

한국 치매노인 가족의 삶의 질(FQOL-D) 척도 개발 및 타당화 연구

윤 경 아
(대전대학교)

손 의 성*
(배재대학교)

조 주 연
(대전대학교)

본 연구의 목적은 치매노인 가족의 삶의 질 척도인 Family Quality of Life in Dementia(FQOL-D)를 근거로 한국 치매노인 가족의 삶의 질을 측정할 수 있는 도구를 개발하고 이를 타당화하는 것이다. FQOL-D 척도는 장애인 가족의 삶의 질 분야에서 가장 광범위하게 사용되는 척도 중의 하나인 Beach Center의 Family Quality of Life 척도를 기반으로 Rose와 Williams(2010)에 의해 개발되었다. 연구자료는 대전과 충청 지역에 거주하는 치매노인 가족부양자 156명으로부터 수집되었다. 수집된 자료에 대한 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 실시하여 최종적으로 24문항으로 구성된 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도를 개발하였다. 이 척도는 '가족상호작용', '사회적/정서적 안녕', '신체적/물질적 안녕', '치매관련 지지', '돌봄역량의 5개 요인으로 구성되었다. 개발된 척도의 Cronbach's α 값이 .900으로 높은 내적 일치도를 보였으며, 최종 모형의 적합도지수 TLI가 .886, CFI가 .900, RMSEA가 .067로 적합한 수준의 타당도를 나타내었다. 또한 수렴타당성 및 판별타당성도 충족하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 타당화한 척도를 활용하여 치매노인을 돌보는 개별 가족의 자산과 능력을 파악할 수 있으며, 치매노인 가족의 삶의 질에 미치는 정책의 영향도 파악할 수 있을 것으로 기대된다.

주요용어: 치매, 치매노인 가족의 삶의 질 척도, 치매노인 가족, 가족의 삶의 질

* 교신저자: 손의성, 배재대학교(ses63@pcu.ac.kr)

■ 투고일: 2015.10.31 ■ 수정일: 2015.12.14 ■ 게재확정일: 2016.1.7

I. 서론

치매는 자립성 상실(autonomy loss)의 주요 원인으로(Forette, 2012) 치매에 걸린 노인뿐만 아니라 노인을 돌보는 가족의 생활에까지 심각한 영향을 미치는 질병이다. 이 때문에 의료분야에서는 치매의 예방과 치료에 노력을 기울이고 있으며, 사회복지와 간호학분야에서는 치매노인 부양가족의 어려움을 경감하는 데 관심을 갖고 있다. 치매는 국가적인 관심사이기도 하여 미국, 영국, 프랑스, 일본을 비롯한 OECD 주요 국가들은 2001년부터 국가치매관리계획을 수립하여 치매의 예방과 치료에 많은 노력을 기울이고 있다(장창수 등, 2014).

우리나라에서도 치매환자의 급격한 증가속도와 치매로 인한 사회경제적 비용문제의 심각성에 관심을 갖고 국가차원의 대응이 절실함을 인식하게 되었다. 이에 따라 정부는 2008년부터 국가치매관리종합계획을 수립하였으며, 2011년 8월에는 치매관리법을 제정하였다. 2014년 7월에는 노인장기요양보험 요양등급에 치매특별등급을 포함시키는 등 치매관리사업을 확대하고 있다(김상우, 이채정, 2014). 이러한 국가의 치매정책과 사업은 치매노인의 증가와 함께 향후 더욱 확대될 전망이며, 사업의 성과를 확인, 측정하는 일도 매우 중요해질 것이다.

그동안 치매노인을 포함한 노인성질환자가 가족생활에 미치는 영향은 부양자의 신체적, 정서적 부담에 초점이 맞춰졌고(Rose & Williams, 2010), 이러한 부담과 관련된 실천적, 정책적 함의가 도출되었다. 하지만 노인성질환이 가족에 미치는 영향을 부양자의 부담과 같은 부정적 측면에 초점을 맞춰 측정하면 장애나 질환이 가족생활에 미치는 다양하고 복잡한 영향을 파악하기 어렵다(Summers et al., 2005). 또한 장애나 질환이 가족에 미치는 긍정적인 효과를 간과할 수 있다(Taunt & Hastings, 2002; Summers et al., 2005 재인용). 이러한 배경에서 우리나라의 제3차 국가치매관리종합계획에서도 강조된 바와 같이, 최근 가족의 삶의 질이 정책의 주요 성과지표로 대두되었다. 노인장기요양제도나 치매정책과 같이 주요 정책목표 중의 하나가 가족의 안녕상태 향상인 경우에는 가족의 삶의 질이 성과지표로서 유용하다. 성과지표로서의 가족의 삶의 질은 실시된 프로그램이 가족에게 미치는 광범위한 효과를 측정할 수 있으며, 다양하게 제공된 서비스의 효과를 비교할 수 있는 기회를 제공하기 때문이다(Hoffman, Marquis, Poston, Summers, & Turnbull, 2006).

한편 가족구성원의 장애가 가족전체에 영향을 미치는 것처럼 가족구성원의 치매도 가족전체에 영향을 미치기 때문에 치매노인 돌봄의 효과를 측정하는 데 있어서 가족의 삶의 질은 치매노인을 돌보는 개별부양자의 삶의 질이나 부양부담 혹은 건강을 측정하는 것보다 효과적이다(Ducharme & Geldmacher, 2011). 또한 가족의 삶의 질은 가족정책의 성과를 측정하는 변수로 활용할 때 유리한 측면이 있다. 돌봄의 성과를 측정하는 변수로서 가족의 삶의 질을 활용하면 스트레스나 부양부담에 초점을 맞추는 것보다 돌봄이나 서비스 제공의 결과를 통합적으로 측정할 수 있으며, 가족의 잠재능력을 높일 수 있는 자산과 능력에 초점을 맞출 수 있기 때문이다(Turnbull, Blue-Banning, Turbiville, & Park, 1999).

하지만 치매분야에서 가족의 삶의 질은 간과되어 왔다(Rose & Williams, 2010). 치매노인의 삶의 질이나 개별가족구성원의 삶의 질에 대한 연구가 상당수 진행된 데 반해 치매노인을 돌보는 가족의 삶의 질을 살펴본 연구는 매우 미흡한 상황이다. 이에 Rose와 Williams(2010)는 치매노인과 생활하면서 영향을 받는 가족의 삶의 질을 측정할 수 있는 척도인 Family Quality of Life in Dementia(FQOL-D)를 개발하였다. Rose와 Williams(2010)는 치매노인을 돌보는 다섯 가정을 대상으로 5개 요인(가족상호작용, 직접적 수발 및 일상생활지원, 정서적/행동적 안녕, 신체적/인지적 안녕, 치매관련 지지 및 의료지원)을 중심으로 심층면접을 하여 개발한 문항과 미국 캔자스대학 Beach Center의 Family Quality of Life(FQOL) 척도 25문항을 통합하여, 2개 요인(개인적 삶의 질 요인, 가족의 삶의 질 요인) 41개 문항으로 구성된 Family Quality of Life-Dementia(FQOL-D) 척도를 개발하였다.

앞에서 언급했듯이 가족의 삶의 질이 비교적 최근에 발달한 개념이기 때문에 이를 측정할 수 있는 척도가 부족하다. 특히 치매노인 가족의 삶의 질 분야에서는 FQOL-D 척도 외에는 찾아보기 어렵다. FQOL-D 척도가 외국척도이긴 하지만 개발과 타당화 검증과정에서 이론적, 경험적 검토를 충분히 거쳤으며, 가족 삶의 질 분야의 대표적 척도인 Beach Center의 FQOL 척도를 기반으로 치매노인 가족관련 내용을 추가한 점에서 국내 치매노인 가족의 삶의 질 측정에도 공통적으로 요구되는 내용이 반영된 것으로 판단된다.

그러나 다양한 신뢰타당화 검증을 거친 Beach Center의 FQOL 척도에 비해 Rose와 Williams(2010)의 척도는 보다 심층적인 검토가 필요할 것으로 여겨진다. 즉 Rose와

Williams(2010)가 치매가족에 대한 심층면접을 통해 추가한 문항들에 대한 타당화 작업이 충분히 이루어지지 않은 상태에서 추가된 치매노인 가족의 욕구 관련 항목들이 FQOL 척도와 유기적으로 잘 결합되고 있는지에 대한 재검토가 필요하다. 특히 Rose와 Williams(2010)가 개발한 FQOL-D 척도는 Beach Center의 FQOL 척도의 5요인 구조가 잘 드러나지 못하고 크게 개인과 가족의 두 요인으로만 제시되고 있어서 검토가 필요하다. 예를 들어, FQOL-D 척도는 개발된 후 충분한 타당화 작업이 이루어져 가족의 삶의 질에 대한 개념적 구조가 안정적인 틀을 갖추고 있는 Beach Center의 FQOL 척도에 치매노인 가족의 케어 욕구와 관련된 삶의 질 문항이 추가되었을 뿐인데 FQOL과 FQOL-D 척도가 상이한 요인구조를 나타내는 것에 대한 재검토가 이루어질 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 Rose와 Williams(2010)의 FQOL-D 척도에 대한 타당화 작업을 통해 Beach Center의 FQOL 척도와 이를 기반으로 개발된 FQOL-D 척도의 요인구조를 재검토하여 한국 치매노인 가족의 삶의 질을 측정할 수 있는 도구를 개발하고자 한다. 가족의 삶의 질은 개인과 그 가족을 대상으로 하는 사회복지실천의 궁극적인 목적이며, 서비스와 정책의 중요한 결과이다(Wang & Brown, 2009). 지역사회에서 치매노인에게 서비스를 제공하는 전문가들에게 FQOL-D 척도는 치매노인 가족의 삶 향상을 위한 개입을 계획하고 서비스 제공의 결과를 측정할 수 있는 기회를 제공할 것이다(Rose & Williams, 2010).

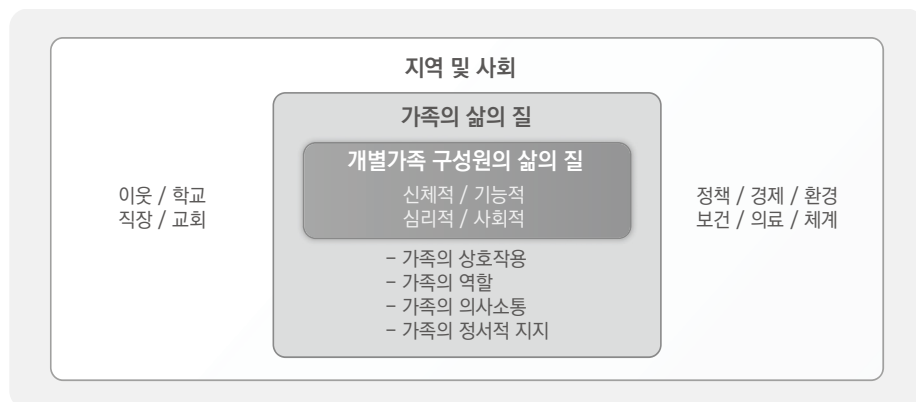
II. 이론적 배경

1. 가족의 삶의 질 개념

가족의 삶의 질이라는 용어는 사회복지나 특수교육을 포함하여 다양한 분야에서 사용되고 있지만 이에 대한 관심은 지적 및 자폐성장장애분야에서 두드러졌다. 이 분야에서 가족의 삶의 질에 대한 관심이 두드러진 이유는 지적 및 자폐성장장애인의 생애주기가 길어지면서 아들에게 가족의 역할이 더욱 중요해지고, 가족이 중요한 환경임이 밝혀졌기 때문이다(Rillotta, Kirby, Shearer, & Nettelbeck, 2012). 다른 한편으로는 장애인의

부모나 가족들이 장애인 개인의 삶의 질에 초점을 맞춰 서비스가 제공되는 것을 환영하지만, 서비스 제공 시 전체 가족의 삶의 질도 고려될 필요가 있음을 자주 언급했기 때문이다(Renwick et al., 1998; Samuel, Rillotta, & Brown, 2012 재인용). 이러한 배경에서 이 분야에서 삶의 질 관련 연구의 관심이 장애를 가진 개인에서 가족으로 이동하게 되었다. 가족의 삶의 질은 개인의 삶의 질의 확장된 개념으로(Wang & Brown, 2009), 장애분야에서 관심의 초점이 장애인 개인의 삶의 질에서 가족의 삶의 질로 이동한 것은 관심영역의 확대로 간주된다. [그림 1]에서 보는 바와 같이 가족체계론적 관점에서 볼 때 가족의 삶의 질 개념에 개별가족구성원의 삶의 질도 포함되기 때문이다(Wisawatapnimit, 2009). 가족의 삶의 질 연구에는 한 단위로서의 가족의 삶의 질과 개별가족구성원의 삶의 질 차원이 포함되며, 보다 광범위한 체계의 영향도 고려된다.

그림 1. 가족의 삶의 질



자료: Wisawatapnimit, P. (2009). p.26.

가족의 삶의 질을 정의하려는 노력 역시 지적 및 자폐성장애분야에서 주로 이루어졌다. 이러한 노력은 이 분야 주요 연구팀인 Beach Center 팀과 국제 가족의 삶의 질 연구팀(The International Family Quality of Life Project)에 의해 수행되었다. Beach Center 연구팀에 따르면, 가족의 삶의 질은 가족의 욕구가 충족되고, 가족이 함께 즐기고, 가족에게 중요한 활동을 할 수 있는 상태로 정의된다(Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000). 즉 가족이 높은 삶의 질을 경험하기 위해서는 중요한 영역에서 가족의 욕구가 충족되고, 가족이 함께 즐길 수 있어야 하며, 가족에게 중요한 활동을 할 수 있어야 한다. 국제 가족의 삶의 질

연구팀인 Brown과 Brown(2004; Wang & Brown, 2009 재인용)은 가족의 삶의 질에 고려되어야 할 요소로 가족이 추구하는 바를 이루는 것, 이룬 것에 만족하는 것, 그들이 살고자하는 바대로 살 수 있는 권한이 부여되었다고 느끼는 것을 들고 있다. 이러한 요소들이 가족에게 중요한 영역에서 이루어질 때 가족은 높은 삶의 질을 경험하게 된다. 두 연구팀의 정의 모두에 가족의 삶의 질에 필요한 요소가 제시되어 있다. 또한 Beach Center 연구팀의 정의에서 개별 가족이 독특한 존재임이 강조되고 있을 뿐만 아니라(Wang & Brown, 2009), 국제 가족의 삶의 질 연구팀의 정의에도 개별 가족의 독특성이 내포되어 있다. 즉 가족마다 특정 경험이나 활동에서 느끼는 만족도나 중요도가 다를 수 있기 때문에 동일한 경험이나 활동을 하는 가족들이라도 가족의 삶의 질은 다르게 나타날 수 있다. 또한 가족의 삶의 질은 장애가 가족에 미치는 긍정적인 영향과 부정적인 영향, 가족의 능력과 자산 등이 고려된 역동적인 개념이다. 따라서 장애인 가족의 스트레스나 부담, 부적응에 초점을 맞춘 연구와 달리 가족의 삶의 질에 초점을 맞춘 연구들에서는 장애가 가족에 미치는 부정적인 측면이 강조되는 것이 아니라 강점과 안녕상태 향상이 강조된다 (Chiu, Kyzar, Zuna, Turnbull, Summers, & Aya, 2013, p.365).

2. 가족의 삶의 질 측정도구

사회복지분야에서 치매노인 가족의 삶의 질에 관심을 갖게 된 것은 최근의 일이고, 아직까지 국내외에서 치매노인 가족의 삶의 질에 관한 연구나 치매노인 가족의 삶의 질을 측정하기 위한 도구 개발은 미흡한 상황이다. 앞에서 살펴본 바와 같이, 가족의 삶의 질 연구의 선두분야는 지적 및 자폐성장장애분야로 이 분야에서는 Beach Center와 국제 가족의 삶의 질 연구팀에서 개발된 척도인 FQOL과 FQOLS-2006을 사용하여 연구가 이루어지고 있다. FQOL과 FQOLS-2006 척도가 가족의 삶의 질 분야에서 가장 활발히 사용되고 있으며, 또한 Beach Center의 FQOL은 FQOL-D(Rose & Williams, 2010)의 기반이 된 척도이므로 이 두 척도의 하위차원과 특징에 대해 좀 더 구체적으로 살펴보고자 한다(표 1). 먼저, Beach Center의 FQOL 척도는 가족의 삶의 질 하위차원에 대한 가족의 만족도를 측정하고, 가족에게 제공된 서비스를 평가할 목적으로 사용된다 (Chiu, Kyzar, Zuna, Turnbull, Summers, & Aya, 2013, p.384). 이 척도는 신체적 및 물질적 안녕상태, 정서적 안녕상태, 가족상호작용, 돌봄, 장애관련 지원의 5개 하위차

원, 25개 문항으로 구성되며, 서비스 제공자나 프로젝트 평가자가 쉽게 이용할 수 있는 장점이 있다(Samuel, Rillotta & Brown, 2012). 다음으로, 국제 가족의 삶의 질 연구팀에서 개발한 FQOLS-2006은 지적 및 발달장애인 가족의 삶의 질을 측정하고, 가족의 삶의 질 상태와 욕구를 이해하는 데 사용된다(Chiu, Kyzar, Zuna, Turnbull, Summers, & Aya, 2013, p.384). 척도는 9개 하위차원(가족건강, 재정적 안녕상태, 가족관계, 타인으로부터의 지원, 장애관련 서비스 지원, 가치의 영향, 경력 및 경력준비, 여가와 오락, 지역사회관계)으로 이루어지며, 문항은 질적, 양적의 두 차원으로 구성된다. 이에 따라 다양한 욕구를 가진 취약계층 장애인 가족의 욕구와 성과를 평가하는데 유용하다(Samuel, Rillotta, & Brown, 2012). 이상의 장애분야 주요 가족의 삶의 질 척도를 통해 볼 때, 가족의 삶의 질은 다차원적 개념으로 가족관계, 다양한 차원의 안녕상태, 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스에 초점이 있음을 볼 수 있다.

표 1. 장애분야 주요 가족의 삶의 질 척도 비교

척도	영역	질문 수		특징
		기술적 질문	개관적 질문	
Beach Center FQOL	1. 신체적 및 물질적 안녕상태	0	5	- 간단하고 사용이 용이하여 빠른 정보를 원하는 서비스 제공자나 프로젝트 평가자가 활용하는데 유용
	2. 정서적 안녕상태	0	4	- 다양한 장애가 있는 어린 자녀를 돌보는 부모의 욕구충족 평가에 적절
	3. 가족상호작용	0	6	- 전형적인 취약가족대상 사업의 계획과 평가에 잘 맞지 않음
	4. 돌봄	0	6	
	5. 장애관련 지원	0	4	
FQOLS-2006	1. 가족건강	3	6	- 다양한 욕구를 가진 전형적인 취약가족의 지원과 역량강화를 위한 계획과 평가에 더 적절
	2. 재정적 안녕상태	6	6	
	3. 가족관계	3	6	
	4. 타인으로부터의 지원	5	6	- 기술적 질문을 통해 질적자료 수집이 가능하므로 질적자료를 통해 양적정보를 설명하고 의미를 확대할 때 유용
	5. 장애관련 서비스 지원	3	6	
	6. 가치의 영향	5	6	
	7. 경력 및 경력준비	6	6	
	8. 여가와 오락	3	6	
	9. 지역사회관계	4	6	

자료: Samuel, P. S., Rillotta, F., & Brown, I. (2012). pp.8-11에서 정리.

III. 연구방법

1. 연구설계 및 절차

본 연구는 FQOL-D 척도가 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도로서 타당한가를 평가하기 위한 방법론적 연구로 원 도구인 FQOL-D 척도 사용에 대한 저자 승인 및 연구자가 소속된 기관의 기관윤리심의위원회의 승인(IRB No.1040647 - 201506-HR-012-03)을 얻었다. FQOL-D 척도 초안 개발을 위해 척도의 번역 및 수정단계, 전문가위원회의 검토, 사전조사를 실시하였다. 구체적인 과정은 다음과 같다. 먼저, 연구자 2명이 각각 FQOL-D 척도의 처음 개발문항 50개를 우리말로 번역하고, 합의하는 과정을 거쳤다. 이 과정에서는 원문항의 의미를 살리는데 초점을 두었다. 또한 FQOL-D 척도가 Beach Center에서 개발한 장애인 가족의 삶의 질 척도에 기반하고 있기 때문에 이 척도개발에 참여한 한국인 연구자가 제공한 척도의 한국어판 문항 번역을 참고하였다.

다음으로, 예비번역본을 준비하기 위해 전문가위원회의 검토를 거쳤다. 노인복지전공 교수 3인을 포함한 전문가위원회에서는 한국어 번역 문항의 정확성과 한국적 상황에 맞춰 수정이 필요한 문항이 있는지를 검토하였다. 이 과정에서 '(치매)어르신이 직장에서 잘 지낼 수 있도록 도움을 받고 있다'는 항목은 우리나라 상황에서 직장에 다니고 있는 치매노인이 거의 없을 것으로 판단하여 삭제하였다. 그리고 개별문항으로 구성되었던 '우리 가족은 필요할 때 치과치료를 받는다'를 '우리 가족은 필요할 때 치료를 받는다'의 문항에 포함시키고, '우리 가족은 1차 진료 의사와 관계가 좋다'와 '우리 가족은 전문의와 관계가 좋다'를 합쳐 '우리 가족은 의사와 관계가 좋다'의 한 문항으로 하였다.

끝으로, 예비번역본을 가지고 치매노인과 그 가족에게 서비스하는 사회복지사 및 요양보호사 6명에게 번역 문항의 내용타당성을 확인하였다. FQOL-D 척도는 치매노인과 그 가족을 대상으로 서비스를 제공하는 기관에서 가족의 욕구를 측정하는 체크리스트로서의 기능도 있기 때문에 이 도구를 사용할 기관의 실무자인 주간보호센터근무 사회복지사 3인과 방문요양기관소속 요양보호사 3인에게 내용타당성을 확인하였다. 치매노인 가족 10명에게도 동일한 과정을 거쳤다. 이 과정에서 '우리 가족은 영적인 활동에 참여하는데 시간을 보낸다' 등과 같이 문화적 차이로 연구대상이 내용을 이해하기 어려운 5개 문항을 제외하였다. 특히 영적인 활동 문항은 종교활동 인구가 약 50% 정도인 한국

적 상황에서 비종교인에게 불리한 문항인데다 심리사회적 요인 속에 영적인 활동 요인이 이미 내재되어 있다는 판단 하에 제외하였다. 최종 FQOL-D 척도의 번역본은 42개 문항으로 구성되었다.

2. 연구대상

대도시와 농촌지역의 주간보호센터와 방문요양을 이용하는 치매노인 가족을 대상으로 연구목적에 맞는 대상자를 아래와 같이 선정하였다. 첫째, 장기요양등급에서 치매특별등급을 받은 노인의 가족. 둘째, 치매특별등급이 아닌 장기요양등급을 받은 노인 중 치매진단을 받은 노인의 가족. 셋째, 위 두 항목 중 하나에 해당되며, 동시에 적어도 일주일에 한 시간이상 치매노인을 돌보는 주부양자(가구 당 1인)를 대상으로 조사를 진행하였다. 시설에 입소하여 생활하는 노인의 가족은 제외하였다.

연구대상자의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 피부양자인 치매노인은 여성(77.6%)이 남성(22.4%)에 비해 높은 비율로 나타났으며, 연령대는 80대(51.3%)가 가장 많았고, 그 다음으로 70대(24.4%), 90대 이상(18.6%), 60대 이하(5.8%)의 순으로 나타났다. 치매노인의 장기요양등급은 치매특별등급(5등급)이 19.9%였으며, 나머지 약 80%는 치매로 인해 혹은 치매 이외의 노인성 질환으로 인해 신체적, 인지적 기능이 낮은 수준임을 알 수 있다. 피부양자의 거주지역은 도시지역이 34%, 농촌지역이 36%였으며, 이용 서비스 시설에서는 주간보호센터가 44.2%, 방문요양기관이 55.8%로 나타났다. 모집단의 특성과 비교할 때, '중앙치매센터 연차보고서 2014'의 국내 치매 현황 자료에서 612,047명의 치매환자 중 여성이 71.3%, 남성이 28.7%이었으며, 연령대에서는 60대가 7.2%, 70대가 29.1%, 80대 이상이 37.6%로 나타나 모집단과 큰 차이를 보이지 않았다.

표 2. 연구대상자의 일반적 특성

구분		명	%
피부양자 성별	남	35	22.4
	여	121	77.6
피부양자 연령 (M=82.3, SD=8.02)	60대 이하	9	5.8
	70대	38	24.4
	80대	80	51.3
	90대 이상	29	18.6
피부양자 장기요양등급	1등급	6	3.8
	2등급	12	7.7
	3등급	57	36.5
	4등급	50	32.1
	5등급	31	19.9
피부양자 거주지역	도시	53	34.0
	농촌	103	66.0
피부양자 조사기관	주간보호센터	69	44.2
	방문요양기관	87	55.8
부양자 성별	남	58	37.2
	여	98	62.8
부양자 연령 (M=53.4, SD=11.39)	30대 이하	9	5.8
	40대	24	15.4
	50대	60	38.5
	60대	31	19.9
	70대 이상	32	20.5
부양자 학력	중졸 이하	30	19.3
	고졸	64	41.0
	대졸 이상	62	39.7
피부양자와의 관계	배우자	31	19.9
	아들	41	26.3
	딸	51	32.7
	머느리	33	21.2

구분		명	%
부양기간	5년 미만	53	34.0
	5년-10년 미만	42	26.9
	10년-15년 미만	30	19.2
	15년 이상	31	19.9
부양자 경제상태	매우 나쁨	3	1.9
	나쁨	30	19.2
	보통	94	60.3
	좋음	28	17.9
	아주 좋음	1	0.6
합계		156	100.0

또한 본 연구의 대상자인 치매노인 가족의 일반적 특성에서는 여성의 비율이 62.8%로 남성의 37.2%보다 높게 나타났다. 연령은 평균 53.4세(SD=11.39)로 50대 이상이 80%정도였으며, 40대 이하가 20%정도였다. 학력에서는 고졸 이상이 80.7%로 대체로 학력이 높게 나타났으며, 치매노인과의 관계에서는 자녀(아들, 딸, 며느리)가 80.1%, 배우자가 19.9%로 나타났다. 부양기간은 10년 미만이 60.9%, 10년 이상이 39.1%로 나타났다. 부양자의 경제상태는 보통 수준으로 응답한 비율이 60.3%로 가장 높았으며, 나쁘다는 응답이 21.1%, 좋다는 응답이 18.5%로 나타났다. 이러한 본 연구대상의 특성과 비교할만한 치매노인 부양가족에 대한 모집단 특성 관련 전국 자료가 없어 보건복지부의 용역과제로 수행한 '치매 노인 실태 조사(분당서울대학교병원, 2011)와 비교하면, 치매조호자 표본 731명의 일반적 특성에서 여성이 67.2%, 남성이 32.8%였으며, 연령은 평균 57.3세(SD=13.6)로 오차범위를 크게 벗어나지 않는 유사한 수준으로 볼 수 있다. 하지만 피부양자와의 관계에서는 배우자가 33.7%로 본 연구대상과 차이가 나타났다. 이러한 점에서 일부 표본의 특성에서 차이가 발견되긴 하지만 전반적으로는 모집단과 유사한 인구학적 특성을 보인다고 볼 수 있다.

3. 자료수집

자료수집은 2015년 7월 1일부터 8월 14일까지 진행되었다. 대전과 충청지역의 주간

보호센터와 방문요양기관을 이용하는 치매노인 가족을 대상으로 유의표집방식으로 조사를 진행하였다. 연구진이 대전과 충청지역의 주간보호센터와 방문요양기관에 연락을 하여 설문조사에 동의하는 곳을 섭외하였으며, 섭외된 기관에 방문하여 치매노인 가족을 직접 만날 수 있는 사회복지사와 요양보호사에게 설문지를 전달하였다. 설문지를 직접 작성할 수 있는 사람에게는 설문지를 배포하여 회수하고, 직접 작성하기 어려운 경우에는 면접을 통해 설문지를 작성하도록 하였다. 설문지 전달과정에서 연구의 목적과 설문내용에 대해 연구진이 직접 설명하였으며, 조사에 동의하는 사람들을 대상으로 조사를 진행하였다. 설문조사에 참여한 실무진에게는 조사비를 제공하였으며, 참여가족에게는 답례품을 제공하였다. 최종적으로 14곳의 주간보호센터와 2곳의 방문요양시설에 설문지 162부를 배포하였고 156부를 회수하였다.

4. 연구도구 및 분석방법

FQOL-D 척도는 '개인 및 가족의 기능'과 '치매 가족구성원의 욕구충족'의 2개 하위요인으로 구성되며, 응답범주는 전혀 그렇지 않다(1)부터 매우 그렇다(5)까지의 5점 리커트 척도로 이루어졌다. FQOL-D 척도는 총 50문항으로 개발되었으나 예비조사에서 응답률이 떨어지거나 비해당 항목이 많은 9개 문항을 제외한 척도의 전체 신뢰도(Cronbach's alpha)는 .944, 개인 및 가족의 기능은 .936, 치매 가족구성원의 욕구충족은 .895로 나타났다.

Rose와 Williams(2010)가 FQOL-D 개발 당시 척도의 요인을 도출하기 위해 주성분분석(Principal Component Analysis: PCA)과 직각회전(varimax rotation)을 사용하였다. 그런데 주성분분석은 다양한 변수들을 잘 설명하는 소수의 주된 축(axis)을 찾는 것으로 단순한 차원축소가 주된 목적이기 때문에 최소한의 요인수를 추출하는 데는 유리지만 척도의 구성개념 설명에는 한계가 있다. 또한 직각회전은 요인 간 상관을 전제한 사각회전의 예외적 사례로 특별한 조건하에서 사용되므로 FQOL-D 척도의 경우 분석방법의 재검토가 요구된다.

한편 본 연구의 통계분석은 다음과 같은 과정을 거쳐 진행하였다. 먼저, 요인구조를 탐색하기 위해 1차적으로 탐색적 요인분석(Exploratory Factor Analysis: EFA)을 실시하여 하위영역 및 문항을 추출하였다. 탐색적 요인분석을 위한 통계패키지는 SPSS 21.0을

사용하였다. 본 자료가 요인분석에 적합한 자료인지 확인하기 위해 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)의 표본 적절성 측정치와 Bartlett의 구형성 검정치를 구하여 요인분석에 적합한 자료인지 확인하였다. 치매노인 가족의 삶의 질 척도의 요인을 추출하기 위해 Kaiser 방식으로 고유값 1을 기준으로 하여 정규성에서 조금 자유로운 주축분해법(principal axis factoring)을 실시하였으며, 요인의 회전은 요인 간 상관을 고려하여 사각회전(oblique rotation) 방식인 직접 오블리민(direct oblimin)을 실시하였다(김주환, 김민규, 홍세희, 2009). 또한 각 영역별 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's α 계수를 구하였다. 다음으로, 탐색적 요인분석을 통해 도출된 요인구조의 검토를 위해 통계 패키지 Amos 21.0을 이용하여 확인적 요인분석(Confirmatory Factor Analysis: CFA)을 실시하였다. 끝으로, 연구모형의 타당도를 확인하기 위해 구조방정식 모형을 통해 χ^2 (*CMIN*)값과 적합도지수들(*CFI*, *TLI*, *RMSEA*)을 준거로 하여 적합성을 검토하였다. *TLI*와 *CFI*는 값이 클수록 합치도가 좋으며, 일반적으로 .9 이상이면 좋은 적합도를 보인다고 볼 수 있다(홍세희, 2000; Kline, 2010). *RMSEA*는 .05 이하면 좋은 적합도, .05~.08 사이면 적절한 적합도, .10 이상이면 부적절한 적합도라고 볼 수 있다(Browne & Cudeck, 1993).

IV. 연구결과

1. 척도 개발

본 조사를 통해 수집된 표본이 요인분석에 적절한지를 검토하기 위해 KMO 표본적절성 측정치와 Bartlett 구형성검정치를 산출하였다. KMO 측정치가 .86, Bartlett 구형성검정치가 1846.42($p < .001$)로 본 분석에 사용된 자료가 탐색적 요인분석에 적합한 것으로 나타났다. 요인분석에 앞서 방문간호사 서비스 이용관련 34번 문항은 서비스 이용 경험이 있는 응답자가 12명에 불과하여 제외하였다. <표 3>에서 보는 바와 같이 FQOL-D 척도 42개 문항에 대한 요인분석 실시결과 5개 요인의 24개 문항이 추출되었다. 요인추출방식은 각 요인에 속하는 문항들의 요인적재치를 기준으로 .40 이하의 값을 가지는

문항을 순차적으로 하나씩 제거해가면서 반복적으로 분석하여 8개 문항(14, 22, 30, 31, 32, 38, 42, 43)을 제거하였고, 2개 이상의 요인에 동시에 .40이상의 요인부하량을 가지는 9개 문항(1, 3, 9, 10, 11, 12, 17, 20, 29)을 제거하였다. 이렇게 선정된 24개의 문항들에 대한 탐색적 요인분석의 결과는 <표 3>과 같다. 사각회전방법을 사용하는 경우 구조행렬과 패턴행렬이 산출되는데, 요인을 해석함에 있어서 행태행렬보다 구조계수가 더 기본적인기 때문에(Rummel, 1970) 구조행렬을 중심으로 해석하고 동시에 패턴행렬을 비교하면서 요인구조를 확정하였다.

최종적으로 확정된 5요인 모형은 전체 변량의 55.27%를 설명하는 것으로 나타났다. 5요인 모형에서 1요인은 가족의사소통, 상호지지 및 협력 등의 문항들로 구성되어 ‘가족 상호작용(family interaction)’으로 명명하였다. 2요인은 정서적 지지, 여가시간 및 필요시 도움 제공받음 등의 문항들로 구성되어 ‘사회적/정서적 안녕(social/emotional well-being)’으로 명명하였다. 3요인은 신체건강 및 사회경제적 안녕 등의 문항들로 구성되어 ‘신체적/물질적 안녕(physical/material well-being)’이라고 명명하였다. 4요인은 치매관련 서비스를 제공하는 사람들의 지지체계에 관한 문항들로 구성되어 ‘치매관련 지지(dementia-related support)’로 명명하였다. 5요인은 가족구성원들의 치매노인에 대한 돌봄과 관련된 문항들로 구성되어 ‘돌봄역량(caring competence)’으로 명명하였다.

표 3. 탐색적 요인분석의 구조(패턴)행렬

문항	1요인	2요인	3요인	4요인	5요인
2	.720(.645)	.436(.167)	-.305(-.039)	.250(-.013)	.206(-.006)
4	.707(.579)	.462(.158)	-.360(-.066)	.376(.124)	.227(.018)
5	.812(.804)	.326(-.008)	-.307(-.039)	.223(-.026)	.242(.020)
6	.825(.839)	.275(-.086)	-.326(-.066)	.237(-.002)	.219(-.005)
7	.795(.735)	.348(-.017)	-.344(-.044)	.335(.103)	.291(.079)
8	.677(.601)	.405(.146)	-.231(.051)	.260(.042)	.260(.079)
13	.402(.108)	.730(.638)	-.314(-.053)	.404(.129)	.084(-.084)
15	.449(.170)	.602(.454)	-.416(-.198)	.291(-.001)	.269(.097)
16	.357(.125)	.613(.575)	-.242(-.049)	.171(-.093)	.175(.032)
18	.259(-.126)	.800(.775)	-.290(-.027)	.423(.168)	.166(.038)
19	.455(.129)	.719(.602)	-.318(-.027)	.324(.042)	.373(.218)
21	.516(.316)	.629(.482)	-.249(.034)	.364(.115)	.109(-.067)

문항	1요인	2요인	3요인	4요인	5요인
23	.271(.050)	.337(.175)	-.516(-.441)	.274(.044)	.089(-.054)
25	.271(-.050)	.365(.174)	-.831(-.841)	.215(-.132)	.190(.002)
26	.289(.030)	.176(-.124)	-.857(-.865)	.349(.081)	.135(-.041)
27	.095(.315)	.110(-.188)	-.799(-.812)	.239(-.016)	.249(.086)
28	.271(.036)	.304(.110)	-.549(-.468)	.309(.092)	.148(.011)
33	.214(-.061)	.298(.069)	-.474(-.317)	.518(.392)	.178(.083)
35	.294(.017)	.320(-.051)	-.377(-.042)	.985(.985)	.057(-.023)
36	.296(.088)	.331(.059)	-.222(.083)	.749(.732)	.059(-.014)
37	.281(.141)	.059(-.154)	-.229(-.082)	.127(.068)	.608(.576)
39	.040(-.212)	.196(.140)	-.154(.034)	.084(.034)	.623(.644)
40	.249(.108)	.062(-.080)	-.085(.073)	-.050(-.097)	.834(.843)
41	.214(.078)	.179(.080)	-.116(.021)	.066(-.011)	.453(.422)

또한 <표 4>에서 5개 하위영역별 문항 간 신뢰도 Cronbach's α 계수를 제시하였다. 하위영역별 Cronbach's α 신뢰계수는 '가족상호작용' = .889, '사회적/정서적 안녕' = .756, '신체적/물질적 안녕' = .846, '치매관련 지지' = .705, '돌봄역량' = .825로 나타났다. 문항 전체 신뢰도 계수는 .900으로 5개 요인 전체가 .6 이상의 신뢰도를 보여 기준을 충족하는 것으로 나타났다(Churchill, 1979).

표 4. 신뢰도 계수

요인	문항수	Cronbach's α
가족상호작용	6	.889
사회적/정서적 안녕	6	.756
신체적/물질적 안녕	5	.846
치매관련 지지	3	.705
돌봄역량	4	.825
전체	24	.900

<표 5>는 최종적으로 산출된 요인 간 상관분석표이며, 요인 간의 상관계수 $r = .120 \sim .591$ 사이로 모든 요인들 간의 상관계수가 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 5. 요인 간 상관분석표

요인	1요인	2요인	3요인	4요인
1요인				
2요인	.591**			
3요인	.406**	.432**		
4요인	.377**	.446**	.438**	
5요인	.286**	.244**	.194*	.120*

2. 척도 타당화

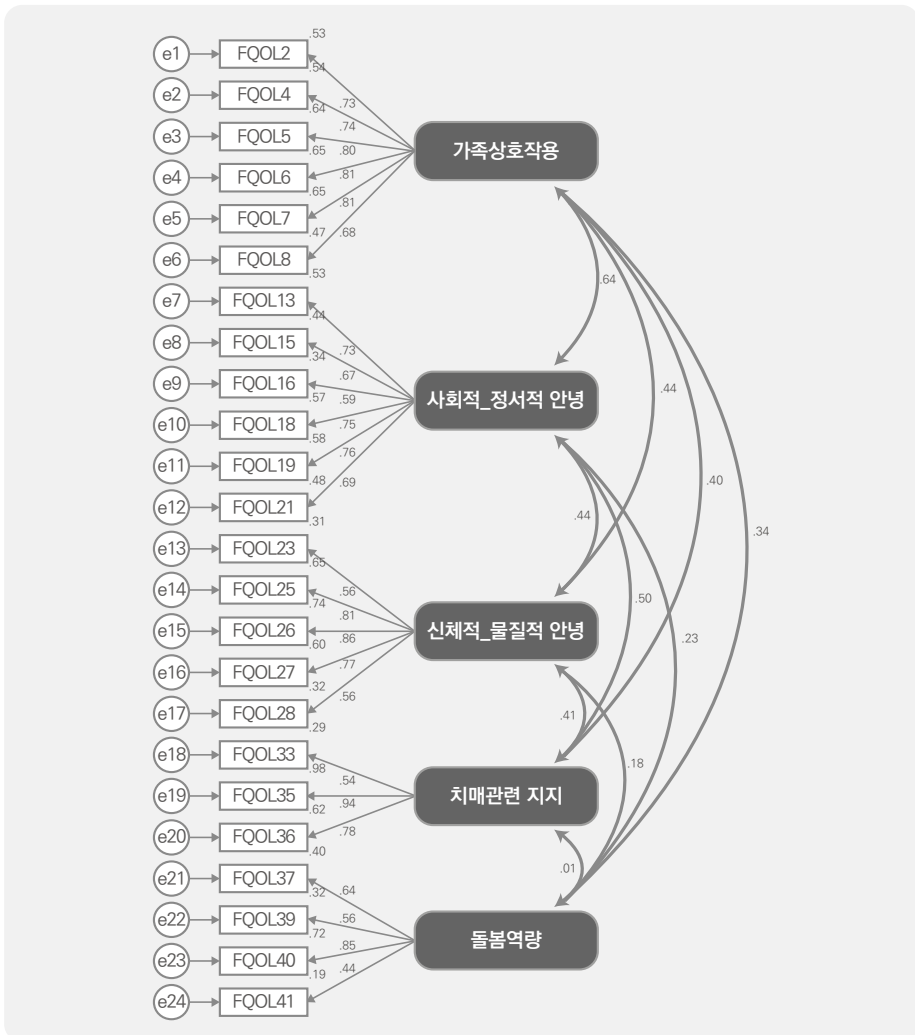
탐색적 요인분석을 통해 도출된 치매노인 가족의 삶의 질 척도 모형의 적합도를 검증하기 위해 확인적 요인분석을 실시하였다. 추정방식으로는 최대우도법(Maximum likelihood method: ML)을 사용하였으며, 모형이 경험적 자료에 잘 부합하는지를 검증하기 위해 카이제곱 검증치를 비롯하여, *TLI*(Tucker-Lewis Index), *CFI*(Comparative Fit Index), *RMSEA*(Root Mean Square Error of Approximation) 등의 지수들을 준거로 하였다.

확인적 요인분석의 모형으로 치매노인 가족의 삶의 질 척도 구성의 적합성을 확인하기 위하여 24개 문항을 측정변수로 하고, ‘가족상호작용’, ‘사회적/정서적 안녕’, ‘신체적/물질적 안녕’, ‘치매관련 지지’, ‘돌봄역량의 5개의 요인을 잠재요인으로 설정한 모형에 대한 확인적 요인분석을 실시하였다. 절대적합지수와 증분적합지수를 이용하여 모형의 적합 여부를 평가한 결과 <표 6>과 같이 $\chi^2(CMIN)=410.00$, $df=242$, $TLI=.886$, $CFI=.900$, $RMSEA=.067$ 로 χ^2 값과 *TLI*값을 제외한 적합도 지수들이 최적모형의 적합도 수준을 충족시키는 것으로 나타났다. 그러나 일반적으로 카이제곱 검증은 표본크기에 매우 민감하게 영향을 받는다는 단점이 있어 다른 적합도 지수들을 함께 고려하여 평가할 필요가 있으며(성태제, 2011), *TLI*값도 충족기준보다 조금 낮지만 나머지 적합도 지수와 함께 종합적으로 고려하면 본 모형은 전반적으로 적합한 것으로 볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 *TLI*, *CFI*, *RMSEA*의 준거를 이용하여 적합도를 평가한 결과 치매노인 가족의 삶의 질 척도의 모형은 대체적으로 적합한 것으로 판단되며 구성개념들이 이론적 및 경험적으로 타당한 것으로 볼 수 있다.

모든 문항의 경로계수의 값이 $p < .05$ 에서 유의한 것으로 나타났다. 또한 각 문항의

표준화 계수의 값은 .013~.637로 나타났다. 전반적으로 5요인이 보통 수준 정도의 상관 관계를 나타내는 것에 반해 ‘치매관련 지지’요인과 ‘돌봄역량’요인 간 상관계수가 낮은 것은 가족의 치매노인 돌봄역량과 무관하게 장기요양보험제도에 의해 요양서비스를 제공받기 때문으로 유추해 볼 수 있다. 다음의 [그림 2]는 치매노인 가족의 삶의 질 척도의 경로모형이다.

그림 2. FQOL-D 확인적 요인분석(표준화계수)



한편 본 척도의 수렴타당성 및 판별타당성을 검토하기 위해 평균분산추출값(Averaged Variance Extracted: AVE)과 개념신뢰도(Construct Reliability: CR)를 산출하였으며, AVE값을 요인 간 상관계수와 비교하였다. 그리고 일차원성이 확인된 요인들에 대해 각 요인들 간의 판별타당성의 충족 정도를 확인하기 위하여 상관계수를 확인하였다 (Fomell & Larcker, 1981). AVE값은 .5, CR값은 .7이 넘으면, 그리고 각 요인에 대한 AVE값이 두 요인 간 상관계수 제곱 값보다 크면 두 구성개념 간에는 수렴타당성 및 판별타당성이 있다고 할 수 있다.

<표 6>에서 제시된 AVE값, CR값을 확인한 결과 ‘돌봄역량’요인이 AVE 충족기준에 조금 못 미치나 CR값은 기준을 충족하며, 나머지 요인들은 타당도를 충족시키는 것으로 나타났다. 그리고 요인 간 상관계수의 제곱 값이 가장 큰 값이 .40으로 AVE값 중 가장 작은 값 .41 보다 작은 것으로 나타나 본 측정도구는 요인 간 수렴과 판별이 어느 정도 이루어지고 있음이 확인되었다. 이상의 검증과정을 통해서 치매노인 가족의 삶의 질을 평가하기 위해 개발된 측정도구가 신뢰성과 타당성이 있음을 확인할 수 있다.

표 6. 확인적 요인분석 결과 및 수렴/판별타당도

요인	문항	표준적재치	측정오차	t	AVE	CR
가족상호작용	2	0.731	0.466		0.582	0.893
	4	0.736	0.458	8.778		
	5	0.801	0.358	9.690		
	6	0.808	0.347	9.831		
	7	0.808	0.347	9.687		
	8	0.683	0.534	8.260		
사회적/정서적 안녕	13	0.725	0.474		0.489	0.851
	15	0.666	0.556	7.675		
	16	0.586	0.657	6.873		
	18	0.753	0.433	8.734		
	19	0.759	0.424	8.507		
	21	0.690	0.524	7.996		

요인	문항	표준적재치	측정오차	t	AVE	CR
신체적/물질적 안녕	23	0.556	0.691		0.522	0.841
	25	0.806	0.350	6.940		
	26	0.860	0.260	7.088		
	27	0.773	0.402	6.643		
	28	0.562	0.684	5.444		
치매관련 지지	33	0.541	0.707		0.594	0.808
	35	0.936	0.124	6.683		
	36	0.784	0.385	6.689		
돌봄역량	37	0.635	0.597		0.410	0.724
	39	0.563	0.683	5.642		
	40	0.851	0.276	6.145		
	41	0.440	0.806	4.537		

$\chi^2=410.00$, $df=242$, $TLI=.886$, $CFI=.900$, $RMSEA=.067$

치매노인 가족의 삶의 질을 측정하기 위해 개발된 5개 하위요인의 최종 측정문항(24 문항)은 <부록>에 제시하였다.

V. 논의 및 결론

본 연구에서는 Rose와 Williams(2010)의 FQOL-D 척도를 근거로 우리나라 치매가족의 상황에 적합한 삶의 질 척도를 개발하고 그에 따른 타당도와 신뢰도를 검증하고자 하였다. 본 연구결과를 토대로 논의를 하면 다음과 같다. 첫째, 요인분석에 의한 척도의 신뢰타당화 과정을 거쳐 개발된 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도는 ‘가족상호작용(6 문항)’, ‘사회적/정서적 안녕(6문항)’, ‘신체적/물질적 안녕(5문항)’, ‘치매관련 지지(3문항)’, ‘돌봄역량(4문항)’의 5개 요인으로 구성되고 있음이 확인되었다. 그리고 이러한 요인들은 전반적으로 신뢰성과 타당성을 확보한 것으로 나타났다. 그런데 본 연구를 통해 개발된 척도의 5요인 모형은 FQOL-D의 2요인 모형에서 제시된 단순한 요인구조보다는 FQOL-D의 기초가 된 Beach Center의 FQOL 척도와 유사한 요인구조를 나타냈다. 본 연구의 요인구조가 원칙도인 FQOL-D의 2요인 모형과 다르게 나타난 것은 분석방

법의 차이에서 원인을 찾을 수 있다. Rose와 Williams(2010)의 FQOL-D 척도개발 연구에서는 요인축소가 주목적인 주성분 분석을 사용하여 가장 간명한 모형인 2요인 모형을 채택하였기 때문에 본 연구와 요인구조의 차이를 보인다고도 볼 수 있다. 오히려 FQOL-D 원척도의 경우 2요인 모형을 위계적 요인구조를 통한 고차요인으로 놓고 2개 요인의 하위요인을 도출하는 방식을 고려할 수 있을 것이다.

또한 본 연구에서 개발한 문항이 Rose와 Williams(2010)의 FQOL-D 척도의 41문항에 비해 상대적으로 적은 문항수(24문항)를 보이는 것은 원척도에서는 문항제거 기준을 보편적인 기준인 요인적재치 .4가 아닌 .3을 기준으로 하여 보다 많은 문항이 추출되었기 때문이다. 반면에 본 연구에서는 요인적재치 .4를 기준으로 하였기 때문에 상대적으로 제거된 문항이 많았다.

한편 FQOL-D 원척도에서는 1차적 요인분석을 통해 먼저 4요인 구조가 도출되었지만 1요인을 제외한 나머지 요인의 설명 분산이 5% 이하로 낮다는 이유로 ‘개인과 가족 기능 요인과 ‘치매노인의 욕구 충족 요인’의 2요인 모형을 선택하였다. 그런데 간명성을 위해 요인구조를 너무 단순화시킴으로써 구성개념이 충분히 도출되지 못한 경향이 있다. 더욱이 원척도인 FQOL-D 척도 개발 연구의 경우 탐색적 요인분석만 실시하였고, 확인적 요인분석을 실시하지 않아 2요인 모형의 타당성이 충분히 검토되지 못했다고 볼 수 있다. 오히려 본 연구의 5요인 모형이 Beach Center의 FQOL 척도를 비롯한 다른 가족의 삶의 질 척도와 유사한 요인구조를 나타내고 있어서 관련 척도와의 유사성이 더 높다고 볼 수 있다. 그리고 탐색적 요인분석 과정에서 많은 문항이 제거된 것도 안정적인 Beach Center의 FQOL 척도에 구성타당도가 충분히 검토되지 않은 FQOL-D 척도의 추가 문항들이 포함되면서 서로 유기적 결합을 잘 이루어 못한 결과로 볼 수 있을 것이다.

둘째, 탐색적 요인분석에서 전체 누적 설명 분산 55.27% 중 1요인인 ‘가족상호작용’의 설명 분산이 30.5%로 매우 높게 나타나 치매노인의 가족의 삶의 질에서 가족의사소통, 상호지지 및 협력과 조화 등 가족기능과 관련된 요인이 매우 중요한 요인임을 알 수 있다. 따라서 치매노인 가족의 삶의 질 향상을 위해서는 가족기능 향상을 위한 지원이 매우 중요하게 다루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구에서 개발된 척도 하위요인 중 ‘치매관련 지지요인’과 ‘돌봄역량요인’의 상관(.12)이 낮게 나타난 것은 아직 공적 요양체계와 가족의 돌봄기능이 유기적으로

결합되지 못하여 바람직한 협력체계를 이루고 있지 못한 때문으로 보여진다. 따라서 치매노인의 요양 및 복지 서비스를 제공하는 인력과 부양가족의 협력체계를 구축하는 것에도 관심을 가져야 할 것이다.

넷째, 본 연구에서 개발한 척도는 FQOL-D 원척도에 비해서는 상대적으로 적은 문항으로 구성되어 문항의 보완이 필요하다. 또한 본 연구에서는 원척도에 대한 역번역이 이루어지지 않고 번역본에 대한 전문가와 실무자의 내용검토만 실시함으로써 번역에 의한 신뢰성 확보가 요구된다.

다섯째, 치매에 대한 사회문화적 상황과 장기요양, 치매 정책 및 서비스의 유형이 국가마다 다르기 때문에 한국의 치매가족 특성에 맞는 문항을 추가적으로 개발할 필요가 있다. 특히, 건강약화이나 기능저하로 장기적인 돌봄이 필요한 가족구성원을 돌보는 한국의 가족부양자들은 부양시간이 긴 것이 특징이다. 신종각 등(2011)의 2008 고령화 연구패널(KLoSA) 기초분석보고서에 의하면 가족부양자의 주당 평균 수발시간은 20시간 이상으로 수발강도가 높음을 볼 수 있다. 그런데 가족부양자의 이러한 강도 높은 수발은 수발을 주로 맡아서 하는 주부양자의 신체적, 정신적 건강에 부담이 될 뿐만 아니라 주부양자와 상호작용하면서 생활하는 가족 전체에도 부정적인 영향을 끼치게 된다. 따라서 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도에 이러한 상황을 반영하여 가족의 신체적, 정신적 건강에 대한 욕구 충족 정도를 조사할 필요가 있을 것으로 여겨진다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 노인복지실천현장에 기여점이 있다. 가족의 삶의 질 척도를 체크리스트처럼 사용할 수 있듯이(Wang & Brown, 2009), 본 연구에서 타당화한 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도를 치매노인 가족의 욕구사정 시 체크리스트처럼 활용할 수 있다. 이를 통해 치매노인을 돌보는 개별 가족의 자산과 능력을 파악할 수 있으며, 동시에 가족의 삶의 질이 취약해 지원이 더 필요한 가정도 파악할 수 있을 것이다. 둘째, 노인복지정책차원의 기여점이 있다. 가족의 삶의 질 척도를 정책영향 분석에 활용할 수 있듯이(Schalock, Gardner, & Bradley, 2007), 치매노인 가족관련 사업이나 정책이 실시되기 전, 후에 본 연구에서 개발된 척도를 사용하여 그 결과를 비교함으로써 치매노인 가족의 삶의 질에 미치는 정책의 영향을 파악할 수 있을 것이다. 셋째, 연구와 관련하여서도 기여점이 있다. 국내외에서 아직까지 치매노인 가족의 삶의 질에 대한 연구가 미흡한 상황에서 본 척도를 개발함으로써 국내에서 치매노인 가족의 삶의 질 향상을 위한 영향 요인 연구의 토대를 마련하였다.

본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 본 척도 개발과정에서 연구대상 표집 시 인구학적 분포와 큰 차이가 나지 않게 성별이나 연령대 등이 편포를 보이지 않도록 고려를 하면서 치매가족의 특성을 염두에 둔 유의표집을 통해 조사대상을 선정하였으나, 표본수를 충분히 확보하지 못하여 본 연구의 결과를 전체 치매노인 가족에게 일반화시키기에는 다소 무리가 있다. 따라서 후속 연구에서는 본 연구에서 개발한 척도가 다양한 계층에 일반화 될 수 있도록 추가 연구가 이루어져야 할 것이다. 둘째, 본 연구에서 척도 번역에 대한 전문가의 충분한 검토가 있다고 판단하여 역번역 과정을 거치지 않아 이에 대해 척도 번역의 타당성에 제한이 있을 수 있다. 셋째, 본 연구에서는 수렴타당도 및 판별타당도 검토만 실시함으로써 타당도 검증의 한계가 있다. 2차 조사를 통해서 타당화 표본에 대한 교차타당화를 검토하지 못하였으며, 타당화표본을 통해 동시타당도나 예측타당도 같은 준거타당도 검토가 이루어지지 못하였다. 따라서 후속 연구에서는 타당화표본에 의한 준거타당도를 검토함으로써 충분한 타당성을 추가적으로 확보하고자 한다. 넷째, 본 연구에서는 Rose와 Williams(2010)가 개발한 FQOL-D 척도를 번역한 문항만으로 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도를 개발하였다. 추후 연구에서는 한국의 치매노인 가족의 삶의 질 특성이 충분히 반영된 문항들이 추가된 한국형 척도의 개발이 이루어져야 할 것이다. 다섯째, 본 척도에서 ‘영적인 활동’에 대한 문항이 제외되었으나 종교인들에게는 중요한 자원이 될 수 있으므로 경우에 따라 ‘사회적/정서적 안녕’ 요인에 문항을 추가하는 것도 고려할 수 있을 것이다.

윤경아는 연세대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 대전대학교 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 사회복지사의 직무관련 삶의 질, 치매노인 가족의 삶의 질, 클라이언트 폭력 등을 연구하고 있다.
(E-mail: kayoon@dju.kr)

손의성은 연세대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 배재대학교 복지신학과 조교수로 재직 중이다. 고령친화성 지표개발, 기독교사회복지, 메타분석방법 등을 연구하고 있다.
(E-mail: ses63@pcu.ac.kr)

조주연은 대전대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 치매노인 가족의 삶의 질을 연구하고 있다.

(E-mail: pianistchojy@naver.com)

참고문헌

- 김상우, 이채정. (2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 서울: 국회예산정책처.
- 김주환, 김민규, 홍세희. (2009). 구조방정식모형으로 논문쓰기. 서울: 커뮤니케이션북스
- 성태제. (2011). SPSS/AMOS를 이용한 알기 쉬운 통계분석: 기술통계에서 구조방정식모형
까지. 서울: 학지사.
- 신종각, 강성호, 김승권, 김태완, 석재은, 오민홍 등. (2011). 2008 고령화연구패널
(KLoSA) 기초분석보고서. 서울: 고용노동부, 한국고용정보원.
- 장창수, 이애영, 권중돈, 윤경아, 손의성, 박노동, 배지연. (2014). 대전시 치매인식도 및
조호행태에 관한 연구. 대전: 대전발전연구원.
- 홍세희. (2000). 구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. *한국심리학회지: 임상*, 19, pp.161-177.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In
K. A. Bollen & J. S. Long(Ed.), *Testing structural equation models*. Newbury
Park, California: Sage.
- Chiu, C., Kyzar, K., Zuna, N. I., Turnbull, A. P., Summers, J. A., & Aya, V. (2013).
Family quality of life. In M. W. Wehmeyer(Ed.), *Oxford handbook of positive
psychology and disability*. New York: Oxford University Press.
- Churchill, G. (1979), A paradigm for developing better measures of marketing
constructs. *Journal of Marketing Research*, 16, pp.63-74.
- Ducharme, J. K., & Geldmacher, D. S. (2011). Family quality of life in dementia:
A qualitative approach to family-identified care priorities. *Quality of Life
Research*, 20, pp.1331-1335.
- Fomell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with
unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*,
18(1), pp.39-50.
- Forette, F. (2012). *Prevention of alzheimer's disease and dementias*. Symposium
conducted at the The IFA 11th global conference on ageing, 'Ageing connects'

- in Prague, Czech. Conference Report.
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center family quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), pp.1069-1083.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Rillotta, F., Kirby, N., Shearer, J., & Nettelbeck, T. (2012). Family quality of life of Australian families with a member with an intellectual/developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), pp.71-86.
- Rose, K. M., & Williams, I. C. (2010). *Final technical report: Family quality of life in dementia*. Alzheimer's and Related Diseases Research Award Fund.
- Rummel, R. J. (1970). *Applied factor analysis*. Evanstone: Northwestern University Press.
- Samuel, P. S., Rillotta, F., & Brown, I. (2012). Review: The development of family quality of life concepts and measures. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), pp.1-16.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Summers, J. A., Poston, D. J., Turnbull, A. P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. et al. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), pp.777-783.
- Turnbull, A. P., Blue-Banning, M., Turbiville, V., & Park, J. (1999). From parent education to partnership education: A call for a transformed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), pp.164-172.
- Turnbull, A. P., Turbiville, V., & Turnbull, H. R. (2000). Evolution of family-professional partnership models: Collective empowerment as the model for the early 21' century. In J. P. Shonkoff & S. L. Meisels(Eds.), *The handbook of early childhood intervention(2nd ed.)*. New York: Cambridge University Press

- Wang, M., & Brown, R. (2009). Family quality of life: A framework for policy and social service provisions to support families of children with disabilities. *Journal of Family Social Work*, 12, pp.144-167.
- Wisawatapnimit, P. (2009). *Assessment of family quality of life among families with a member who has cancer*. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University.

부표 1. 한국 치매노인 가족의 삶의 질 척도 최종 문항

요인	문항 내용
가족 상호 작용	2 우리 가족구성원들은 서로 터놓고 이야기하고 어려운 문제를 의논할 수 있는 능력이 있다.
	4 우리 가족구성원들은 서로가 목표 성취하는 것을 지지해 준다.
	5 우리 가족구성원들은 서로를 사랑하고 관심을 가지고 있음을 보여 준다.
	6 우리 가족은 인생의 굴곡을 다루어 나아갈 수 있다.
	7 우리 가족은 어르신을 돌보는데 있어서 협력하거나 갈등하지만 조화를 이뤄나갈 수 있다.
	8 우리 가족구성원들은 의견 차이를 받아들일 수 있다.
사회적 정서적 안녕	13 우리 가족은 마음을 다스리는데 필요한 도움을 받을 수 있다.
	15 우리 가족구성원들은 각자의 취미생활을 위해 시간을 갖는다.
	16 우리 가족은 특별한 일이 있을 때 도움을 요청할 사람이 있다.
	18 나는 주변사람들(가족, 친구, 사회복지사, 의사 등)로부터 만족할 만한 정서적 지지를 받을 수 있다.
	19 우리 가족이 받는 전체적인 도움은 우리의 욕구충족에 효과적이다.
신체적 물질적 안녕	21 우리 가족은 가족 중 누군가 감정적으로 괴로워할 때 도와준다.
	23 우리 가족구성원들은 어딘가를 가야할 때 그곳에 갈 수 있는 교통수단을 가지고 있다.
	25 우리 가족들은 영양섭취와 신체활동을 충분히 할 수 있다.
	26 우리 가족은 필요할 때 치료(의료혜택)를 받는다.
치매관련 지지	27 우리 가족은 생활비를 마련할 수 있다.
	28 우리 가족은 집, 직장, 학교, 그리고 동네에서 편안함을 느낀다.
	33 우리 가족은 관련된 의사와 관계가 좋다
돌봄 역량	35 우리 가족은 관련된 사회복지사들과 관계가 좋다
	36 우리 가족은 관련된 그 밖의 다른 복지서비스 제공자들과 관계가 좋다
	37 우리 가족구성원들은 어르신이 (가능한) 계속 스스로 할 수 있도록 돕는다.
	39 가족구성원들은 어르신이 사회활동을 계속 하도록 격려한다.
	40 우리 가족(성인)은 어르신이 바람직한 결정을 하도록 돕는다.
	41 우리 식구들(미성년자 제외)은 어르신과 친근한 주변사람들을 알고 있다(예를 들면, 친구들, 이웃들, 과거 직장 동료들).

Development and Validation of the Family Quality of Life in Dementia (FQOL-D) Scale For Korean Sample

Yoon, Kyeong-a
(Daejeon University)

Sohn, Eui-seong
(Paichai university)

Cho, Joo-yeon
(Daejeon University)

The purpose of this study is to develop and test the validity of the Family Quality of Life in Dementia (FQOL-D) scale for Korean sample. The FQOL-D scale was developed in 2010 (Rose & Williams) based on the Beach Center Family Quality of Life Scale, which is the most widely used scale in the area of family quality of life research. The data used were collected from 156 dementia family caregivers in Daejeon metropolitan city and Chungcheong province. These analyses supported five-factor structure of the FQOL-D scale which consisted of 24 items. Five factors are as follows: 'family interaction', 'social/emotional well-being', 'physical/material well-being', 'dementia-related support', and 'caring competence'. The Cronbach's alpha estimate of the scale was .900. This scale of five-factor model exhibited acceptable fit when it was assessed by overall fit measure criteria (TLI=.886, CFI=.900, RMSEA=.067). Also, this scale met the criteria of convergent and discriminant validity. These results proved the validity of the scale. The FQOL-D scale should be useful to capture the asset and capability of individual family with dementia, and the policy impact on families with dementia.

Keywords: Dementia, FQOL-D Scale, Families Living with a Dementia Patient, Family Quality of Life