

우리나라 치매노인 가족간호제공에 관한 연구의 현황과 전망

김진선*

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

치매는 뇌신경세포의 손상으로 인한 뇌중후군으로 대개 만성적이고 진행성이며, 지적능력의 저하에 의해 지남력이 떨어져 적절한 대응이 어렵고, 결국은 일상생활을 스스로 할 수 없는 상태로 되어, 누군가의 도움을 필요로 하게 된다. 치매를 가진 대부분의 노인들은 가정에서 돌보아지고 있으며, 가족들은 치매노인들의 주간호제공자이다 (권중돈, 1995; 문혜리, 1998; Pallet, 1990; Stone, Cafferata, & Sangl, 1987; Wright, Clip, & George, 1993).

얼마 전 까지만 해도 치매노인을 돌보는 가족의 부양부담감이나 가족간호제공이 간호제공자의 건강에 미치는 영향에 대한 국내 연구는 많지 않았다. 그러나 최근 몇 년 사이에 우리나라의 여러가지 인구사회학적 변화들이 치매노인의 가족간호제공연구에 대한 필요성을 제시하고 있으며, 앞으로 그 중요성은 더욱 강조될 것이다. 첫째, 우리나라가 고령화 사회로 접어들고 있다는 점이다. 1998년 우리나라의 65세 이상 인구는 3백 5만명으로 전체인구의 6.5%였으며, 2000년 중에 7%, 2022년에는 14.3%에 달할 것으로 전망하고 있다 (통계청, 1998). 사회가 고령화되면서 치매유병률도 증가하고 있어, 1997년 말 현재 65세 이상 노인의 추정 치매유병률은 8.3%이며,

2020년에는 약 62만명으로 9%에 이를 것으로 추정된다 (보건사회연구원, 1997). 둘째, 도시화와 산업화에 따라 핵가족화 되어가고, 여성들의 취업과 사회진출이 증가하고, 개인주의적인 사고의식이 증가하고, 노부모 봉양의식은 현저히 줄어들고 있다. 20년 전만 해도 3세대 동거가구의 비율이 69%이었으나 지금은 32%로 줄었고, 반면 노인 단독세대 비율은 19.8%에서 53%로 증가했다 (통계청, 1998). 셋째, 많은 가족이 가족중심간호제공 (family-centered caregiving)의 바탕을 이루어온 혈연중심의 가족주의 전통, 가치와 현대사회의 변화된 의식 사이에서 갈등을 겪고 있다. 우리는 집안의 노인이 아프진 경우 가정에서 돌보는 것이 사회의 미덕으로 생각하고 있으며, 아직까지 가족구성원이 아닌 사람으로부터 간호를 받는다는 시설에 입소한다는 것 하는 것에 대해 부정적인 시각을 갖고 있다. 현재 65세 이상 미국 노인의 5% 정도가 입소되어 있는 반면에 우리나라는 0.3%가 입소되어 있다 (Choi, S. J., 1996). 넷째, 치매노인과 그 가족에 대한 보건복지 정책이 부족한 실정이다. 우리나라 정부의 노인복지예산은 일반회계의 0.24%에 지나지 않아 가정에서 치매노인을 보호하기 위해 요구되는 정부차원의 간병 및 주간 단기 보호서비스가 미약하고, 가정에서 돌보기 어려운 치매노인을 위한 요양시설도 부족하고, 민간차원의 요양시설은 차츰 증가하고 있지만 서민들이 이용하기에는 비용이 부담스러운 실정이다 (Choi, S. J., 1996).

* 초당대학교 간호학과 전임강사 (jskim@chodang.ac.kr)

외국에서는 1980년대 초부터 치매노인을 위한 가족간호제공연구에 관심을 갖기 시작하여 지난 20여년 동안 연구가 활발히 진행되어 가족간호제공연구에 대한 지식이 체계화되어 가고 있다. 연구결과 간호제공자들이 높은 부양부담감과 신체적, 정신적 건강문제를 호소하는 것으로 보고되어 왔으며 (Pallet, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala & Flessner, 1995; Wright et al., 1993), 최근에는 가족간호제공의 긍정적인 측면에 많은 관심을 갖고 연구를 하고 있다 (Kramer, 1997; Miller & Lawton, 1997; Motenko, 1989; Picot, 1995).

그러나 가족간호제공은 주어진 문화, 사회정치적인 배경에 의존하는 매우 복잡한 현상으로 그 나라의 문화적 전통과 가치, 규범 그리고 사회정치적인 배경들이 직접, 간접적으로 영향을 미치기 때문에 (Choi, H. K. 1993; Connell & Gibson, 1997; Haley et al., 1995; Lee, 1995), 외국의 연구결과는 우리나라의 그것과는 차이가 있으리라 생각된다. 최근 우리나라에서도 가족간호제공 연구에 대한 관심이 증가하고 있지만, 우리나라의 배경 속에서 치매노인들을 위한 가족간호제공이 간호제공자에게 어떤 영향을 미치는지 그리고 어떤 요인들이 그 영향과 관련이 있는지에 대한 연구결과에 대한 분석은 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구자는 우리나라 치매노인을 위한 가족간호제공연구를 고찰하고 비판적으로 분석함으로써, 치매노인을 위한 가족간호제공연구의 현황, 문제점들을 파악하고 이를 바탕으로 치매노인을 위한 가족간호제공 연구의 발전방향을 제시하고자 한다. 이 연구결과의 분석은 우리나라의 실정에 맞는 치매노인 및 가족들을 위한 간호중재 방법이나 보건의료 및 사회복지 서비스 및 프로그램을 개발하기 위한 기초자료가 될 수 있을 것으로 생각된다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 논문선정

지난 15년동안 (1985년 1월부터 1998년 12월까지) 국내 간호학, 노인복지 및 사회복지 관련 분야에서 행해진 치매노인을 위한 가족간호제공연구를 찾아내기 위해, PC 통신을 이용한 대한간호협회 도서관정보검색과 전남대학교 보건연구정보센터에서 개발된 DB Bank를 검색했고, 보건관련 국내 석박사학위 논문의 검색을 위해 CD-ROM 검색을 하였다. 또한 컴퓨터로 검색된 문헌들의 참고문헌목록에서 추가적으로 문헌을 발견하였다. 검색에 사용

된 주요용어는 다음과 같다: 치매, 치매노인, 가족간호제공, 부양부담감, 우울, 스트레스, 가족건강. 총 37편의 연구가 발견되었고, 학위논문이 학술지에 게재된 경우는 한가지만 분석에 포함하였다. 선택적인 검색을 통해 이루어졌으므로 몇 관련 연구들이 제외 되어졌을 수도 있을 것이다. 발견된 논문들 중 본 연구를 위해 사용된 논문의 선택기준은 다음과 같다: 1) 간호수혜자는 치매노인 이다; 2) 가족간호제공자는 치매노인을 위해 적어도 한가지 이상의 일상생활활동에 대한 도움을 제공하는 주 가족간호제공자이다; 3) 가족간호제공의 영향과 연관된 다른 변수들과의 관련성을 조사하기 위한 시도를 했다. 이 선택기준에 맞는 17편의 연구가 분석에 사용되어졌다.

2. 연구논문의 분석기준

국의 선행연구 (Baumgarten, 1989; Schulz et al., 1995) 를 기초로 연구논문의 분석기준을 개발하였다. 방법론적인 고찰을 위해 개념화, 연구대상자, 연구설계, 그리고 자료분석방법 등을 보았고, 연구내용의 심층분석은 다음의 두가지 주요 질문과 관련되어 이루어졌다: 1) 치매노인을 위한 가족간호제공은 간호제공자에게 어떤 영향을 미치는가? 2) 치매노인과 간호제공자의 어떠한 특성들이 간호제공자의 부양부담감 또는 건강문제와 관련이 있는가?

III. 연구 결과

17편의 연구논문분석에 대한 요약은 부록에 논문이 발표된 연도순, 가나다 순으로 제시하였다. 분석된 국내 치매노인을 위한 가족간호제공연구는 모두 1990년도 이후로 발표되었고, 이는 최근 국내 치매노인들을 위한 가족간호제공연구가 중요한 관심사로 대두되고 있음을 반영한다.

1. 방법론적인 특징

분석된 연구 중 양적연구의 92.89%가 치매노인의 가족간호제공의 영향을 부정적으로만 개념화하였으며, 1편만이 (김윤정, 최혜경, 1993) 부정적인 측면과 긍정적인 측면을 동시에 조사하였다. 외국의 선행연구에서와 마찬가지로, 국내연구에 있어서도 부정적인 영향은 부양부담감으로 가장 자주 개념화되었다. 그 이외에도 증속변수로서 우울, 불안 등의 정신적 건강상태와 신체적 건강문

제, 가족갈등 등의 부정적인 개념들을 사용하였다. 조사된 연구의 대부분이 가족간호제공자들의 소집단의 특수성에 대한 고려가 부족했다. 분석에 사용된 모든 연구가 간호제공자로 며느리, 배우자, 아들, 딸, 친척, 손주, 손주며느리 등 다양한 관계의 가족간호제공자를 한 연구에 포함시켰으며, 동거여부도 고려하지 않았다. 재가 치매노인과 입원 또는 시설에 있는 노인도 한 집단으로 분석이 이루어졌다.

또한 양적연구의 100%가 임의표출법을 이용했다. 표본의 수가 기준점 (cutoff point) 이하인 연구가 분석된 연구의 78.57% 였다. 표본수의 기준점은 Cohen (1988)의 검정력 분석에 근거하여 84로 정했는데, 이는 0.05의 1종오차의 위험, 80%의 power를 가지고 중간크기의 상관관계 (0.30의 피어슨 상관계수)를 발견하기 위해 요구되는 표본의 수이다. 단지 21.43%의 연구만이 신뢰성있는 결과를 얻기에 충분한 표본을 사용했다. 대부분의 연구들이 치매노인 가족을 위한 노인종합복지관의 치매노인 가족모임이나 탁아소 등의 치매노인 가족을 위한 프로그램을 이용하는 가족이나, 종합병원 또는 치매병원 등을 이용하고 있거나 이용했던 적이 있는 가족을 대상으로 선택하였다. 또한 주지할만한 점은 분석된 연구 17편중 7편의 연구가 북부노인종합복지관의 치매가족모임을 통해 대상자를 선정하였다. 최혜경과 김윤정 (1997)의 중단연구의 대상으로 김윤정과 최혜경(1993)의 연구대상자 56명중 26명을 이용한 것으로 볼 때, 그리고 7편의 연구가 1992년과 1997년 사이에 이루어진 것으로 볼 때 대상자층 많은 수가 여러번 유사연구에 노출되었을 가능성을 배제할 수가 없을 것 같다.

조사된 연구는 14편이 양적 연구였으며 (82.35%), 3편만이 질적인 연구였다. 또한 1편만이 중단연구였고 (최혜경, 김윤정, 1997), 나머지는 모두 횡단연구였다. 비교집단을 사용한 연구는 단지 3편이었다. 연구결과와 분석에 사용된 통계는 대부분의 연구가 기술통계와 이원분석 (bivariate analysis)을 사용하였으며, 양적연구의 62.29%가 혼란변수를 통제하기 위한 적절한 분석법을 사용하지 않았다.

2. 가족간호제공의 결과

거의 모든 연구에서 가족간호제공이 간호제공자에게 부양부담감, 건강문제 등의 부정적인 영향을 미치는 것으로 설명을 하고 있지만, 부정적인 영향과 긍정적인 영향을 동시에 조사한 김윤정과 최혜경 (1993)의 연구와

질적연구 (김태현, 전길향, 1995; 이경순, 1996)의 결과를 보면 가족간호제공이 간호제공자에게 긍정적인 영향도 끼침을 알 수 있었다.

1) 부정적인 영향

대부분의 연구에 있어서, 치매노인을 돌보는 것은 간호제공자에게 부양부담을 주고, 정신적, 육체적 건강문제를 야기시키는 것으로 조사되어, 주간호제공자의 삶에 부정적인 영향을 끼치는 것으로 설명되었다 (권중돈, 1995; 김태현, 전길향, 1995; 윤가현, 1998; 이경자, 1995; 장인순, 1995). 재가 치매노인 가족간호제공자 54명을 대상으로 실시된 이경자 (1995)의 연구에서는 치매노인을 돌보는 가족원의 부담감의 정도는 25점에서 125점의 가능한 범위에서 평균 91.6점 (범위: 55-115점)으로 보통보다 높은 부담감을 나타냈다. 농촌지역에서 치매노인과 동거하면서 돌보는 주간호제공자 60명을 대상으로 가족의 부양부담을 조사한 장인순 (1995)의 연구에서도 가족부담감 점수는 평균 61.24로 보통이상 수준 (범위 0-116점)으로 나타났다.

치매노인의 주간호제공자들은 건강문제도 호소하였다. 정신적인 문제로 자주 호소하는 것은 우울, 불안, 긴장, 불면, 히스테리, 좌절감 그리고 죄책감이었고 (김태현, 전길향, 1995; 문혜리, 1992, 1998; 유은정, 1995; 윤가현, 1998; 이경순, 1996; 이경자, 1995), 신체적인 문제로 가장 많이 호소하는 것은 만성피로, 두통, 소화불량, 신경통 등 이었다 (문혜리, 1992, 1998; 성인신, 1995; 이경자, 1995). 재가 또는 시설서비스를 이용하는 160명의 치매노인 가족간호제공자를 대상으로 실시한 문혜리 (1998)의 연구 결과를 보면 간호제공자가 한가지 이상의 질병이나 장애를 보유하고 있는 경우가 전체의 65.6%로 나타났다. 두통을 호소하는 간호제공자가 가장 많았고, 그 이외에 신경통, 우울, 소화불량, 불면 등 대부분이 심인성 장애를 호소하는 것으로 나타났다. 이경자 (1995)의 연구에서도 가족원의 건강문제를 조사해 보았을 때 "만성피로"를 제외하면 9순위까지 정신적인 건강문제로 나타났다. 전반적으로 신체적인 건강문제보다는 정신적인 건강문제가 높은 우선순위의 문제로 나타났으며, 정신적인 건강문제는 부양부담감과 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

2) 긍정적인 영향

치매노인을 위한 가족간호제공은 간호제공자에게 긍정적인 경험도 갖게 하는 것으로 나타났다. 부양만족감

은 간호제공자 자신의 개인적인 성숙, 치매노인과의 정서적인 애착, 애정, 가족이나 친인척 관계의 변화, 적응, 영적인 삶 등으로 설명되었으며, 부양만족감이 부양부담감을 완화하는 것으로 나타났다 (김윤정, 최혜경, 1993; 김태현, 전길향, 1995; 이경순, 1996). 치매노인 간호제공자 8명을 대상으로 심층면담을 통해 부양경험을 연구한 김태현, 전길향 (1995)의 질적연구에 의하면, 가족간호제공이 부정적인 영향을 끼치기도 하지만, 다른 한편으로는 측은한 마음과 죄책감을 느끼며, 또한 치매노인의 부양경험으로부터 가족과 친척관계의 변화, 자신의 개인적 성숙에도 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 또한 치매노인을 돌보는 가족구성원 2명을 대상으로 현상학적 연구를 실시한 이경순 (1996)의 연구에 의하면 적응, 영적인 삶, 그리고 성숙이 긍정적인 경험을 나타내는 주제로 나타났다. 긍정적인 경험으로서의 적응은 치매환자를 간호하기 위하여 늘어난 업무량을 가족이 서로 협조하여 분담하고, 서로 위로해 줌으로 문제를 해결해 나가는 것을, 영적인 삶은 치매환자를 돌보면서 신앙심이 더욱 돈독해져서 어렵고 힘든 일에 직면할 때 시련을 견디면서 보다 더 신앙적이 됨을, 성숙은 치매환자를 돌보면서 참고 견디는 힘든 경험을 통하여 사람이 무엇인지도 깨닫고 다른 사람들과의 관계도 더 잘하려고 애쓰고 이런 일을 통하여 성숙해져 감을 의미했다.

외국의 선행연구에서도 가족간호제공은 간호제공자에게 자아성장, 가족의 결속력 강화, 종교생활의 실현, 자아만족, 성취감, 간호수혜자와의 관계향상, 그리고 자신과 노화과정에 대한 지식의 향상 등과 같은 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고되고 있다 (Miller & Lawton, 1997; Motenko, 1989; Picot, 1995; Yamamoto & Wallhagen, 1997).

3. 가족간호제공자들의 부양부담감 또는 건강문제와의 관련요인들

가족간호제공자의 부양부담감 또는 건강문제는 여러 가지 요인들에 의해 복합적으로 설명되는 매우 복잡한 현상이다. 연구들을 분석한 결과 크게 치매노인의 질병의 심각성, 간호제공자들의 특성, 간호수혜자와 간호제공자의 관계, 부양동기, 간호제공자의 사회적 상호작용이 간호제공자들의 부담감 또는 건강문제에 영향을 미치는 요인들로 밝혀졌다.

1) 치매노인 질병의 심각성.

치매노인의 인지적 손상, 기능적 손상 그리고 행동장애의 정도가 가족간호제공자의 부담감 또는 건강문제에 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 여러 연구에서 행동장애의 정도가 심각할수록 부양부담감이 큰 것으로 나타났다 (권중돈, 1995; 마정수, 1995; 성인신, 1994; 이경자, 1995; 장덕민, 1995; 조남욱, 1996; 최미경, 1995; 홍여신 등, 1994). 정상노인의 주간호자 44명과 병원 또는 시설을 이용하는 치매노인의 주간호자 47명의 부양스트레스를 비교한 장덕민 (1995)의 연구에서 보면 치매노인의 문제행동과 간호자의 부양스트레스는 유의한 정적상관 ($r=.45, p < .01$)을 보였고, 인지장애는 부양스트레스와 상관이 없는 것으로 나타났다. 일부의 연구에서 행동장애와 더불어 인지장애가 많을수록 부양부담감이 큰 것으로 나타났으나 (권중돈, 1995; 김윤정, 최혜경, 1993; 마정수, 1995), 인지장애는 행동장애 보다는 부양부담에 큰 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다 (조남욱, 1996). 18명의 치매노인 가족간호제공자와의 심층면담을 통하여 치매환자 가족의 경험을 조사한 질적연구에서 조남욱 (1996)은 가족들이 가장 힘들어하는 문제는 인지능력의 저하보다는 일상생활활동 (ADL) 수행능력의 저하와 심한 의심이나 망상 등 정신과적 증상과 과격한 행동 등의 이상행동이었다고 했다. 기능적 손상을 나타내는 ADL 수행정도도 몇몇 연구에서는 간호제공자의 부양부담감과 상관관계가 있는 것으로 나타났다 (권중돈, 1995; 최미경, 1995; 장인순, 1995; 조남욱, 1996). 장인순 (1995)은 가족부담감에 영향을 미치는 변수들을 알아보기 위해 다단계 중다회귀분석을 한 결과, ADL 수행정도가 가족부담감의 70%를 설명함을 발견했다. 그러나 ADL 수행정도는 장덕민 (1995)의 연구에서는 부양부담감과 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

연구결과에 일관성은 없었지만 외국의 선행연구에서와 마찬가지로 전반적으로 치매노인의 행동장애가 인지적 또는 기능적인 장애보다 간호제공자에게 더욱 부담감을 주는 것으로 나타났다. 일부 국외연구에서는 질병의 심각성이 크면 클수록 간호제공자의 건강이 나쁜 것으로 나타났으나 (Baumgarten et al., 1992; Lieberman & Fisher, 1995), 다른 연구에서는 간호수혜자의 질병의 심각성은 간호제공자의 정신적, 신체적 건강과 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다 (Cattanach & Tebes, 1991; Clark & Hartman, 1996; Evan et al., 1991).

2) 간호제공자들의 특성

(1) 성별.

분석한 모든 연구에서 대부분의 가족간호제공자들은 여성이었으며, 여성이 남성보다 부양부담감이 크고, 건강문제도 많이 호소하는 것으로 나타났다 (마정수, 1995; 조남숙, 1996). 치매노인 가족모임에 등록된 치매노인을 부양하는 가족 70명을 대상으로 치매노인의 문제행동이 가족 스트레스에 미치는 영향을 조사한 마정수 (1995)의 연구에 의하면, 가족간호제공자의 82.9%가 여성이었고, 여성이 남성보다 스트레스를 더 많이 받는 것으로 나타났다. 그러나 일부 연구에서는 여성의 부양부담감이나 건강문제 점수가 남성보다 높기는 했지만, 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다 (권중돈, 1995; 이경순, 1995; 이경자, 1995). 권중돈 (1995)은 우리나라에서는 노인부양의 역할을 여성의 역할로 간주하는 경향이 강하고 성역할 구분이 서양에 비해 엄격하기 때문에 남성이 주간호제공자인 경우 사회화 과정에서 이 역할을 수행하는데 필요한 학습을 하지 못했기 때문에 높은 수준의 부양부담을 경험할 가능성이 있고, 여성의 경우에는 치매노인의 부양과 더불어 자녀양육, 가사 등의 다양한 역할 때문에 남성에 비하여 높은 수준의 부양부담을 경험할 가능성이 있어 우리나라 문화에서는 남성과 여성이 모두 높은 수준의 부양부담을 경험할 수 있는 가능성이 내재되어 있어 주간호제공자의 성에 따라서는 부양부담 수준이 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않는다고 했다.

외국의 선행 연구결과 역시 성별에 따른 부양부담감이나 건강문제정도의 차이는 일관성이 없는 것으로 나타났다. 일반적으로 딸이 아들보다, 배우자인 경우 부인이 남편보다 더 높은 수준의 부양부담감 또는 건강문제를 경험하고 있음을 보이고 있지만 (Baumgarten et al, 1992; Ingersoll-Dayton et al, 1996; Kramer & Kipnis, 1995; Young & Kahana, 1989), 최근의 연구 결과들을 보면 다른 변수들을 통제한 경우 성별은 부양부담감이나 건강문제를 설명하는데 중요하지 않은 요인으로 설명되고 있다 (Dura, Stukenberg, & Kiecolt-Glaser, 1991; Kramer & Kipnis, 1995; Mui, 1995).

(2) 건강상태.

현재 건강상태가 나쁠수록 가족간호제공자가 느끼는 부양부담감이 더 큰 것으로 나타났다 (권중돈, 1995; 문혜리, 1992; 1998; 이경자, 1995; 장덕민, 1995), 이는 주간호제공자가 현재 질병을 앓고 있는 경우 자신의 건강상태가 좋지 않음에도 불구하고 치매노인을 돌보아야 하

기 때문에 질병이 없는 주간호제공자에 비하여 부양부담수준이 높은 것으로 해석된다. 건강상태는 가족간호제공자가 간호수혜자의 배우자인 경우 부양부담감을 많이 느끼고, 건강문제를 많이 호소하는 것과는도 연관이 있다. 배우자 간호제공자인 경우 며느리나 자녀들인 경우보다 나이가 그 자체 때문에 건강문제가 많을 수 있고, 이로 인해 부양부담감이나 건강문제를 호소할 수 있을 것이다.

외국의 선행 연구에서도 가족간호제공자들이 내린 자신의 건강상태, 만성적인 건강문제의 수, 보건의료서비스의 이용횟수 등에 의해 평가한 간호제공자의 건강상태가 부양부담감 및 우울 등의 정신적인 건강상태를 예측하는데 중요한 변수임이 보고되었다 (Baumgarten et al, 1992; Brodaty & Hadzi-Pavlovic, 1990; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991).

(3) 경제적인 상태.

가족의 소득과 가족간호제공자들의 부양부담감과는 부적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다 (문혜리, 1992, 1998; 최미경, 1995; 최혜경, 김윤경, 1997). 2-Wave Panel Study (T1, 2년 후 T2)를 사용하여 한국 치매노인 부양상황에서의 스트레스 과정을 조사한 최혜경과 김윤경 (1997)의 연구에서, 가정소득은 부양부담감과 일관성있게 부적인 상관관계 보여 소득이 적은 부양자들이 부양부담감을 많이 느끼는 것으로 나타났다.

선행된 국외연구에서는 가족의 소득의 영향은 일관성이 없었다. 일부 연구에서는 가족의 소득이 적을수록 가족간호제공자의 우울점수가 높은 것으로 나타난 반면 (Dura et al, 1991; Schulz & Williamson, 1991), 다른 연구들은 이와는 대조적으로 가족의 소득이 많을수록 가족간호제공자의 우울점수가 높은 것으로 나타났다 (Pohl, Boyd, Liang, & Given, 1995; Strawbridge & Wallhagen, 1991).

3) 간호수혜자와 간호제공자와의 관계

많은 수의 간호제공자가 치매노인의 며느리, 배우자, 자식이었다. 이중에서도 며느리가 압도적으로 간호제공자의 역할을 맡게 되는 것으로 나타났다 (부록 참조). 간호제공자들 중 치매노인의 며느리나 배우자가 부담감을 많이 느끼고, 건강문제를 많이 호소하는 것으로 나타난 반면 (권중돈, 1995; 마정수, 1995; 문혜리, 1992; 1998; 성인신, 1994; 최미경, 1995), 자식인 경우가 부양부담수준이 가장 낮았으며 (권중돈, 1995), 배우자의 경우 남편보다 부인이 부담감이 큰 것으로 나타났다 (조남숙,

1996). 권중돈 (1995)은 치매노인의 배우자가 부양부담을 많이 경험하는 이유는 다른 가족구성원들이 사회활동에 참여하고 있는 경우가 많아서 간호를 대신 담당해 줄 사람이 없는 경우가 많고, 배우자에 대한 상실감, 자신의 미래에 대한 부정적인 평가, 그리고 노년기 신체적 기능 저하로 인하여 간호제공자 역할을 수행하는데 어려움을 겪기 때문이라고 설명했다.

간호수혜자와 간호제공자의 관계는 여러가지 요인들과 복합적으로 작용할 수가 있다 (나이, 성별, 건강상태, 병전의 관계 등). 치매노인과의 관계가 머느리나 부인인 경우에도 병전에 관계가 좋았던 경우는 부양부담감이 적게 나타났다 (장덕민, 1995; 장인순, 1995). 정상노인의 주간호제공자 44명과 병원 또는 시설을 이용하는 치매노인의 주간호제공자 47명의 부양스트레스를 비교한 장덕민 (1995)의 연구에서 보면 치매노인의 주간호제공자 집단에 있어서 치매노인과 간호제공자의 병전 관계가 좋을수록 부양스트레스가 유의하게 적은 것으로 나타났다 ($r = -.37$; $p < .05$). 그러므로 이들 변수들을 적절히 통제해야만 바람직한 결과를 얻을 수 있을 것이다.

우리나라에서는 머느리들이 간호제공자 역할을 많이 담당하는 것과는 달리 외국의 경우에는 주로 딸 또는 배우자가 그 역할을 담당하는 것으로 나타났으며 (윤가현, 1998; Lee, 1995; Stone et al., 1987), 머느리나 부인이 다른 간호제공자들 보다 부양부담감이나 건강문제를 많이 호소하여 다른 집단보다 위험한 집단으로 분류되었다 (Barnes, B. A. Given, & C. W. Given, 1992; Ingersoll-Dayton et al., 1996). 또한 간호수혜자와 제공자의 과거의 상호작용이 간호제공에 영향을 미친다고 보고되었다 (Horowitz & Shindelman, 1983; Pallet, 1990; Schulz & Williamson, 1991; Whitbeck, Hoyt, & Huck, 1993; Wright, 1994).

4) 부양동기

가족간호제공자들이 치매노인을 돌보는 동기에는 여러 가지가 있을 수 있지만 크게 애정과 같은 정서적인 동기, 의무나 책임과 같은 규범적인 동기, 그리고 희생과 같은 신념적인 동기로 나눌 수 있다 (권중돈, 1995; Lee, 1995; Sung, 1994). 조남옥 (1995)의 연구에 의하면 책임과 희생이 주된 부양외식으로 나타났다. 권중돈 (1995)의 연구결과에 의하면 애정과 같은 정서적인 동기는 부양부담을 완충시키는 기능을 하는 반면, 희생등의 신념적인 동기는 부양부담을 증가시키는 촉진기능을 하는 것으로 나타났다. 윤가현 (1998)도 그의 비교문화 연구를 통해

여, 가족주의 (familism) 점수가 한국인에게서 가장 높으며, 의무감이나 책임감이 높은 한국인이 다른 집단보다 치매환자 부양을 더 부담스럽게 지각하는 것으로 해석함으로써 의무감이나 책임감과 같은 부양동기가 주간호제공자의 부양부담의 중요한 예측변수임을 발견했다. 그러나 이 결과는 우리나라의 경우 대부분의 주간호제공자가 머느리이기 때문에 정서적인 동기보다는 규범적이거나 신념적인 동기가 압도적이고, 이 규범적 또는 신념적인 동기는 외국의 주간호제공자와는 달리 한국의 주간호제공자에 있어서는 긍정적인 건강결과와 중요한 예측변수로 설명한 Lee (1995)의 비교문화연구의 결과와는 상반된다.

외국의 선행연구에서도, 부양동기는 부양부담이나 간호제공자의 신체적, 정신적 건강, 치매노인의 시설입소를 예측할 수 있는 중요한 변수로서 설명되고 있다 (Cicirelli, 1993; Schulz & Williamson, 1991; Walker, Pratt, Shin, & Jones, 1990; Wright, 1994). 외국의 선행연구에서는 정서적인 동기를 가지고 가족간호를 제공하는 대상자들이 규범적인 동기를 가진 경우보다 부양부담을 적게 느끼고, 좋은 건강상태를 유지하는 것으로 나타났다 (Cairl & Kosberg, 1993; Schulz & Williamson, 1991; Sheehan & Nuttall, 1988).

5) 사회적 상호작용 (Social Network Interactions)

사회적 지지는 주간호제공자의 부양부담을 경감시키는 것으로 밝혀졌다 (권중돈, 1995; 김윤정, 최혜경, 1993; 마정수, 1995; 성인신, 1994; 최혜경, 김윤정, 1997). 동거가족원 56명을 대상으로 치매노인의 장애기간과 간호제공자의 대처자원이 간호제공자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향을 조사한 김윤정, 최혜경 (1993)의 연구에서, 연구자들은 배우자의 지지가 치매노인의 기능장애와 간호제공자의 부담의 관계를 중재하며, 배우자의 지지를 많이 받는 간호제공자는 노인의 기능장애가 심해질 때 오히려 부양부담을 적게 느끼는 것으로 나타남을 발견하였다.

국내 연구를 분석해 보았을 때 많은 연구자들이 사회적 상호작용을 개념화 할 때 긍정적인 측면인 사회적 지지만을 사용한 것을 알 수 있었다. 김태현, 전길향 (1995)은 치매노인 가족의 부양 경험에 대한 질적인 연구에서 가족간호제공자들이 가족역할 갈등으로 인해 어려움을 겪는 것을 발견했지만, 사회적인 갈등은 폭넓게 조사되고 있지 않았다. 그러나 사회적인 상호작용에는 부정적인 측면을 배제할 수가 없다. 주간호제공자들은

사회적인 지지를 통하여 긍정적인 강화를 받게되기도 하지만, 사회적인 갈등에 의해 많은 어려움을 겪는 경우도 있다.

외국의 선행연구를 살펴보면, 많은 연구에서 사회적 지지가 부양부담을 경감시키고 주간간호제공자들의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 설명하고 있지만 (Cohen et al, 1994; Pohl et al, 1994; Schulz & Williamson, 1991), 사회적 상호작용의 긍정적인 측면과 부정적인 측면을 모두 조사한 연구에서 보면 사회적인 지지보다는 사회적인 갈등이 주간간호제공자의 부양부담 및 건강상태를 예측하는 강력한 요인으로 설명되고 있다 (Fiore, Becker, & Coppel, 1983; MaloneBeach & Zarit, 1995; Page, Erdly, & Becker, 1987; Rauktis et al, 1995; Rook, 1990).

VI 논의 및 제언

치매노인을 위한 가족간호제공에 대한 영향은 상당히 주관적이며 상황에 따라 지속적으로 변할 수 있으며 다양한 요인들이 얽혀서 잠재적으로 서로 영향을 주고 받을 수 있는 복잡한 현상이다 (Pallet, 1990; Schulz et al, 1995; Wright et al, 1993). 1990년대에 들어서 치매노인의 가족간호제공자의 부양부담감이나 건강문제의 예측인자를 밝히려고 노력을 해왔지만, 개념의 복잡성 그리고 여러 가지 연구방법론상의 문제점들 때문에 아직 많은 궁금증들이 아직 해결되고 있지 않는 실정이며, 간호제공의 장기간의 영향에 대해서는 정확히 알려지지 않고 있는 실정이다. 따라서 조사된 자료의 분석과 문헌고찰을 중심으로 국내 가족간호제공 연구의 문제점을 제시하고, 각 문제점에 대한 개선방안을 제시함으로써 미래 가족간호제공연구의 방향을 제시해 보고자 한다.

1. 개념화의 문제

대부분의 연구가 스트레스/적응 모델에 근거하여 가족간호제공이 가족간호제공자에게 스트레스를 주는 사건임을 기본전제로 하여 이루어졌다. 그러나 외국의 선행연구결과에 의하면 가족간호제공은 부정적인 개념만으로 단정지을 수 없는 복잡한 현상이며, 부정적인 개념으로 이 현상을 사전에 간주하는 것은 가족간호제공 경험의 실제적인 측면을 간과할 수도 있다고 설명했다 (Abel, 1990; Kramer, 1997; Miller & Lawton, 1997). 가족간호제공의 부정적인 측면에 대한 조사는 가족의 부담감을

경감시키거나 조기시설입소를 예방할 수 있는 서비스를 위한 정책개발을 위해 매우 중요하지만, 긍정적인 측면에 대한 관심의 부족은 가족간호제공 경험을 왜곡시킬 수 있고 간호제공자의 적응이론의 발달을 저해할 수 있다 (Kramer, 1997; Miller & Lawton, 1997). 따라서 미래의 가족간호제공 연구는 긍정적인 측면까지 포함된 좀더 총체적인 접근이 요구된다.

또한 간호제공자 한 명으로 부터의 정보에 근거하여 가족간호제공의 영향을 결론짓는 경향이 있으며, 간호수혜자들이 그들의 간호요구에 잘 부응되게 간호를 제공받고 있는지는 염두에 두지 않고 있다. 그러나 최근의 연구결과들을 살펴보면 가족간호제공의 영향은 단지 개인의 스트레스와 적응력이라기 보다는 간호제공자와 수혜자 또는 다른 가족구성원들과의 역동관계와 관련이 있다 (Braithwaite, 1996; Mathews & Rosener, 1989; Miller & Lawton, 1997; Rankin, Haut, & Keefover, 1991; Sauter, 1996; Semple, 1992; Strawbridge & Wallhagen, 1991). 그러므로 미래의 가족간호연구는 간호제공자의 개인에 대한 조사에 그치는 것이 아니라 여러명의 가족구성원으로 부터의 정보가 필요하며, 간호제공자와 간호수혜자의 관계, 가족관계, 사회지지망 등 전체 지지체계의 구조와 특성의 파악이 요구된다 (Barer & Johnson, 1990; Kuhlman, Wilson, Hutchinson, & Wallhagen, 1991). 이를 위해서는 가족관계이론, 사회교환이론, 그리고 역할이론 등에 근거하여 연구를 하는 것이 필요하다.

2. 간호제공자의 정의에 대한 포괄성

주간호제공자에 대한 정의가 상당히 포괄적이다. 분석에 사용된 모든 연구에 있어서, 일 연구에 며느리, 자식, 배우자, 형제자매, 친척 등을 간호제공자로 포함시킨 경향이 있으며, 동거여부도 고려하지 않았다. 많은 연구자들은 기관화된 치매노인과 재가 치매노인의 간호제공자 조차 구분하지 않았으며 (분혜리, 1998; 유은경, 1995; 최미경, 1995), 치매노인의 생존 여부를 고려하지도 않았다 (김태현, 전길향, 1995). 또한 많은 연구들이 도시지역 중류층 간호제공자를 중심으로 이루어져왔기 때문에 농촌지역, 저소득층의 가족간호제공자들에 대한 정보는 거의 없는 실정이다.

외국의 선행 연구 결과들을 고찰해 보면, 간호제공자의 성별, 간호수혜자와의 관계, 동거여부, 거주지역 등에 따라 가족간호제공에 대한 반응 및 경험이 다양하게 나

타나는 것을 알 수 있다 (Pallet, 1990; Schulz et al., 1995; Wright et al., 1993). 앞으로는 간호제공자에 대한 명백한 정의 하에 집단을 세분화한 특수성이 있는 연구가 필요하리라 생각된다.

3. 선택적인 연구참여로 인한 편견

양적 연구의 100%가 임의표출에 의해 대상자를 선택하였다. 대부분의 연구자들이 대상자들을 보건 또는 복지 서비스 기관을 통해 선택하였다. 아무런 서비스를 이용하지 않는 치매노인의 가족들이 연구대상자들에서 제외되는 경향이 있었다. 우리나라의 경우 전국조직의 치매가족모임이나 알츠하이머 연합회와 같은 조직체가 구성되어 있지 않고, 치매노인이 병, 외원에 치료받는 비율이 매우 낮기 때문에 연구대상자의 확보에 많은 어려움이 있기 때문에 대상자 확보에 어려움이 있지만 선택적인 연구 참여자들로부터 얻어진 결과는 일반화하는데 문제를 야기시킬 수 있다 (Baumgarten, 1989; Dura & Kiecolt-Glaser, 1990; Kuhlman et al., 1991). 그러므로 가족간호제공연구가 이러한 편견을 배제하여 연구결과를 일반화시킬 수 있으려면 인구집단 속에서 무작위 추출법이나 층화표집법을 통해서 대상자를 선정하여야겠다.

4. 불충분한 표본의 수

많은 연구의 표본의 수가 가설 또는 모델을 검증하기에 충분하지 못했다. 충분하지 못한 표본에 의해 유의도 검증을 하는 것은 검정력이 매우 낮고, 이것이 연구간의 결과가 일치되지 않는데 영향을 미쳤으리라 생각된다. Baumgarten (1989)은 가족간호연구의 개선점의 한 방법으로 연구의 검정력을 높여야 하며 그러기 위해서 충분한 수의 표본을 이용하여 연구를 실시해야 한다고 했다. 앞으로 연구자들은 검정력, 분석하고자 하는 독립변수의 수, 효과의 크기 (effect size), 측정의 민감성, 자료 분석기술, 연구의 형태 등을 고려하여 표본의 크기를 결정하여야 할 것이다.

5. 제한된 연구디자인

가족간호제공의 영향을 제대로 파악하기 위해서는, 가족간호를 제공하지 않는 집단이나 기준이 되는 자료 또는 인구집단의 기준과의 비교가 필요하다. 비교집단이 없는 상태로는 질병들의 기초수준을 통제할 수가 없기

때문에 가족간호제공의 영향을 수량화하는 것이 어렵다. 외국의 선행연구들에서 보면 연령과 성별 등을 고려한 비교집단을 이용하여 간호제공자 집단의 대상자들의 건강문제가 얼마나 심각한지에 대한 자료들을 제시하고 있다 (Baumgarten et al., 1992; Dura et al., 1991; Haley et al., 1995; Kiecolt-Glaser et al., 1991). Haley 등 (1997)은 비교집단 없이 연구를 실시할 경우 많은 간호제공자들이 노인이거나 장년기인 경우가 많아, 나이 자체 때문에 오는 변화를 넘어서 간호제공의 영향을 확인하는데는 많은 어려움이 있다고 했다. 따라서, 이러한 문제들을 해결하기 위해서는 비교집단을 포함한 연구설계가 요구된다.

연구결과에서 본 것과 같이 단지 1편만이 (최혜경, 김윤경, 1997) 종단연구였다. 따라서 간호제공자들의 부양부담감, 건강이 시간의 흐름에 따라 어떻게 변하는지에 대해서도 거의 알려진 바가 없고, 인과관계의 방향에 관한 주요 질문들이 제기되고 있는 상황이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 장기간 동안 일정한 간격을 두고 같은 대상자를 반복 조사함으로써 질병의 과정에 따라 간호제공자들의 부양부담감이나 건강상태가 어떻게 변하는지를 볼 수 있는 종적연구가 요구된다 (Baumgarten, 1989; Kuhlman et al., 1991).

또한 3편만이 질적연구였다. 가족간호제공에 대한 영향은 상당히 복잡하고 주관적 이어서 개념화가 상당히 어렵고 쉽게 측정할 수가 없기 때문에 이 현상을 이해하기 위해서는 질적인 연구가 필요하다 (Abel, 1990). 심층적인 면담과 체계적인 관찰을 통한 질적연구를 통하여 연구자들은 양적연구에서는 얻기 힘든 풍부한 개인적인 경험을 잡아낼 수 있을 것이다. 따라서 앞으로는 질적연구가 활성화되어야 할 것이며 더불어 연구자가 질적, 양적 연구 능력이 가능하다면 또는 질적연구의 전문가와 양적연구의 전문가가 공동연구를 할 여건이 허락된다면 연구방법간의 트라이앵글레이션도 추천된다.

6. 제한된 분석방법의 사용

대부분의 연구가 분석방법으로 이원분석을 이용하였으며, 혼란변수의 통제가 이루어지지 않았다. 가족간호제공에 대한 영향은 매우 복잡한 현상이기 때문에 특히 연구설계상 집단의 특수성이 고려되지 않은 경우에는 혼란변수를 통제하지 못하면 변수들간의 의미있는 관계를 간과할 수 있으며 또한 변수들간의 의사관계를 의미있는 관계로 결론 지을 수가 있다. 따라서 연구자들은 분석방

법의 선택시 혼란변수를 통제할 수 있는 통계기법을 선택하여야 한다. 실제로 외국의 선행연구들을 보면 복잡한 가족간호제공의 현상을 규명하기 위하여 고급통계인 다중회귀분석 (multiple regression analysis), 경로분석 (path analysis), LISREL 등이 많이 사용되고 있다 (Gold et al., 1995; Rankin et al., 1992; Strawbridge & Wallhagen, 1991).

7. 측정도구의 타당도, 신뢰도 (psychometric properties)에 대한 부적절성

국내에서 실시하고 있는 가족간호제공 연구의 대부분이 외국에서 개발된 도구를 이용하여 간호제공자의 부담감, 건강상태 등을 사정하고 있다. 그러나 외국에서 개발된 도구들이 우리 문화에 적절한지에 대한 도구평가가 충분히 이루어지지 않은 상황이다. 이러한 도구들은 대부분이 미국의 중산층 백인들을 대상으로 사용되어진 도구들이기 때문에 실제 미국 내에서도 흑인들이나 다른 인종들을 대상으로 할 때는 도구의 타당도 및 신뢰도를 재평가하는 과정을 필요로 하고 있다. 우리나라는 특히 혈연중심의 가족주의라는 전통 때문에 늙고 병든 부모 부양문제에 대해서는 서양과 많은 차이가 있을 것이다. 따라서 우리나라의 문화를 잘 반영할 수 있는 도구의 개발이 시급한 실정이다. 측정도구의 개발은 상당히 시간을 많이 요구하고 고통이 뒤따르지만 개념들과 그들의 측정도구가 밀착 관계를 가지려면 도구의 개발이 필요하며, 현재 상황에서는 이러한 적절한 도구의 개발을 위한 기초 작업으로 질적인 연구가 요구된다.

이러한 여러 가지 개념적인 그리고 방법론적인 문제점들 때문에, 현재 가족간호제공의 영향에 대한 지식의 발달은 초기 단계에 있다. 아직까지 국내 연구결과는 어떤 요인들이 간호제공자에게 긍정적 또는 부정적으로 작용을 하는지 확실치가 않으며, 조사된 결과는 일관성이 없고, 상반된 결과까지 보이고 있고, 변수들간의 인과관계는 밝혀지지 않은 실정이다. 따라서 앞으로의 이러한 방법론적 문제점을 보완하여 가족간호제공연구를 실시한다면 치매노인과 치매노인을 돌보고 있는 가족과 간호제공자들을 도울 수 있는 중재방법 및 보건정책이나 사회복지 서비스의 개발에 유용한 자료로서 활용할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 통계청 (1998). 한국통계연감. 서울: 통계청.
- 한국인구보건연구원 (1997). 치매관리 Mapping 개발연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- Abel, E. K. (1990). Informal care for the disabled elderly: A critique of recent literature. Research on Aging, 12, 139-157.
- Barer, B. M., & Johnson, C. L. (1990). A critique of the caregiving literature. The Gerontologist, 30, 26-29.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly: A critical review of the literature. Journal of Clinical Epidemiology, 42, 1137-1148. Journal of Clinical Epidemiology, 45, 61-70.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiver burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. Research on Aging, 14, 3-27.
- Brodsky, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Psychological effects on carers of living with persons with dementia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 24, 351-361.
- Cairl, R. E., & Kosberg, J. I. (1993). The interface of burden and level of task performance in caregivers of Alzheimers disease patients: An examination of clinical profiles. Journal of Gerontological Social Work, 19, 133-151.
- Cattanach, L., & Tebes, J. K. (1991). The nature of elder impairment and its impact on family caregivers health and psychological functioning. The Gerontologist, 31, 246-255.
- Choi, S. J. (1996). The family and ageing in Korea: A new concern and challenge. Ageing and Society, 6, 1-25.
- Cicirelli, V. G. (1993). Attachment and obligation as daughters motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. Psychology and Aging, 8, 144-155.
- Clark, L. M., & Hartman, M. (1996). Effects of hardness and appraisal on the psychological distress and physical health of caregivers to elderly relatives. Research on Aging, 18, 379-401.

- Dura, J. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Sample bias in caregiving research. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, P200-204
- Evans, R. L., Bishop, D. S., & Haselkorn, J. K. (1991). Factors predicting satisfactory home care after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72, 144-147.
- Gold, D. P., Cohen, C., Shulman, K., Zucchero, C., Andres, D., & Etezadi, J. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. International Journal of Aging and Human Development, 41, 183-201.
- Haley, W. E., West, C. A. C., Wadley, V. G., Ford, G. R., White, F. A., Barrett, J. J., Harrell, L. E., & Roth, D. L. (1995). Psychological, social, and health impact of caregiving: A comparison of Black and White dementia family caregivers and noncaregivers. Psychology and Aging, 10, 540-552.
- Horowitz, A., & Shindelman, L. W. (1983). Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. Journal of Gerontological Social Work, 5, 5-20.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E., & Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? The Gerontologist, 36, 483-491.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? The Gerontologist, 37, 218-232.
- Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden. The Gerontologist, 35, 340-348.
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). Two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46, 181-189.
- Lee, Y. R. (1995). Korean and North American Caucasian caregivers of dementia patients: A cross-cultural comparison of caregiver burden. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.
- Lee, H., Kim, S., & You, K. S. (1997). Learning from other lands: Caring for elderly demented Koreans. Journal of Gerontological Nursing, 23, 21-31.
- Lieberman, M. A., & Fisher, L. (1995). The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. The Gerontologist, 35, 94-102.
- MaloneBeach, E. E., & Zarit, S. H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. International Psychogeriatrics, 7, 25-38.
- Miller, B., & Lawton, M. P. (1997). Positive aspects of caregiving. The Gerontologist, 37, 216-217.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. The Gerontologist, 29, 166-172.
- Mui, A. C. (1995). Caring for frail elderly parents: A comparison of adult sons and daughters. The Gerontologist, 35, 86-93.
- Pallet, P. J. (1990). A conceptual framework for studying family care giver burden in Alzheimer-type dementia. Image: Journal of Nursing Scholarship, 22, 52-58.
- Picot, S. J. (1995). Rewards, costs, and coping of African American caregivers. Nursing Research, 44, 147-152.
- Pohl, J. M., Boyd, C., Liang, J., & Given, C. W. (1995). Analysis of the input of mother-daughter relationships on the commitment to caregiving. Nursing Research, 44, 68-75.
- Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (1992). Clinical assessment of family caregivers in dementia. The gerontologist, 32, 813-821.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. The Gerontologist, 35, 771-791.
- Schulz, R., & Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimers caregivers. Psychology and Aging, 6, 569-578.
- Sheehan, N. W., & Nuttall, P. (1988). Conflict, emotion, and personal strain among family caregivers. Family Relations, 37, 92-98.

- Stone, R., Cafferata, G., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. The Gerontologist, *27*, 616-626.
- Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. The Gerontologist, *31*, 770-777.
- Sung, K. T. (1994). A cross-cultural comparison of motivations for parent care: The case of Americans and Koreans. Journal of Aging Studies, *8*, 195-209.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., Shin, H. Y., & Jones, L. L. (1990). Motives for parental caregiving and relationship quality. Family Relations, *39*, 51-56.
- Whitbeck, L., Hoyt, D. R., & Huck, S. M. (1993). Early family relationships, intergenerational solidarity, and support provided to parents by their adult children. Journal of Gerontology: Social Sciences, *49*, 85-94.
- Wright, L. K., Clipp, E. C., & George, L. K. (1993). Health consequences of caregiver stress. Medicine, Exercise, Nutrition, and Health, *2*, 181-195.
- Wright, L. K. (1994). Alzheimers disease afflicted spouses who remain at home: Can human dialectics explain the findings? Social Science and Medicine, *38*, 1037-1046.
- Yamamoto, N., & Wallhagen, M. I. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. Journal of Health and Social Behavior, *38*, 164-176.
- Young, R. F., & Kahana, E. (1989). Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain. The Gerontologist, *29*, 660-666.

-Abstract-

Key concept : Senile Dementia, Family Caregiver, Caregiver Burden, Health Problems

A Critical Review and Visim of Family Caregiving Research on the Demented Elderly's in Republic of Korea

*Kim Jin Sun**

Little is known about the impact of family caregiving for the demented elderly in Korea. The purpose of this study was to identify the current state of development of family caregiving research for the demented elderly in Korea and to identify correlates of caregiver or health problems and burdens within the socio-political contexts of Korea. A critical review of 17 family caregivers was carried out. The review revealed that various caregiving impacts and correlates of caregiver burden or health problems have been studied in relation to demented elderly family caregiving. Family caregiving for the demented elderly is a very complex phenomenon and various factors were related to caregiver burden, or their emotional and physical health. Findings from studies reviewed have shown inconsistent, inconclusive, and contradictory results. Furthermore, several conceptual and methodological problems were identified in the studies reviewed: restricted conceptualization, unrepresentative study samples, inadequate sample size, inappropriate study design, absence of comparison groups, inappropriate psychometric properties, and uncontrolled confounding factors. More research, as well as directions for further research, is recommended to identify family caregiving the impact of for the demented elderly, and to clarify the factors that explain results.

* Department of Nursing, Chodang University.

부록 : 분석에 사용된 가족간호연구의 요약

저자, 연도 및 연구방법	연구대상자	연구도구	자료분석 방법	연구결과
문해리 (1992).	임의표본; 서울소재 일개 노인종합복지관의 치매노인가족모임에 등록하고 참여하는 치매노인가족 23명 (며느리 39.2%, 딸 30.4%, 배우자 17.4%, 아내 8.7%, 남편 8.7%, 아들 13%); 간호제공자의 평균연령: 51.5 (29-69), 72.3%가 40-50대, 여성이 78.3%	Zarit의 노인 기능손상과 간호자 부담 측정도구	평균, 표준편차, 백분율, 피어슨 상관계수	간호자가 질병이나 장애를 보유하고 있는 경우가 전체의 78.2% (히스테리 30.4%, 관절통, 신경통 26.1%, 우울, 불면, 사고의 혼란 21.76%) 간호자의 부담정도의 전체 평균점수 24.28 (범위 0-66): 영역별 일과에 대한 영향 5.48; 건강에 대한 영향 10.45; 부정적 노인 간호자 관계 1.95; 사회적 활동에 대한 영향 5.53; 경제적 부담에 대한 영향 0.87. 치매노인의 일상생활 기능손상이 심할수록, 간호제공자의 건강이 나쁠수록, 간호제공자의 수입이 적을수록, 보상이 적을수록 부담부담감이 큼.
김순정, 최혜경 (1993).	임의표본; 1차적인 부양 책임을 맡고 있는 동거가족원 (배우자, 며느리/사위, 아들/딸) 56명; 서울시 북부 노인종합복지관의 치매노인의 가족을 위한 '가족모임' 과 '치매노인탁아소'를 이용하고 있거나 이용한 적이 있는 노인의 가족부양자 49명, 프로그램과 무관하게 접촉한 부양자 7명; 부양자의 86%가 여자	Zarit의 노인 기능손상과 간호자 부담 측정도구	빈도분석, 상관관계 분석, 요인분석, 회귀분석, t test, Duncan's Multiple Range Test	관련요인: 인지장애가 많을수록, 일일 보호시간이 길수록 부양자의 부담이 많음, 배우자 지지는 노인의 기능장애와 부양자의 부담의 관계를 중재하여, 배우자의 지지를 많이 받는 부양자는 노인의 기능장애가 심해질 때 오히려 부양부담을 적게 느낌. 자녀가 부양자일 때 배우자나 며느리의 경우 보다 부양만족감이 높지만, 노인의 인지장애가 심해지면, 배우자나 며느리보다 부양만족감이 더 낮아짐 (가족관계의 중요성). 노인이 장애를 보인 기간이 길 경우, 부양만족감이 오히려 높아지고, 부양부담 (속박감)에 미치는 부정적인 영향이 완화 (경험을 통한 대처능력의 중요성).
권중돈 (1995).	임의표본; 서울 북부노인종합복지관의 치매노인가족 모임에 회원으로 등록되어 있는 그리고 경기도 연천 지역에 거주하는 치매노인의 주부양자 103명 (배우자 24.3% 며느리 42.7%, 자녀 29.1% 90%가 여성); 평균연령: 49세 (22-85세)	외국의 선행연구를 기반으로 연구자가 직접 작성	t test, ANOVA, 상관관계 분석, 회귀분석, 요인분석, 경로분석	우리나라 치매가족의 주부양자들이 경험하는 부양부담의 자원은 1) 사회적 활동의 제한, 2) 노인 주부양자 관계의 부정적인 변화, 3) 가족관계의 부정적인 변화, 4) 심리적 부담, 5) 재정 및 경제활동 상의 변화, 6) 건강상의 부담 (이 6개가 주부양자 부양부담의 전체변량 중 66%를 차지; 주부양자의 전체부담에 통계적으로 유의한 직접적 요인과 간접적 영향을 미치는 요인은 치매노인의 인지장애 및 문제행동, ADL 능력, 부정적 성격의 변화이며 그 중 인지장애 및 문제행동의 영향력이 가장 강하였음. 일상적 부양과업을 수행하는 과정에서 겪는 예로는 부양부담에 직접적인 영향을 미칠과 동시에 노인의 기능변화가 부양부담에 미치는 영향을 증대하는 기능을 하는 것으로 나타남. 대가족의 주부양자가 소가족의 주부양자보다 심리적 부담 수준 낮음 며느리의 부양부담이 가장 높았고 자녀의 부양부담수준이 가장 낮은 것으로 나타남. 애정과 같은 정서적인 동기는 부양부담을 완충시키는 기능을 하는 반면, 회생등의 신념적인 동기는 부양부담을 증가시키는 촉진기능을 하는 것으로 나타남; 1일 부양시간이 길수록 부양부담의 수준이 높았음
성인신 (1994).	임의표본; 65세 이상의 치매노인의 주간호자 83명 (서울, 인천 지역); 5개 종합병원 (서울 4, 인천1)에 1990년 이후 현재까지 내원했던 환자 143명, 북부노인종합복지관 이용가족 37명, 종교단체 및 탐문; 며느리 (62.7%), 배우자 (13.3%), 기혼딸 (13.3%), 기타 (기혼아들, 미혼아들, 미혼딸, 손자, 손녀); 간호제공자의 평균연령: 49.7세 (26-83세)	연구자가 기존연구 및 문헌고찰을 기초로 하여 개발	기술통계, chi square 검정, Pearson Correlation	치매노인의 간호를 담당한 이후에 질병에 이환된 주간호자는 96.4%였으며, 이환된 질병으로는 만성피로가 54.2%로 가장 많았음; 간호하고 있는 이유로는 가족으로서의 책임감 때문이 77.2%로 가장 많았음; 치매가족유형에서는 2세대 부부가족과 직계가족, 3세대 직계가족인 경우, 치매 증상이 심할수록 주간호자의 부담이 큼; 배우자와 며느리인 경우 부담감을 많이 가짐; 가족의 총수입이 많을수록, 사회지지(심리적, 경제적지지)가 클수록 주간호자의 부담은 경감

저자, 연도 및 연구방법	연구대상자	연구도구	자료분석 방법	연구결과
홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1994). 양적연구, 후향적 비교 조사연구, 횡단연구	임의표본: 일개 도, 군지역에 살고 있는 노인 중 보건진료원 관할 지역에 거주하는 100명의 치매노인과 120명의 정상노인 (배우자, 자녀, 며느리, 친척 혹은 친구); 노인을 돌보는 가족원: 정상노인의 44.2%, 치매노인의 51%가 며느리	연구자가 개발한 가족원의 스트레스 및 간호요구 측정도구	도수분포, 평균 등의 기술통계, X ² test, t test	가족원은 신체적 측면에서는 피로, 정신적 측면에서는 불안/긴장이나 기분침체 또는 스트레스, 사회적인 측면에서는 생활장애, 수치심, 주위의 비난, 죄책감을 느낌 가족원의 스트레스 요인으로 가족원이 가장 흔히 부딪히는 증상: 과소한 행동, 불결, 기분변덕, 가리지 않고 먹음, 수족발림; 가장 문제를 일으키는 증상: 불결, 과소한 행동, 수면장애, 기분변덕, 의심
김태현, 전길향 (1995). 질적연구	치매노인을 모신 또는 모신 경험이 있는 8명의 부양자 (5명은 노인이 생존해 계신 부양자, 3명은 노인이 돌아가지 않지만 2년 내에 있는 부양자: 외아들, 외며느리 4, 딸 1, 첫째 며느리 2, 셋째 며느리 1); 부양자의 평균연령 45세, 87.5%가 여성 (8명중 7명)	필요한 자료수집을 위해 작성된 지침서	녹음내용을 필사본으로 만들어 분석	부양자들은 가족역할 갈등과 과도한 부양 일로 오는 스트레스, 자유시간이 없는 것, 심리적 부담 등으로 인해 어려움을 겪음, 문제가 크다고 생각되는 상황에서 부양자들은 회피나 잔소리, 비난과 같은 정서적 표출을 하거나 인내와 순종, 또는 체념을 통한 수동적인 태도를 보임; 부양자들은 치매노인과의 정상적인 관계에서의 변화를 인식 즉 부양노인과의 상호적 관계의 상실, 역할반전 등을 인식함; 부양에 대한 감정은 한편으로는 분노와 좌절 등으로 인해 관계가 단절되거나 증폭되기를 기대하며, 다른 한편으로는 측은한 마음과 죄책감을 느끼는 것으로 나타남; 부양자들은 치매노인을 모시는데 오는 부담감을 많이 느끼고 있으며, 우울감이나 좌절감을 나타냄; 치매노인 부양의 경험은 부양자나 가족에게 또 다른 경험을 갖게함 즉 가족이나 친척관계의 변화, 부양자 자신의 개인적 성숙에도 영향을 미칠 수 있음 (치매노인 부양자들의 부양에 대한 인식은 전반적으로 과중한 부담과 좌절감으로 볼 수 있다); 치매노인 가족들은 아무 대책없이 문제상황에 놓여져 있으며 이에 대한 문제해결적 행동도 적절한 자원이용이나 지원이 없이 개인적으로 또는 해당가족원만으로 관리되고 있음
마정수 (1995). 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	임의표본: 북부노인 종합복지관에서 실시하는 치매노인 가족모임에 등록된 가족, 서울과 인천 소재의 노인전문 병원, 그리고 일반가정에서 치매노인을 부양하는 가족 70명 (간호제공자: 평균연령 45.9세, 며느리가 44.9%, 그 다음 딸, 아들, 배우자 순); 부양자의 82.9%가 여성, 32.9%가 40대	Zarit의 노인 기능 손상과 간호자 부담 측정도구를 수정 보완 Kinney 등의 치매노인 부양자의 스트레스 척도	기술통계, 피어슨 상관관계, t test, ANOVA	스트레스는 남성보다 여성이 많이 받았으며, 연령별로는 20대, 50대, 30대 순으로 많이 받음; 노인과의 관계에서는 며느리가 가장 스트레스를 많이 받았으며, 1일 부양시간이 길수록, 치매노인의 문제행동정도가 심할수록 스트레스가 증가하는 것으로 나타남; 치매진단 1 2년에서 스트레스가 가장 높았음; 부양자의 스트레스는 도움체계 미비영역에서 가장 높았고 치매노인의 인식능력 쇠퇴, 기본생활능력 보조, 이상행동, 수단생활보조 순이었음
유은정 (1995). 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	임의표본: 서울 시내 1개 대학병원과 1개 시립병원에서 노인성 치매라고 진단 받은 후 입원 중이거나 통원치료 중인 치매 노인의 가족 36명; 배우자 (27.7%), 자녀 (55.5%), 형제자매 (16.7%); 주간호자의 평균연령: 48.6세; 주간호자의 72.2%가 여성	Zung의 우울척도; 양영희 (1992)의 신체적 피로율 정도	기술통계, t test, ANOVA, 피어슨 상관관계	치매노인 가족의 간호요구 영역은 4개의 영역으로 분류할 수 있었고 이 중 간호방법에 관한 정보적 간호요구영역이 가장 높았으며, 그 다음이 가족의 정서적 지지와 관련된 간호요구, 치료와 관련된 간호요구, 복지와 관련된 간호요구 순으로 나타남; 간호자가 노인의 배우자나 자녀보다 형제, 자매에서 높은 간호요구도를 보임; 간호교대자가 있는 가족보다는 교대자가 없는 가족에게서, 증상발현이후 경과 개월 수가 오래될수록 간호요구도가 높았음; 치매노인의 ADL 수행정도에 따른 가족의 간호요구도는 의미있는 차이가 없었음; 가족의 신체적 건강상태와 간호요구 간의 상관관계를 분석한 결과 상관관계가 높지 않은 것으로 나타남; 가족의 우울과 간호요구는 유의한 상관관계 ($r = .58, p < .00$); 가족의 우울과 신체적 건강상태와는 역상관관계 ($r = -.30, p < .04$)

저자, 연도 및 연구방법	연구대상자	연구도구	자료분석 방법	연구결과
이경자 (1995) 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	임의표본; 서울과 인천소재의 신경정신과 의원과 노인전문병원을 이용하고 있는 치매노인을 돌보는 자가 치매노인 가족간호제공자 54명; 평균연령 (50.8세); 여자 (94.4%); 며느리 (50%), 배우자 (24.1%), 딸 (18.5)	Poulishock 등의 치매노인의 문제 행동측정도구; 서미해 등의 부담감측정도구; 가족원의 건강문제 측정도구 (한국판 코벨의학지수)	기술통계, t test, ANOVA, 피어슨 상관계수	치매노인의 문제행동: 건망증, 계속 같은 말을 반복하는 것, 비평적인 것, 상스러운 말의 사용; 돌보는 가족원들에게 부담이 되고 있는 것은 청결과 몸치장 문제, 화장실 출입과 실금과 실변의 문제 치매노인을 돌보는 가족원의 부담감은 상당히 높은 수준이었 고 노인을 돌봄으로써 자신에게 생기는 부정적인 반응인 고통스러움, 피로감, 우울, 긴장, 등을 지적함; 가족원의 건강문제는 보통보다 약간 낮은 수준으로 나타났으나 정신적인 건강문제가 신체적인 건강문제보다 높은 순위; 부담감과 간호제공자의 건강문제는 유의한 상관관계 ($r=.38, p<.01$); 노인을 돌보는 것이 가족관계, 사회생활, 친구관계에도 부담감을 느낌
장덕민 (1995) 양적연구, 비교조사 연구, 횡단연구	임의표본; 정상노인 주부양자 44명과 서울, 인천, 대전시의 4개 병원과 서울시의 2개 시설을 이용하고 있는 치매노인 주부양자 47명; 정상노인의 주부양자의 평균연령 45.2세 (며느리 72.7%, 딸 13.6%, 아들 13.7%); 치매노인의 주부양자의 평균연령 44.8세 (배우자 12.8%, 며느리 34%, 딸 31.9%, 아들 17%)	치매노인의 문제 행동측정도구, 기존 척도 (부담 면접척도, 부양 비용척도, 부양자 스트레스 척도) 를 근거로 개발	기술통계, t test, 피어슨 상관계수	정상노인주부양자 집단과 치매노인 주부양자 집단 간 부양스트레스는 차이가 없었음; 치매노인의 문제행동 빈도가 많을수록 부양스트레스는 높았으며, 일상생활 동작능력 수준은 부양스트레스와 상관이 없었음; 문제행동의 하위 영역인 인지장애, 행동장애, 정서장애 중 인지장애는 부양스트레스와 상관이 없었으며, 행동장애와 정서장애는 부양스트레스와 통계적으로 유의한 정적상관을 보임; 치매노인 주부양자 집단에서 하루 중 부양시간에 보내는 시간이 많을수록 부양스트레스는 증가했으며, 노인과의 병전 관계가 좋을수록 부양스트레스는 낮았음
장인순 (1995) 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	임의표본; 치매역학조사, 군 의료원 신경정신과에서 관리되고 있는 치매노인, 보건소 의뢰 치매노인과 동거하면서 1차적으로 돌보는 가족 60명 (여자 83.3%; 평균연령: 54.05 세; 며느리가 41.7%, 부인이 28.3%, 자녀가 25%)	가족 부담감: Novak (1989) & Zarit (1979); 치매질병정도: Huges Scale (1982)	T test, ANOVA, 다단계 중 다회귀분석	가족부담감 점수는 평균 61.24로 보통이상; 가족부담감은 치매정도, ADL 수행정도는 시간부담영역에서, 신체기능정도는 장애가 심할수록 부담감이 높게 통계적으로 유의한 차이를 나타냄; 다단계 중다회귀분석 결과, 가족부담감과 관련된 주요변수는 ADL 기능정도로 70% 설명이 가능하였고, 다음으로 가족부담감에 영향을 미치는 변수는 치매정도, 환자와 친밀정도, 환자와의 관계로 이를 모두 첨가하면 가족부담감 변이의 79%를 설명해줌
최미경 (1995) 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	서울시내 1개 대학병원, 인천시내 1개 치매전문병원 및 1개 탁아소에 서 노인성 치매라고 진단을 받고 입원하거나 통원치료 중인 노인을 돌보고 있는 가족 70명; 간호제공자의 평균연령: 51.1세 (배우자: 25.7%, 아들: 18.6%, 며느리: 20%, 딸: 5.7% 등)	치매노인의 가족갈등 연구자에 의해 개발	기술통계, T test, ANOVA, 피어슨 상관계수	가족간의 갈등을 일으키는 경우가 많았다는 가족이 5점 척도에서 평균 3.69로 나타나 갈등을 경험하는 중간호자가 많은 것으로 나타남; 배우자가 가장 갈등을 많이 느끼고, 며느리, 아들 순으로 나타났음. 배우자가 다른 부양자에 비해 사회적 활동제한, 심리적 부담, 건강상의 부담을 더 많이 경험; 문제행동과 가계부담이 많을수록 그리고 ADL 수행정도가 낮을수록 가족의 갈등은 높은 것으로 나타남; 치매증상의 발현시기와 갈등은 역상관관계를 보임
이경순 (1996) 질적연구 (현상학적 연구)	치매환자를 돌보는 가족구성원 2명 (며느리, 부인)	개방적, 비구조적인 질문형태	Colaizzi (1978)가 제시한 현상학적 방법	가족간호제공자가 경험하는 것으로 나타나는 주제(themes)는 고통, 부담감, 좌절감, 피로, 적응, 영적인 삶, 성숙, 정보추구로 나타남; 부정적인 경험+ 긍정적인 경험
조남옥 (1996) 질적연구 (현장연구 사례연구법)	북부노인복지관의 치매가족모임에 참여하는 가족과 S의료원 치매클리닉을 이용하는 18명의 치매환자 가족; 배우자 (22.22%), 며느리 (38.89%), 딸 (33.33%), 아들 (5.56%); 83.33%가 여성	준구조화된 질문지 & 치매정도 조사지를 이용한 심층면담 (추가로 전화면담) 녹음	내용분석법	가족들이 가장 참기 힘들고, 힘들 것으로 예상되는 문제는 인지능력 저하보다는 실금이나 외상상태 등의 ADL 수행능력의 저하와 심한 의심이나 망상 등 정신과적 증상과 과격한 행동 등의 이상행동이었음; '자식이니까' '나 밖에 돌볼 사람이 없으니까' (책임/희생)가 주된 부양의식으로 나타남; 배우자의 경우 부인이 자식인 경우 며느리의 경우 부담감이 더 큰 것으로 나타남; 가족경험의 진행단계: 의구심, 좌절과 우울, 갈등, 분노 폭발, 포기 순응 (각 단계별 환자의 특징적인 양상: 기억장애가 나타난 시기, 치매를 의심 또는 진단받는 시기, 배회나 ADL 수행능력의 저하로 늘 지켜봐야 하는 시기, 대소변 실금이나 심한 정신과적 증상이 나타나는 시기, 환자가 최약해진 후의 단계)

저자, 연도 및 연구방법	연구대상자	연구도구	자료분석방법	연구결과
최태경, 김윤정 (1997). 중적연구 (2 Wave Panel Study): T1, T2 (2년후)	임의표본; 서울에 있는 복지관의 치매 노인 가족모임에 참여하는 치매노인 부양자들 26명 (배우자: 30.8%, 며느리: 38.5%, 아들 또는 딸: 30.8%); 여성이 88.5%	Zarit (1982)의 노인기능손상 척도와 간호부담척도	기술통계, 상관관계, paired t test	노인의 치매중세가 T1보다 T2에서 더 심해진 반면 부양자가 지각하는 부담의 수준은 통계적으로 유의하지는 않았지만 비교적 중; 치매중세 변이들, 부양자원의 변이들, 부양부담 변이들은 부양자 개개인에 있어서 T1과 T2사이에 그 변화의 방향과 정도가 매우 다양, 부양상황 관련요인들의 변화의 방향과 정도에 있어서 부양자간의 개인차를 보여주는 결과는 치매노인 부양상황에서 치매중세 자체보다는 부양자의 반응과 부양자의 대처자원이 이러한 개인간 차이를 가져온 것으로 해석할 수 있음; 가정소득은 속박감과 일관성있게 부적인 상관을 보임; 정서적 지지가 적은 사람들이 속박감을 많이 느낀다.
윤가현 (1998). 양적연구, 비교문화적 연구, 횡단연구	임의표본; 국내 거주 한국인 (G1: 44명), 재미동포 한국인 (G2: 32명), 백인 (G3: 54명) 치매환자를 가정에서 돌보는 일자간호제공자 광주광역시 및 전라남도 거주자 G1 부양자의 93.2%, G2 64.8%, G3는 87.7%가 여성; G1: 부양자의 약 80%가 며느리, 7%가 배우자, 7%가 딸인 반면, G2는 약 70%는 배우자, 20%가 딸, G3는 약 40%가 배우자, 56%가 딸 또는 며느리	Zarit의 개정판 노인기능손상척도와 Spielberger et al. (1985). 불안척도 우울증 척도 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D)	기술통계, MANOVA	세 집단간의 우울증 및 불안 척도의 점수를 비교했을 때 한국인들의 점수가 가장 높게 나타났지만 백인들이 가장 낮음; 우울증의 경우 연령, 교육수준, 신체적 건강의 공변인을 통제했을 경우 문화권에 대한 차이가 사라졌지만 불안장애는 한국인 및 재미동포 부양자들이 백인들보다 더 심한 불안장애를 보임; 부양상황에 대한 주관적인 부담감은 재미동포에게서 가장 높게 나타남; 가족주의 점수는 한국인에게서 가장 높은 것으로 나타남; 의무감이나 책임감이 높은 한국인이 다른 집단보다 치매환자 부양 상황을 더 부담스럽게 지각하는 것으로 해석됨; 한국인 부양자는 백인이나 재미동포에 비해 도구적 지원자와 정서적 지원자의 수가 유의하게 적은 것으로 나타남
문혜리 (1998). 양적 연구, 조사연구, 횡단연구	임의표본; 시설서비스를 이용하는 가족간호인 57명 (1개 치매 전문병원에 입원한 치매 노인의 가족간호인 38명, 서울의 1개 단기보호소에 입원한 치매노인의 가족간호인 19명), 충북 지역의 가정 내의 가족간호인 103명 총 160명; 간호제공자의 평균연령: 48.62 여자: 남자=41: 말아들, 말며느리 40.0%, 기타 자녀, 며느리 28.8%, 딸, 사위 13.1%	Zarit의 노인기능 손상척도와 간호부담척도 Andrew & Withey (1976)의 삶의 질 측정정도 (얼굴표정척도)	기술통계, 경로분석	간호인의 건강문제를 보면 1가지 이상의 질병이나 장애를 보유하고 있는 경우가 전체의 66.6% (두통이 가장 많았고 신경통, 우울, 소화불량, 불면 등으로 대부분이 심인성 장애로 나타남); 가족간호인의 건강문제가 간호자의 삶의 질에 직접적으로 영향을 미치는 요인으로 분석. 가족간호인의 간호부담에 대한 예측 변수들의 설명력은 경제적 부담에 대하여 26.9%, 신체적, 사회적 부담에 대하여 32.7%, 부정적 노인 간호자 관계에 대하여 66.3%