참여시킴으로써 자신이 혼자가 아니며, 같은 부류의 가족보호자들이 상호 지지할 수 있고, 또한 지역사회에는 그들이 이용할 수 있는 많은 자원의 연결망이 존재한다는 것을 알려줄 수 있다. 구체적으로 가족, 이웃 등의 원조는 가족보호자들의 소외감을 줄여줄 수 있고, 자조집단은 상호지지 및 정보교환의 기능을 할 수가 있다.

다른 연구에서 Biegel은 병약한 노인에 대한 전문가개입모델을 7 가지 제시하였고, 이 개입을 통해 노인을 위한 지지체계를 강화하고자 했다 : 임상치료모델, 가족보호자 향상(enhancement)모델, 사례관리모델, 이웃원조모델, 자원봉사자 연계모델, 상호원조/자조모델, 지역사회강화(empowerment)모델.(Biegel, D. E., 1985: 251-273)

이 중 가족보호자향상모델은 전문가가 가족보호자들을 대상집단으로 하여 그들을 격려하고, 향상시켜 궁극적으로는 노인의 지지체계를 강화한다는 것이다. 이 모델의 개입전략은 교육과 훈련, 직접서비스, 간접서비스의 세가지 형태로서 접근하는 것이다.

교육과 훈련프로그램의 내용은 다음과 같다 : 노화과정, 지역사회 자원들, 스트레스 관리, 간호기술, 동료지원기제(peer support mechanism) 등.

직접서비스의 내용은 다음과 같다: respite care, 상담, 가족보호자에 대한 경제적인 지원, 기술적인 지원, 의뢰.

간접서비스는 다음의 주제들을 포함하고 있다: 다른 가족구성원들, 친구들, 이웃들, 종교인, 근린집단(neighborhood groups) 등을 포함시켜 가족보호자들이 비공식적인 연결망을 강화하도록 돕는다.

한편 기존의 연구결과들을 검토하여 가족보호자에 대한 개입의 효과를 분석한 연구(Biegel, D. E., et al., 1994: 214-248)에서는 상기의 연구들과 마찬가지로 가족보호자에 대한 개입방법으로 지지집단개입, 교육적 개입, 임상적 또는 직접서비스개입의 세가지를 사용하였다. 이 세가지 형태의 개입이 가족보호자에게 끼친 영향은 제공한 서비스의 세부형태에 따라, 그리고 요보호노인의 유형(그들이 보호하는 노인의 유형을 치매노인, 뇌졸중환자, 고령의 병약한 노인 등으로 분류)에 따라 다소의 차이가 있었지만 대체로 긍정적인 반응을 나타냈다.

즉 상기한 모델들을 보면 가족보호자들에 대한 개입의 내용은 교육/훈련프로그램, 직접서비스, 간접서비스가 되며, 개입은 예방적인 차원, 치료적인 차원 그리고 재활의 차원에서 기능을 하게 된다.

## (2) 사회적 지지체계의 수립

지역사회에서 많은 사회복지 관련 조직/시설들은 각기 독자적인 기능을 하며, 필요한 경우에 부분적으로 상호관계를 맺고 있다. 조직/시설간의 미약한 상호관계는 결과적으로 복지프로그램/서비스의 분절화를 야기함으로써 서비스 전달체계의 모순을 제기하게 되었다. 조직/시설들이 독

자적으로 일을 하게 되는 주된 이유는 조직이나 시설의 재원출처와 그들의 운영상의 목표가 다양하기 때문일 것이다. 조직과 시설의 서비스 분절화는 클라이언트의 다양한 욕구에 부응하는 데 많은 한계가 있다.

따라서 상기한 바와 같이 여러 형태로 개입하기 위해서는 기존의 다양한 공식적, 비공식적인 서비스의 네트워크들을 강화하거나 조정을 향상시켜(Biegel, D. E., 1985: 253) 상호 긴밀하게 작용할 수 있는 광범위한 지지체계를 구축해야 할 것이다. 이 때 전문가는 개입을 통해 지지체계의 구축 또는 강화에서 주도적인 역할을 담당해야 할 것이다.

지지체계의 강도는 해당 지역사회가 확보할 수 있는 자원의 규모와 전문가의 수에 따라 다를 수 있다. 예컨대 갖고 있는 자원의 규모가 크고 다양한 전문가가 있다면, 강력한 지지체계를 구축하고, 그 속에서 양질의 프로그램과 서비스를 노인과 가족보호자들에게 제공할 수 있을 것이다. 반대로 자원이 제한된 지역사회에서는 일부 자원간에만 부분적인 연결망을 가짐으로 인해 지지체계가 미약하거나 또는 분절화된 개별적인 프로그램이나 서비스를 제공할 수 밖에 없다. 따라서 도시지역과 농촌지역, 또는 자원이 풍부한 지역사회와 상대적으로 부족한 지역사회의 지지체계는 차이가 있을 것이다.

한편 가족보호자들이 특정한 클라이언트 집단으로 다뤄질 수 있도록 그들을 위한 독립된 지지체계를 형성하는 것이 바람직할 것이다. 가족보호자들이 독자적인 클라이언트집단으로 부각되면 지역사회에 소외되어 있는 그들의 outreach나 욕구사정이 더 용이할 것이다. 또한 가족보호자들이 주된 서비스의 대상자로서 다뤄지게 되면 그들은 노인보호에 대한 자긍심이나 사회적 책임감을 더 갖게 될 것이다.

바람직한 사회적 지지체계로서 미국의 주 중에서 유일하게 가족보호자들 대상의 연결망을 갖고 있는 캘리포니아주의 CRCs(Caregiver Resource Centers)를 소개하기로 한다. CRCs는 DMH(Department of Mental Health)의 감독 하에 있으며, 가족보호자들에게 정보와 지지서비스를 제공해 준다. CRCs는 인지손상을 가진 성인들, 대표적으로 알츠하이머형 치매환자들을 돌보는 가족들에게 보호자 지지서비스를 제공한다. (Feinberg, L. F., et al.,1999: 32)

11개의 CRCs는 주 전체에 퍼져 있는데, 각 CRC는 해당 지역 내에 있는 대학, 병원, 사회복지기관들과 계약을 맺고 그들과 함께 프로그램/서비스를 제공하는 체계를 구축하고 있다. 즉 CRCs는 여러 조직/시설들과 연계된 체계를 구축하고 있으면서 주 전체에 걸쳐 가족보호자들을 위한 콘소시움을 구성하고 있는 것이다. 특히 CRCs는 여러 가지 기능을 하는 사회복지조직이나 시설과는 달리 가족보호자들을 위한 단일한 연결망을 형성하고 있다. 따라서 각 CRC 간에는 긴밀한 intra-network을 형성할 수가 있고, 지역사회에 분절되어 있는 조직과 시설들을 강하게 연결할 수

가 있다.

그럼으로써 가족보호자들은 지역사회의 지지체계 속에 포함되어 필요한 프로그램이나 서비스에 적절하게 연결될 수 있게 된다. 이것은 결과적으로 병약한 노인과 가족보호자들의 문제를 예방 또는 조기에 해결해 주게 된다.

## 4. 연구의 분석틀

연구대상이 된 조직/시설들은 대학, 병원, 사회복지기관, 노인장기보호시설, 정부의 5타입으로서 이들이 지역사회에서 가족보호자들을 위한 지지체계에 포함된다. 이들 지지체계는 가족보호자들에게 다음에 소개하는 프로그램과 서비스를 제공하게 된다.

### 1) 제공하는 프로그램과 서비스

프로그램과 서비스는 교육/훈련프로그램, 직접서비스, 간접서비스의 세 카테고리로 나누었다.

#### (1) 교육/훈련프로그램

교육/훈련프로그램은 가족보호자에게 노화와 질병, 노인간호와 관련된 지식이나 간호기술, 또는 간호에 따른 부담을 극복하기 위한 생존기술을 제공해 줌으로써 재가보호를 격려, 강화해 줄 수 있다.

①교육/훈련프로그램의 내용은 주제에 따라 가족보호자 관련주제, 병약한 노인간호 관련 주제, 간호를 위한 훈련 관련주제로 구분하였다.

가족보호자 관련주제에는 보호자가 노인간호 중 직면하게 되는 스트레스, burnout, 우울증 등을 적절하게 관리하는 방법과, 가족보호자의 고립 방지 및 사회적인 통합, 일차적인 보호자의 권리로서의 법적인 잇슈 등에 대한 내용이 포함된다.

노인간호 관련주제에는 일반적인 노화과정과 노인성 질병에 대한 이해, 노화나 질병에 따른 노인의 행동 및 심리 정서적인 변화 등이 포함된다. 노화와 관련된 내용과 구체적인 질병에 대해 이해하면 간호 과정에서 발생하는 좌절과 혼란, 그리고 노인에 대해 생길 수 있는 부정적인 감정도 줄일 수 있게 된다.

간호를 위한 훈련 관련주제는 전문적인 간호자(professional caregivers)의 역할이 미치지 못

하는 부분을 가족보호자가 대신하도록 하기 위한 것이다. 대부분의 재가노인들은 전문적인 간호자를 활용할 수 있는 시간과 경제적인 비용이 제한되어 있다. 따라서 가족보호자들은 간단한 기구의 작동방법에서부터 혈압재기, 피부관리, 통증 줄여주기 등 다양한 기술을 익히는 것이 필요하다.

②프로그램의 유형은 대상자와의 접촉유형에 따라 직접적인 또는 간접적인 프로그램으로, 대상자의 차원에 따라 집단 또는 개인 대상의 프로그램으로 나눌 수가 있다.

직접적인 프로그램은 가족보호자를 직접 프로그램에 참여하게 하는 것으로서 집단 또는 개별프로그램으로 나눌 수가 있다. 불특정 가족보호자들 대상의 교육/훈련프로그램은 집단프로그램의 예가 된다. 직접적인 프로그램 중 개별프로그램은 주로 병원이나 노인장기보호시설처럼 노인을 치료/간호하는 시설에서 실시할 수 있다.

간접적인 프로그램은 컴퓨터 네트워크를 통한 교육이나 안내책자의 제공 등의 방법으로 가족보호자들에게 접근하는 것이다. 간접적인 교육/훈련프로그램은 본 연구의 범위에서 제외되었다.

③프로그램의 구조는 공식적인 또는 비공식적인 프로그램으로 나눌 수 있다. 공식적인 프로그램은 정기적 또는 비정기적으로 실시할 수 있다. 이 프로그램은 불특정다수를 대상으로 하며, 다소 신축성이 적은 프로그램이 되기가 쉽지만 다양한 홍보를 통해 다수의 가족보호자를 참여케 할 수 있다. 그러나 교육의 내용에 특정 가족보호자의 욕구가 반영되기는 쉽지 않다.

비공식적인 프로그램은 가족의 필요에 따라 제공될 수 있으므로 상대적으로 더 신축성이 많고 그들의 개인적인 욕구에 부응할 수 있다는 이점이 있다. 그러나 이런 프로그램은 한시적이거나 비정기적이기 때문에 가족보호자들에게 지속적인 교육/재교육이 되기는 쉽지 않다.

## (2) 직접서비스

요보호노인이나 가족보호자에게 직접서비스를 제공해 주면 가족의 실제적인 노인간호 부담을 덜어주게 된다. 직접서비스는 교육/훈련프로그램과 마찬가지로 가족보호자 자신을 위한 서비스와 피보호자인 노인을 위한 것으로 나눌 수 있다. 서비스의 내용에는 실제적인 서비스, 정서적인 지지, 자원/의뢰, 경제적인 지원 등이 포함된다.

지역사회에는 다양한 종류의 직접서비스가 존재한다. 하지만 이것을 가족보호자들이 활용하는 데는 많은 제약이 있다. 무료서비스의 자격제한, 유료서비스의 비용부담과 서비스량의 부족, 전문적인 간호자에 대한 신뢰, 서비스에의 접근성, 서비스 이용시간의 제한 등이 여기에 해당한다. 실제로 다수의 가족보호자들은 조기에 해결할 수 있는 문제를 갖고 있음에도 불구하고 적절한 서비스로 연결되지 못함으로 인해 burnout되어 버리거나, 요보호노인에 대해 부정적인 감정을 갖게



되거나, 심지어는 노인간호를 포기해 버리기도 한다.

따라서 직접서비스는 교육/훈련프로그램 못지 않게 가족보호자들에게 중요한 기능을 하게 된다.

### (3) 간접서비스

가족보호자들의 노인간호에 따른 지속적인 외로움과 소외감은 미약한 지지망 또는 지지망을 이루고 있는 사람들 간의 상호작용이 거의 없는 데서 비롯된다.(Powell, T. J., 1987: 86) 간접서비스는 비전문적인 서비스로서 자조집단의 구성원이나 다른 가족보호자들과의 상호관계 향상을 통해 주간호자의 간호동기를 격려, 강화해 주는 것이다. 간접서비스에는 가족모임, 자조집단이 포함된다.

전문가는 가족모임이나 자조집단의 구성과 운영에 개입할 수 있다. 일반적인 자조집단은 물리적으로 제한된 지역사회 내에서 대면접촉을 하게 되는데, 오늘날에는 이러한 자조집단 이외에도 기술의 발달에 따라 컴퓨터 네트워크를 이용하여 지리적인 공간을 초월한 자조집단도 많다. 본 연구에서는 전자의 자조집단만을 포함시켰다.

가족보호자들이 노인보호과정에서 받는 여러가지 스트레스 중 중요한 것은 다른 가족원들의 무관심이나 비협조이다. 따라서 필요한 경우 기관의 전문가는 가족모임을 주관하여 주보호자가 안고 있는 간호부담을 분배해 주거나 주보호자의 심리적 부담을 알려줄 수 있다. 가족간의 갈등도 이 모임의 중요한 주제가 될 수 있다.

전문가는 자조집단 참여자들의 자발적인 참여동기를 강화하기 위해 적절한 홍보를 해야 한다. 그리고 그들의 욕구를 정확하게 사정하여 매 모임마다 필요한 주제를 제시하고, 최신정보도 제공해야 한다.

또한 가족모임인 경우 참여 가능한 가족들을 모두 참여케 하여 그들 집단이 가진 문제를 해결하도록 유도해야 한다. 그러므로 조직이나 시설에서 간접적인 서비스를 주관하는 전문가의 역할은 이 서비스의 운영에서 중요한 변수가 될 수 있다.

## 5. 연구방법

본 연구의 대상은 미국 오클라호마주의 수도인 오클라호마 시티 광역지역에 있는 대학, 병원, 사회복지기관, 노인장기보호시설, 정부조직들 중 노인을 위해 일하는 조직/시설들이었다. 조사의 내용은 그들이 지난 3년간 요보호노인 가족보호자들에게 어떤 프로그램/서비스를 제공하고 있는

가에 관한 것이었다.

대학에는 의과대학 부설 연구소, 간호대학 및 부설 사례관리센터, 사회복지학과, 대학부설 노인 연구소, 대학부설 평생교육원 및 Elder Hostel등이 포함되었다. 병원에는 사회사업과, 재활과, 간호과(Case Management Service포함)가 포함되었으며, 사회복지기관에는 노인을 위해 직접 또는 간접적으로 일하는 모든 기관들이 포함되었다. 노인장기보호시설에는 요양원, 호스피스, Home Health Care 등이 포함되었고, 정부기관에는 노인관련 부서들이 포함되었다.

1999년 7월 우편설문조사가 실시되었고(반송봉투 포함), 두 번의 전화확인을 실시했다. 주관식 문항들은 자료수집 후에 연구자가 범주화했다. 설문지에 의한 자료에 더해 필요한 자료들은 대상 집단 중 다시 임의선택된 대상들에 대한 전화인터뷰로 확보했다.

상기한 조건에 해당하는 299조직/시설에 대해 설문지가 제공되었고, 93케이스가 회수되었다. 그 중 프로그램/서비스가 있는 곳은 74케이스로서 프로그램/서비스를 갖고 있는 조직/시설의 응답률이 훨씬 높았다.

자료는 SPSS-Win 9.0으로 처리되었으며, 일부 문항들에 대해 Pearson Chi-Square 검증을 실시했다. 본 연구의 대상이 된 다섯 범주의 조직/시설들의 수에 뚜렷한 차이가 있었기 때문에 유의도 검증에는 다소 제한점이 있었다.

## 6. 연구 결과

### 1) 응답자의 특성

응답자들이 속한 조직/시설을 보면 대학 6, 병원 9, 사회복지기관 25, 노인장기보호시설 49, 정부조직 4로서 노인장기보호시설이 전체 응답자의 52.7%를 차지했다. 이것은 지역사회 내에 있는 노인을 위한 조직/시설 중 장기보호시설의 수가 가장 많은 것이 반영된 것이다.

응답자들의 전문영역을 보면 행정가가 가장 많았고, 다음으로 사회사업가, 간호사였다. 학위 취득의 정도를 보면 응답자의 15.9%만이 고졸 이하, 또는 associates or certificates였고, 석사학위 이상(의사포함)이 반수 정도였다. 노인관련 분야에서 일한 경력을 보면 10년 이하가 47.1%, 11년~20년이 35.6%, 21년 이상이 17.2%였다<표 1>.

&lt;표-1&gt; 응답자의 특성

조직/시설의 수	N=93	%
대학	6	6.5
병원	9	9.7
사회복지기관	25	26.9
장기보호시설	49	52.7
정부	4	4.3
전문영역	N=91	%
교수	1	1.1
의사	2	2.2
간호사	15	16.5
사회복지사	18	19.8
교육가	6	6.6
행정가	34	37.4
다른 전문가	15	16.5
학위취득정도	N=88	%
고졸 이하	2	2.3
Associates or Certificates	12	13.6
학사학위	34	38.6
석사학위	34	38.6
박사학위	4	4.5
의사(M.D.)	2	2.3
노인영역에서 일한 기간	N=87	%
10년이하	41	47.1
11-20년	31	35.6
21년이상	15	17.2

## 2) 제공하고 있는 프로그램/서비스

프로그램이나 서비스를 제공하는 74 조직 또는 시설의 현황은 <표-2>와 같다. 대학을 제외한 모든 조직/시설들 중 대부분이 가족보호자들을 위한 프로그램이나 서비스를 갖고 있었다. 타입별로 보면 대학은 6곳 중 프로그램/서비스가 없는 곳이 4 곳이었다. 병원은 프로그램이 없는 곳이 없어서 최소한 한가지 이상의 프로그램이나 서비스를 갖고 있었다. 사회복지기관은 25곳 중 19, 장기보호시설은 49곳 중 41, 정부조직은 4곳 중 3이 프로그램이나 서비스를 갖고 있었다.

<표 2> 조직/시설 타입별 프로그램/서비스 카테고리

변 수	조직/시설의 타입					계
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
프로그램/서비스 카테고리						
없음	4(66.7)	0	6(24.0)	8(16.3)	1(25.0)	19(20.4)
교육/훈련프로그램만	0	2(22.2)	2(8.0)	13(26.5)	1(25.0)	18(19.4)
직접서비스만	1(16.7)	1(11.1)	2(8.0)	7(14.3)	0	11(11.8)
간접서비스만	0	0	3(12.0)	0	0	3(3.2)
교육/훈련프로그램 & 직접서비스	1(16.7)	2(22.2)	4(16.0)	9(18.4)	1(25.0)	17(18.3)
교육/훈련프로그램&간접 서비스	0	0	4(16.0)	3(6.1)	0	7(7.5)
직접서비스&간접서비스	0	1(11.1)	0	2(4.1)	0	3(3.2)
세가지모두	0	3(33.3)	4(16.0)	7(14.3)	1(25.0)	15(16.1)
계	6(100.0)	9(100.0)	25(100.0)	49(100.0)	4(100.0)	93(100.0)

프로그램/서비스 카테고리별로 보면 다른 서비스의 제공여부와는 상관없이 교육/훈련프로그램을 제공하는 곳은 57, 직접서비스를 갖고 있는 곳은 45, 간접서비스를 갖고 있는 곳은 28로서 조직/시설들이 가장 많이 제공하는 것은 교육/훈련프로그램이었다.

그들이 제공하는 프로그램이나 서비스가 가족보호자들에게 얼마나 도움이 되는가에 대한 의견을 보면 다소 도움이 된다 10.5%, 도움이 된다 43.9%, 매우 도움이 된다 42.1%, 무응답 3.5%로 대부분의 응답자들이 프로그램/서비스 제공에 대해 긍정적이었다.

(1) 교육/훈련프로그램

① 프로그램의 내용

조직/시설에서 교육/훈련프로그램을 주제별로 세분화 해 보면 <표 3>과 같다.

<표 3> 교육/훈련프로그램의 주제별 세분화

가족보호자 관련주제	N=32	%
극복기술	17	53.1
정서적인 이슈들	10	31.3
가족보호자의 권리	4	12.5
가족구조 관련이슈들	1	3.1
노인관련주제	N=85	%
노화과정과 죽음	12	14.1
의료관련이슈들	25	29.4
지역사회자원들	21	24.7
재가노인보호	23	27.1
시설노인보호	4	4.7
훈련관련주제	N=16	%
투약과 통증관리	10	62.5
안 전	2	12.5
위 생	4	25.0

세분화된 주제 중에는 요보호노인 관련주제가 가장 많았고, 다음으로 가족보호자 관련주제였다. 그러나 간호를 위한 훈련관련 주제는 많지 않았다. 즉 교육/훈련프로그램은 가족간호자보다는 노인에게 더 초점이 맞춰져 있었고, 그들의 간호에 따른 실질적인 부담에 대해서는 관심이 적었다.

노인 관련주제 중에는 의료관련 이슈들, 재가노인보호, 지역사회자원들이 주로 다뤄졌다. 가족보호자 관련주제 중에는 극복기술이 가장 많이 다뤄졌고, 다음은 정서적인 이슈였다. 훈련 관련주제 중에는 투약과 통증관리가 가장 많이 다뤄졌다.

<표 4>에서 세분화된 주제들을 조직/시설별로 보면 공통적으로 노인 관련주제를 가장 많이 다루고 있었다. 한편 대학, 병원, 정부조직은 대부분 이 주제만을 다루고 있는 반면, 사회복지기관과 장기보호시설들은 나머지 두 주제들도 고루 다루고 있었다. 특히 사회복지기관에서 가장 많이 다루는 주제들은 의료 관련이슈들, 극복기술, 지역사회자원들이었고, 장기보호시설에서 가장 많이 다루는 주제는 재가노인보호를 포함하여 사회복지기관과 동일한 주제들을 갖고 있었다.

이 결과를 통해 병원이나 장기보호시설처럼 직접적, 전문적으로 노인을 치료 또는 간호하는 시설들은 구체적인 노인간호와 관련된 내용을 더 많이 제공하는 경향이었다. 반면 그렇지 않은 조직들은 상대적으로 간호를 둘러싼 일반적인 내용을 제공하는 경향임을 알 수 있었다.

<표 4> 조직/시설타입별 프로그램의 내용

변 수	조직/시설의 타입					계
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
극복기술	0(0.0)	0(0.0)	9(18.4)	7(16.0)	1(8.3)	17(12.8)
정서적 이슈들	0(0.0)	0(0.0)	3(6.1)	6(10.5)	1(8.3)	10(7.5)
가족보호자권리	0(0.0)	0(0.0)	2(4.1)	2(3.5)	0(0.0)	4(3.0)
가족구조관련이슈들	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.8)	0(0.0)	1(0.8)
노화과정과 죽음	0(0.0)	2(15.4)	4(8.2)	4(7.0)	2(16.7)	12(9.0)
의료관련이슈들	1(50.0)	3(23.1)	11(22.4)	8(14.0)	2(16.7)	25(18.8)
지역사회자원들	0(0.0)	3(23.1)	8(16.3)	7(16.0)	3(25.0)	21(15.8)
재가노인보호	1(50.0)	2(15.4)	6(12.2)	12(21.1)	2(16.7)	23(17.3)
시설노인보호	0(0.0)	0(0.0)	2(4.1)	2(3.5)	0(0.0)	4(3.0)
투약과 통증관리	0(0.0)	1(7.7)	4(8.2)	4(7.0)	1(8.3)	10(7.5)
안전	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)	1(1.8)	0(0.0)	2(1.5)
위생	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)	3(5.3)	0(0.0)	4(3.0)
계	2(100.0)	13(100.0)	49(100.0)	57(100.0)	12(100.0)	133(100.0)

② 프로그램의 구조

프로그램의 구조를 분석하여 조직/시설별 프로그램의 특성을 보았다.

<표 5>에서 보면 교육/훈련프로그램을 제공하는 57케이스 중 프로그램의 스케줄이 있는 경우가 31(54.4%), 없는 경우가 26(45.6%)로서 프로그램의 스케줄이 있는 경우가 조금 더 많았다. 스케줄이 있는 프로그램의 연간 실시횟수는 연 1회가 4(12.9%), 2-11회가 7(22.6%), 12회가 13(41.9%), 24회 이상이 7(22.6%)로서 연12회 이상이 과반수를 차지했다. 프로그램의 스케줄이 없는 경우의 연간 실시횟수를 보면 대부분이 필요에 따라 프로그램을 실시하고 있어서 구체적인 횟수를 제시하지 못했다.

<표 5>에서 프로그램의 스케줄과 클라이언트 수준과의 관계를 보면 스케줄이 있는(공식적인) 프로그램들은 집단을 대상으로 하고 있고, 스케줄이 없는(비공식적인) 프로그램들은 개인을 대상으로 하고 있었다(P=.000). 집단대상의 프로그램은 다수의 가족보호자들을 대상으로 할 수 있다는 이점이 있고, 개인대상의 프로그램은 가족보호자의 개별적인 욕구를 만날 수 있는 이점이 있다. 따라서 가족보호자들을 양자의 프로그램에 모두 참여케 하는 것이 바람직할 것이다.

<표 5> 클라이언트 수준별 프로그램의 스케줄 유무

변수	클라이언트 수준			계
	개인만	개인/집단	집단만	
프로그램스케줄 유무				
유	3(15.8)	9(69.2)	19(76.0)	31(54.4)
무	16(84.2)	4(30.8)	6(24.0)	26(45.6)
계	19(100.0)	13(100.0)	25(100.0)	57(100.0)

<표 6>에서 조직/시설 타입별 프로그램의 스케줄 유무를 보면 스케줄이 있는 비율이 가장 높은 집단은 사회복지기관이고, 다음은 정부조직이었다. 장기보호시설의 받은 스케줄을 갖고 있었고, 병원은 스케줄이 없는 경우가 훨씬 더 많았다. 교육/훈련프로그램을 갖고 있는 한 곳의 대학은 스케줄을 갖고 있지 않았다.

<표 6> 조직/시설타입별 프로그램의 스케줄 유무

변수	조직/시설의 타입					계
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
유	0(0.0)	2(28.6)	11(78.6)	16(50.0)	2(66.6)	31(54.4)
무	1(100.0)	5(71.4)	3(21.4)	16(50.0)	1(33.3)	26(45.6)
계	1(100.0)	7(100.0)	14(100.0)	32(100.0)	3(100.0)	57(100.0)

<표 7>에서 조직/시설 타입별 클라이언트의 수준을 보면 노인을 직접 간호하지 않는 조직들은 집단대상의 프로그램을 많이 제공하는 반면, 노인을 직접 치료 또는 간호하는 시설들은 개인대상

<표 7> 조직/시설 타입별 클라이언트 수준

변수	조직/시설타입				
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부
개인	0(0.0)	4(57.1)	2(14.3)	12(37.5)	1(33.3)
집단	1(100.0)	2(28.6)	9(64.3)	12(37.5)	1(33.3)
둘다	0(0.0)	1(14.3)	3(21.4)	8(25.0)	1(33.3)
계	1(100.0)	7(100.0)	14(100.0)	32(100.0)	3(100.0)

의 프로그램을 많이 제공하는 경향이었다.

프로그램의 스케줄 유무와 session 횟수의 관계를 보면 스케줄이 있는 경우에 session 횟수가 다소 더 많은 편이었다. 프로그램의 session이 많으면 프로그램의 내용이 더 다양할 수 있을 것이다.

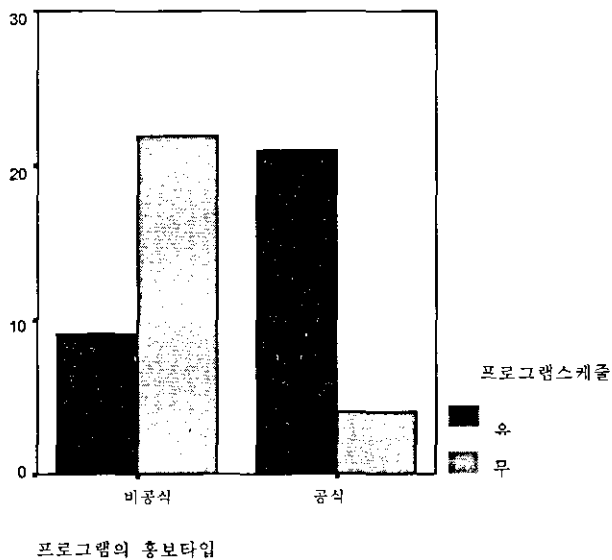
프로그램의 클라이언트 수준과 한 session당 시간간의 관계를 보면 집단 대상의 프로그램을 가진 조직이나 시설의 한 session당 시간이 다소 길었다.

### ③ 프로그램의 홍보

프로그램의 지역사회 홍보는 가족보호자들에 대한 접근전략으로서 매우 중요하다. 홍보의 형태를 공식적인 홍보와 비공식적인 홍보로 나누었는데, 대상 조직/시설들은 비공식적인 홍보를 공식적인 홍보보다 조금 더 많이 활용하고 있었다.

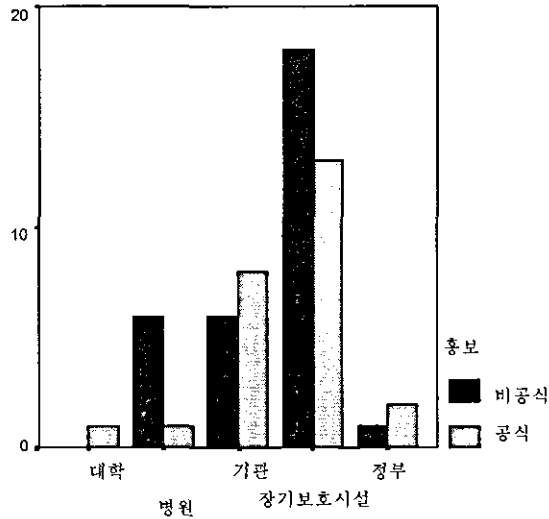
<그림-1>에서 프로그램의 스케줄 유무와 홍보와의 관계를 보면 스케줄이 있는 경우에 공식적인 홍보를 더 많이 활용하는 반면, 스케줄이 없는 경우에는 비공식적인 홍보를 활용하고 있어서 (P=.000) 공식적인 프로그램을 가진 조직이나 시설일수록 공식적인 홍보를 더 많이 활용하였다.

<그림 1> 프로그램 스케줄 유무별 홍보타입





<그림 2> 조직/시설 타입별 홍보형태



<그림 2>에서 조직/시설 타입별 홍보형태를 보면 병원, 장기보호시설처럼 개인적인 차원에서 프로그램을 많이 제공하는 곳에서는 비공식적인 홍보를 더 많이 활용하고 있었다. 반면 집단 대상의 프로그램을 더 많이 제공하는 사회복지기관, 대학, 정부조직들은 공식적인 홍보를 더 많이 활용하고 있었다. 이처럼 조직과 시설의 특성에 따라 홍보방법이 달라질 수가 있는데, 어떤 홍보방법이 더 유리한지에 대해서는 판단할 필요가 없다. 실제로 본 연구에서 홍보의 방법과 참가자수와의 관계를 보면 두 변수간에는 아무런 상관관계가 없었다.

④ 프로그램의 평가

프로그램에 대한 사후 평가는 프로그램제공자에게 피드백을 해줌으로써 다음의 프로그램 준비에 도움을 줄 수 있다.

대상 조직/시설 중에는 프로그램에 대한 사후평가를 하는 곳이 하지 않는 곳에 비해 조금 적었다. 평가의 방법으로는 대부분 공식적인 평가를 실시했다(<표 8> 참조).

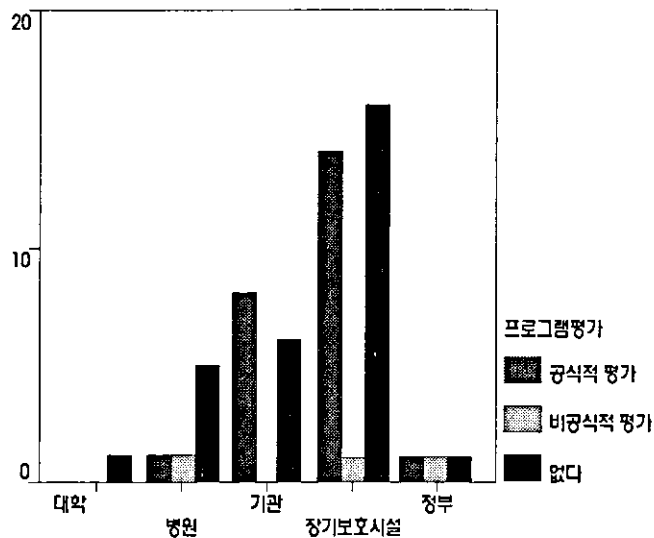
<표 8> 프로그램 스케줄별 프로그램의 사후평가

변 수	프로그램 스케줄 유무		계
	유	무	
프로그램평가			
공식적인 평가	16(53.3)	8(30.8)	24(42.9)
비공식적인 평가	2(6.7)	1(3.8)	3(5.3)
평가하지 않음	12(40.0)	17(65.4)	29(51.8)
계	30(100.0)	26(100.0)	56(100.0)

<표 8>에서 평가여부와 프로그램의 스케줄 유무의 상관관계를 보면 프로그램의 스케줄이 있는 조직이나 시설의 60.0%가 평가를 한 반면, 스케줄이 없는 조직이나 시설은 34.6%만이 평가를 하여 프로그램이 구조화되어 있는 곳일수록 평가를 하는 편이었다.

<그림 3>에서 평가여부를 조직/시설 타입별로 보면 정부조직과 사회복지 기관이 평가한 비율이 가장 높았고, 다음은 장기보호시설이었다. 대학은 평가를 실시하지 않았고, 병원은 평가한 비율이 낮은 편이었다.

<그림 3>조직/시설 타입별 사후평가



가족보호자들에 대한 프로그램 비용부담 여부를 보면 3곳만이(사회복지기관으로서의 outpatient rehabilitation/education center(\$10), 정부의 노인복지과(\$20), 병원(\$25)) 클라이언트에게 비용부담을 시키고 있었다. 세곳의 응답자들은 모두 비용부담이 클라이언트의 프로그램 참여에 방해가 되지 않는다고 했다. 반면 나머지 모든 조직/시설들은 클라이언트들에게 비용부담을 시키지 않았고, 비용부담은 참여를 방해할 것이라고 응답했다.

(2) 직접서비스

<표 9> 조직/시설 타입별로 본 직접서비스의 내용

변수	조직/시설의 타입					계
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
구체적인 서비스지원						
유	0(0.0)	2(28.6)	9(81.8)	11(45.8)	1(50.0)	23(50.0)
무	2(100.0)	5(71.4)	2(18.2)	13(54.2)	1(50.0)	23(50.0)
정서적 지지						
유	0(0.0)	4(57.1)	3(27.3)	9(37.5)	1(50.0)	17(37.0)
무	2(100.0)	3(42.9)	8(72.7)	15(62.5)	1(50.0)	29(63.0)
자원안내/의뢰						
유	2(100.0)	7(100.0)	5(45.5)	16(66.7)	1(50.0)	31(67.4)
무	0(0.0)	0(0.0)	6(54.6)	8(33.3)	1(50.0)	15(32.6)
경제적 지원						
유	0(0.0)	1(14.3)	2(18.2)	3(12.5)	1(50.0)	7(15.2)
무	2(100.0)	6(85.7)	9(81.8)	21(87.5)	1(50.0)	39(84.8)

<표 9>에서 보면 직접서비스 중 가장 많이 제공하고 있는 서비스는 자원안내/의뢰였고, 다음은 실제적인 서비스였다. 실제적인 서비스 중에는 요보호노인에게 서비스를 줌으로써 가족보호자의 부담을 덜어주는 것이 대부분이었다. 자원안내/의뢰는 다른 조직 또는 시설과의 연계를 가능하게 해주므로 이 서비스를 제공해 주는 조직/시설이 많음은 바람직하다. 특히 오클라호마주는 대부분의 시골주(rural state)와 마찬가지로 자원의 양이 부족하며, 자원에 대한 접근성도 떨어진다. ((Krout, J.,1986; Lassey, W. R.& Lassey, M. L.,1984; Coward, R. T. & Lee, G. R.(Eds.) 1985; Smith, Amanda, 1991, Mercier, J. and Powers, E., 1984) 그러므로 자원/의뢰서비스는 가족보호자

들의 프로그램/서비스에 대한 활용도를 높여줄 수 있는 중요한 서비스가 된다.

조직/시설 타입별로 보면 대상 대학들이 제공하는 서비스는 유일하게 안내/의뢰서비스였고, 모든 병원은 자원안내/의뢰서비스를 제공하고 있었다. 한편 사회복지기관과 장기보호시설, 그리고 정부조직은 반수 정도만이 안내/의뢰서비스를 제공하고 있어서 지역사회 자원과의 연계에서 다소 소극적인 편이었다.

실제적인 서비스를 보면 사회복지기관의 81.8%가 가족보호자들에게 이 서비스를 제공하고 있어서 다른 조직이나 시설에 비해 제공율이 높았다. 장기보호시설과 정부기관도 이 서비스의 제공율이 높은 편이었다.

정서적인 지지를 보면 병원, 장기보호시설, 사회복지기관의 순으로 가족보호자들에게 이 서비스를 제공하고 있었다.

경제적인 지원은 가족보호자들에게 매우 중요한 서비스이다. 그러나 이 서비스를 제공하는 조직/시설 수는 그다지 많지 않았다.

전체적으로 볼 때 조직/시설들이 제공하는 직접서비스의 대부분은 병약한 노인을 위한 것이며, 가족보호자를 주된 대상으로 하는 것은 그다지 많지 않았다. 또한 교육/훈련프로그램과 비교할 때 직접서비스의 제공율은 낮은 편이었다.

<표 10> 조직/시설 타입별 직접서비스의 의사결정의 책임

변 수	조직/시설의 타입					계
	대학	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
의사결정의 책임						
Macro Practitioner	2(100.0)	3(42.9)	7(70.0)	19(82.6)	1(50.0)	32(72.7)
Micro Practitioner	0(0.0)	2(28.6)	1(10.0)	2(8.7)	1(50.0)	6(13.7)
함께 논의 후 결정	0(0.0)	2(28.6)	2(20.0)	2(8.7)	0(0.0)	6(13.6)
계	2(100.0)	7(100.0)	10(100.0)	23(100.0)	2(100.0)	44(100.0)

직접서비스에서 의사결정의 책임자가 누구인가를 <표 10>에서 알아보았다. 응답을 macro practitioner와 micro practitioner의 구분에 따라 다시 세분화했다(1명의 mezzo practitioner는 macro practitioner에 포함시켰다). 조직/시설 타입별 의사결정자를 보면 병원과 정부를 제외한 다른 타입에서는 macro practitioner들이 의사결정의 권한이 더 많은 편이었다. 이것은 대부분의 조직/시설은 클라이언트의 욕구보다는 이미 규정화된 여러 지침(regulation)에 따라 서비스를 제공

해야 하기 때문에 이 규정을 관리하는 macro practitioner들의 영향력이 크다고 하겠다. 반면 서비스의 형태를 결정하는 데에는 micro practitioner들의 역할은 많지 않았다. 그러나 병원의 경우는 micro practitioner들도 의사결정에 직접적인 역할을 하는 편이었다.

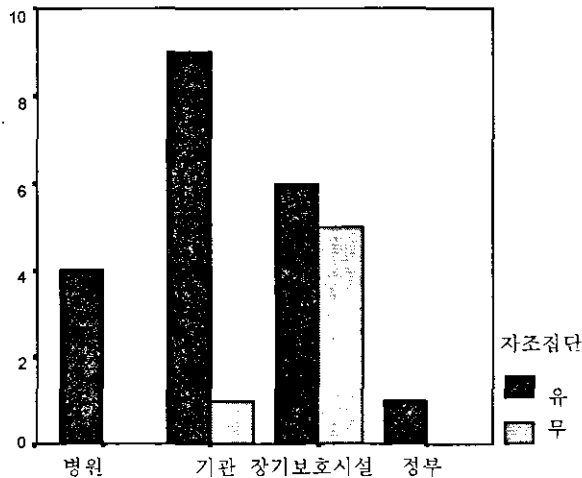
직접서비스를 제공하는 45곳 중 서비스 비용을 가족보호자에게 부담시키는 곳은 7곳이었다. 이들 중 3곳은 비용부담이 가족보호자들의 참여를 방해한다고 응답했고, 4곳은 그렇지 않다고 했다. 그러나 뒤에 기술될 가족보호자의 노인보호의 제한점 중에는 경제적 및 지역사회 자원의 부족이 주요한 장애요인으로 지적되고 있어서 비용부담은 노인이나 가족보호자의 서비스에의 접근성을 방해할 가능성이 크다.

### 3. 간접서비스

간접서비스로는 자조집단과 가족모임이 제공되었다.<그림 4-1>, <그림 4-2>

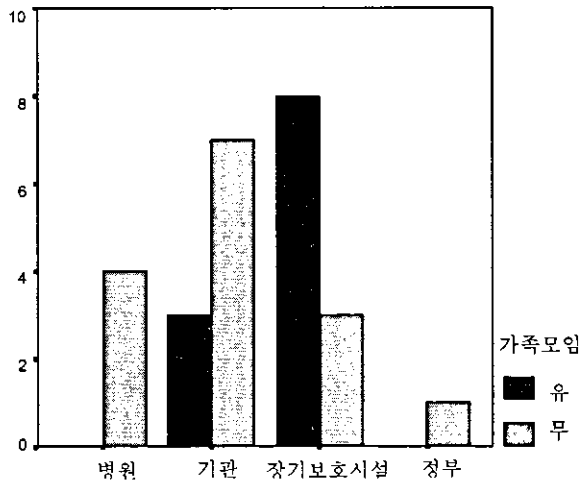
대학을 제외한 네 타입의 조직/시설이(26) 간접서비스를 갖고 있었다. 구체적으로 보면 자조집단의 경우는 26곳 중 76.9%인 20곳에서 이 서비스를 갖고 있었다. 가족모임의 경우는 42.3%인 11

<그림 4-1> 조직/시설 타입별 간접서비스



곳에서 모임을 갖고 있어서 자조집단이 가족모임보다 다소 더 활발했다. 자조집단은 병원, 사회복지기관 및 정부조직에서 더 우세했고, 가족모임은 장기보호시설에서 더 우세했다. 자조집단은 대부분 월 1회 모임을 갖고 있었고, 가족모임은 필요에 따라 제공되는 편이었다.

<그림 42> 조직/시설 타입별 간접서비스



<표-11>조직/시설 타입별 간접서비스의 의사결정 책임

변수	조직/시설의 타입				계
	병원	사회복지기관	장기보호시설	정부	
의사결정의 책임					
Macro Practitioner	1(25.0)	7(70.0)	10(90.9)	0(0.0)	18(69.2)
Micro Practitioner	3(75.0)	3(30.0)		0(0.0)	6(23.1)
함께 논의 후 결정	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)	1(100.0)	2(7.7)
계	4(100.0)	10(100.0)	11(100.0)	1(100.0)	26(100.0)

간접서비스는 그 성격 상 서비스 제공을 위한 규정이 직접서비스만큼 엄격하지 않다. 그러나 <표 11>에서 보면 간접서비스에 대한 의사결정의 권한도 직접서비스와 마찬가지로 병원을 제외

하고는 macro practitioner에게 많이 집중되어 있었다. 이것은 비록 간접서비스의 성격은 직접서비스와 다르지만 전반적인 의사결정의 권한을 관리직에서 갖고 있음을 시사하는 것이라고 분석하였다. 한편 병원의 경우는 의사결정에서 micro practitioner들의 역할이 더 많았다.

간접서비스에 대해 가족보호자들에게 비용을 부담시키는 곳은 한곳의 사회복지기관 뿐이었다.

### 3) 재가노인보호의 한계와 프로그램/서비스의 제안

<표 12> 재가노인보호의 한계와 프로그램/서비스의 제안

한 계	N=141	%
지식/기술의 부족	19	13.5
정서적인 한계	16	11.3
신체적 문제 & 제한	22	15.6
경제적 및 지역사회 자원부족	47	33.3
시간적인 구속	37	26.2
제안	N=62	%
교육/훈련프로그램	11	17.7
실제적인 서비스 지원	43	69.4
자원안내/의뢰	1	1.6
경제적 지원	5	8.0
노인을 위한 직접/간접적 지원	2	3.2

#### (1) 재가노인보호의 한계

응답자들이 한계로 제시한 복수의 응답들을 간호지식이나 기술의 부족, 정서적인 장애, 경제적 및 지역사회자원의 부족, 시간적인 구속으로 범주화하였다(<표 12>). 응답자들은 그 중 경제적 및 지역사회자원의 부족을 가장 큰 한계로서 지적했고, 다음으로 시간적인 구속, 신체적인 문제와 제한, 간호에 관한 지식/기술의 부족 등의 순으로 지적하였다.

#### (2) 제안

응답자들이 가족보호자에게 필요한 프로그램/서비스로 제안했던 주관식문항에 대한 응답을 교육/훈련프로그램, 실제적인 서비스지원, 자원안내/의뢰, 경제적인 지원, 노인을 위한 직접/간접적 지원으로 범주화했다(<표 12>).

응답자들이 가장 많이 제안한 것은 실제적인 서비스였고, 그 다음은 간호에 필요한 교육프로그

램, 경제적인 지원 등이었다. 실제적인 서비스 속에는 양질의 서비스, 신뢰할 수 있는 간호자에 의한 서비스와 무료의 또는 경제적인 여건을 고려한 서비스, 가족보호자의 부담을 덜어주는 서비스들이 포함되었다. 이 응답은 가족간호의 한계에서 제시한 경제적 부담과 간호자의 신체적, 시간적인 부담을 모두 고려하고 있다. 또한 응답자들은 가족간호자들이 지역사회 자원에 대한 정보부족으로 인해 그들의 개별적인 욕구에 맞는, 신뢰할 수 있는 서비스를 찾기가 쉽지 않다는 점을 지적한 것이다. 무료 또는 경제적인 여건을 고려한 서비스란 공공서비스에 대한 자격요건의 제한성을 지적한 것인데, Medicare와 Medicaid에서 적용되는 장기보호서비스의 범위가 장기보호 대상노인들의 욕구를 충족시키지 못함을 반영한 것이다. 이것은 결과적으로 노인이나 가족보호자의 개인적인 지출을 요구하게 되므로 간호관련서비스를 실비 또는 무료로 제공해 주어 경제적인 부담을 줄이자는 것이다.

한계와 제안에 대한 태도는 응답자들의 전문영역별로 차이가 없었다.

## 7. 논 의

첫째, 선택된 다섯 타입의 조직/시설이 가족보호자들을 위해 제공하고 있는 프로그램이나 서비스를 보면 모든 조직/시설은 기본적으로 독자적인 프로그램이나 서비스를 갖고 있었다. 전화인터뷰에 의하면 일부 프로그램이나 서비스에 한해 다른 조직이나 시설과 연계되어 있었다. 본 연구의 대상이 된 집단간의 연계를 보면 주로 핵심적인 자원(vital resources)을 갖고 있는 정부조직과 연계되어 있었고, 다른 조직이나 시설과 연계되기도 했다. 본 대상집단 이외의 다른 민간자원들과의 연계는 언급하지 않기로 한다. 연계의 기간은 한시적이거나 지속적이었다. 따라서 이들 대상 집단 간에는 가족보호자들을 위한 공통된 연결망은 없었고, 일부 조직/시설끼리 일시적 또는 지속적인 연결망을 갖고 있었다.

주 정부의 DHS 노인복지과의 사회사업가, 일부 민간 조직/시설의 행정관리자와 사회사업가들과의 인터뷰에 의하면, 그들은 오클라호마주는 다른 주에 비해 주 정부의 재정력이 취약하여 노인들을 위한 지역사회의 자원이 부족한 실정이라고 평가했다. 따라서 캘리포니아주의 CRCs처럼 주 전체를 연결하는 새로운 지지체계를 수립하기는 어려울 것이다.

따라서 대안으로 제시할 수 있는 것은 기존의 지역사회 조직/시설들을 활용하여 가족보호자들을 위한 지지체계를 수립하는 것이다. 예를 들면 주 전체적으로 가장 보편적인 연결망을 갖고 있



는 AAA(Area Agencies on Aging)를 활용하여 가족보호자들을 위한 지지체계를 구축할 수 있을 것이다.

둘째, 교육/훈련프로그램의 주제를 보면 가족보호자 자신을 위한 것보다는 요보호노인을 대상으로 하는 것이 더 우세했다. 따라서 가족보호자들을 위한 관심의 증가와 그들을 위한 프로그램의 개발이 요구되고 있다. 이를 위해서는 사회복지 현장에서 노인관련 전문가의 확충이 선행되어야 할 것이다.

고무적인 일은 1999년 오클라호마 주립대학교(OU)의 사회사업대학이 Hartford 재단으로부터 4년간의 지원을 받은 것이다. 그 프로젝트의 목표는 지역사회 노인복지 기관/시설에서 노인복지 전문가를 더 많이 양성하고, 대학원생들을 위한 실습프로그램의 질을 높이는 것이다. 대학은 이 목표를 달성하기 위해 사회복지 현장과의 상호유기적인 관계의 강화에 주력하고, 또한 프로그램의 개발에 협조하고 있음을 볼 수 있다.

또 다른 예로는 역시 1999년 OU의 의대 노인병학과에서 한 재단으로부터 4년간의 지원을 받은 것이다. 이 프로젝트는 의사들 중심의 노인전문가의 양산을 도모하는 것이다. 노인병학과에서는 병원 전체 수련의들에게 노인관련지식과 경험을 확대시킨다는 목표 하에 모든 진료과의 수련의들이 1년에 한달씩 노인병학과를 거쳐가도록 하는 프로그램을 실시하고 있다.

이런 사례들은 결과적으로 노인전문가를 양산시킬 것이며, 그들이 요보호노인의 특성과 욕구를 더 많이 이해하게 되면 결과적으로 노인을 돌보는 가족보호자들의 욕구도 같은 수준에서 바라볼 수 있을 것이라 기대한다.

셋째, 프로그램/서비스의 제안에서 확인한 바에 따르면 노인전문가들은 오클라호마주에서 노인과 가족보호자들을 위해 가장 우선적으로 필요한 것은 직접서비스라고 했다. 직접서비스의 확충을 위해서는 공공재원과 민간재원을 더 많이 확보하는 방안이 논의되어야 한다. 공공재원의 경우 연방정부의 재원이 통합방식으로 할당됨으로 인해 주 차원에서는 노인과 비노인집단 간에 자원분배에 따른 세대간의 불균형이 이미 제기되고 있다. 따라서 통합재원 중 노인집단을 위해 재원이 더 많이 배분될 수 있는 방안이 고려되어야 한다.

한편 자원이 제한되어 있는 시골주에서는 공공재원의 취약함 못지 않게 민간재원의 확보도 어려운 과제가 틀림없다. 상기의 노력에 의해 노인복지전문가들이 양산되면, 민간재원을 더 많이 확보하여 부족한 공공재원을 보완할 수 있는 전략을 개발하기가 보다 용이할 것이다.

넷째, 간접서비스는 교육/훈련프로그램과 직접서비스 못지 않게 가족보호자들에게 중요한 서비스이며, 전자에 비해 재정적인 요인의 영향을 적게 받는 편이라 할 수 있다.

시골지역은 도시지역에 비해 병약한 노인을 간호할 수 있는 비공식적인 자원도 상대적으로 부

족한 실정이다. 그럼에도 불구하고 시골지역에서는 강력한 비공식적인 지원이 공식적인 서비스의 부족을 보상해 줄 수가 있다.(Amanda Smith Barusch, Elder Care, Family Training and Support, Sage, 1991, p.36) 따라서 조직/시설에서 자조집단과 가족모임을 확대하여 가족보호자의 역할을 격려하고 강화함으로써 그들이 지역사회 노인보호에서 중추적인 역할을 지속적으로 담당할 수 있도록 해주어야 하겠다. 특히 자조모임의 경우 대상이 된 조직/시설에서만 이 서비스를 제공해야 하는 것은 아니다. 지역사회에서 이미 강력한 연결망을 확보하고 있는 교회단체를 자조모임을 위한 연결망에 포함시키는 것도 한가지 방안이 될 것이다.

## 참 고 문 헌

- Biegel, D. E., et al., Building Support Networks for the Elderly, SAGE, Beverly Hills, 1984.
- Biegel, D. E., The Application of Network Theory and Research to the Field of Aging, Social Support Networks and the Care of the Elderly, Springer Series on Adulthood and Aging, 1985, pp.251-273.
- Biegel, D. E., et al., The Outcomes of Interventions for Caregivers, Family Caregiving in Chronic Illness, Family Caregiver Applications Series, Vol. 1, 1994, pp.214-248.
- Biegel, D. E., et al, Strengthening Social Networks: Intervention strategies for mental health case managers. Health & Social Work, 19,1994, pp.207-216.
- Briggs, Rick, Caregiving Daughters, Garland Publishing, Inc., New York, 1998.
- Feinberg, L. F., et al., Report on Family Caregiver Support in California's Publicly Funded Programs, Family Caregiver Alliance, 1999.
- Krout, J., The Aged in Rural America, New York, Greenwood Press, 1986.
- Lassey, W. R. and Lassey, M.L. The Physical Health Status of the Rural Elderly, In Coward, R. T. and Lee, G.R.(Eds.), The Elderly in Rural Society, New York, Springer, 1985.
- Mercier, J. and Powers, E., The Family and Friends of Rural Aged as a Natural Support System, Journal of Community Psychology, 12, 1984, pp.334-346.
- Penny A. Ralston, Health Promotion for Rural Black Elderly: A Comprehensive review, Gerontological Social Work.
- Powell, T. J., Self-Help Organizations and Professional Practice, NASW, Silver Spring, Maryland, 1987.
- Smith, Amanda, Elder Care, Family Training and Support, Sage, 1991.