

가정간호대상자 주돌봄자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

한 속 정¹⁾

서 론

연구의 필요성

가정간호사업은 가정에서 건강관리서비스를 제공해 주는 포괄적인 건강사업의 일환으로 우리나라에서는 1990년 가정간호사제도가 도입된 이래 2001년부터 의료법에 의거하여 의료기관 소속의 가정전문간호사가 의사의 처방 아래 재가환자의 의료서비스를 제공하고 있다. 가정전문간호사는 환자와 가족이 스스로 가정에서 장기적이며 지속적으로 건강을 관리할 수 있는 자가간호 능력을 획득하도록 도울 수 있고, 대상자들이 친숙한 환경에서 간호를 제공받기 때문에 환자와 가족에게 심리적 만족감을 주며 인간적이라는 장점이 있으나 가정간호대상자의 대부분이 만성질환자로서 잠재적 불구나 병리적 변화로 인해 기능적 제한을 가진 상태에서 최적의 건강을 유지하고 관리할 수 있도록 장기간의 돌봄이 요구되며 사실상 가족이 만성질환자의 계속적인 관리를 책임지게 된다(Smith, Goodman, Ramsey, & Pastermack, 1982).

가족 중에서도 책임지고 환자를 돌보는 주돌봄자는 가정에서 자신의 고유 역할에 부가하여 이중의 역할부담을 안게 되고, 사회적 고립, 재정적 손실, 간호제공으로 인한 신체적 피로에 직면하게 되고 이런 문제가 많은 경우 부담감을 느끼게 되며(Archbold, Stewart, Greelick, & Harvath, 1990) 분노, 슬픔, 우울 등의 정서적 장애를 겪으며 이 중 우울은 매우 보편적인 문제로 나타나고 있다. 또한 환자를 돌봄으로 인한 가족의 경험은 만성적이고 소모적인 과정이며(Barg, et al., 1998)

부담감과 우울 같은 경험을 완화시키기 못하면 가족에게도 신체적, 정신적 문제가 초래되어 건강에도 부정적 영향을 미치게 된다.

만성질환자의 가족은 환자의 일상생활 동작에 대해서도 도움을 주어야 함은 물론 간단한 의학적 처치까지도 수행해야 되므로 단순한 간호의 제공자 일 뿐 아니라 일차적인 간호관리자로 책임을 부가적으로 갖게 되어 자신의 생활양상 또한 변화를 가져오게 되고 자신의 건강을 돌볼 여유가 없어지며 휴식이 부족하고 피로해져서 신체적 불편감을 경험하게 된다(Suh & Oh, 1993).

이러한 주돌봄자의 부담감은 가족이나 가족 이외의 사람으로부터의 지지를 의미하는 사회적 지지 정도에 따라 다를 수 있는데(Zarit, Todd, & Zarit, 1986), 사회적 지지는 돌봄자의 건강문제를 야기할 수 있는 스트레스 발생을 예방 혹은 경감하고, 인간의 기본 욕구인 사회적 욕구를 충족시켜 줌으로써 건강상태를 양호하게 하며 개인의 심리적 적응을 돕고, 좌절을 극복하고 문제해결능력을 강화하는 측면에서 그 중요성이 강조되고 있다.

삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 경험들이 자기 내에서 통합되어 형성되는 내적 개념으로 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태이며(Dunbar, Stroker, Hodges, & Beaumont, 1992) 이는 간호의 궁극적인 목표인 대상자들의 최적의 안녕상태를 유지하도록 돕는 것과 밀접한 관계를 갖고 있다(Shin & Yang, 2003). 만성질환자를 돌보는 가족은 환자를 돌보는 역할과 관련되어 만성적인 스트레스를 경험하게 됨으로써 신체적 건강문제, 피로, 부담감, 고립감, 조절감 등의 정신적, 사회

주요어 : 가정간호, 삶의 질, 돌봄자, 우울, 부담감

1) 삼육대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: fountain@syu.ac.kr)

투고일: 2010년 11월 15일 수정일: 2010년 12월 16일 게재확정일: 2010년 12월 17일

적 문제를 경험하게 되고, 결국 이러한 어려움은 만성질환자를 돌보는 가족의 삶의 질에 부정적인 결과를 초래하게 된다 (Oberst & Thomas, 1989).

지금까지 환자 가족에 대한 연구는 주로 뇌졸중 환자, 암환자, 치매환자, 노인, 입원환자, 정신질환자 가족을 대상으로 하였으며 가정간호대상자의 가족을 대상으로 수행한 연구는 그 수가 적을 뿐 아니라 선행연구에서 가정간호서비스를 받고 있는 환자들의 주돌봄자들을 대상으로 부담감, 우울, 사회적지지, 건강지각, 환자의 일상생활활동 정도를 포괄적으로 포함하여 실시한 연구는 미비하였다. 따라서 본 연구에서는 본 연구에서는 가정간호대상자를 돌보는 가장 일차적인 돌봄 지지체계인 가족 내 주돌봄자의 우울, 부담감, 지각된 건강상태, 사회적 지지, 삶의 질 정도를 파악하고 개념간의 관계를 파악하여 주돌봄자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 시도되었다.

연구 목적

본 연구는 가정간호 주돌봄자의 삶의 질 정도를 평가하고, 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태가 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위한 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 대상자가 돌보는 환자의 일반적 특성과 일상생활활동 정도를 파악한다.
- 대상자의 삶의 질, 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태를 파악한다.
- 대상자의 삶의 질, 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태 및 환자의 일상생활활동 정도 간의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

용어 정의

● 주돌봄자

장기간의 치료와 안정 및 간호를 필요로 하는 환자를 책임지고 돌보는 가족원(Park, Yu, & Song, 1999)을 의미하며, 본 연구에서는 가정간호 대상자를 돌보는 배우자, 부모, 형제, 자녀 및 친인척 중 일차적 책임을 갖는 사람으로서 18세 이상의 성인을 말한다.

● 삶의 질

삶의 질이란 자신이 생활하고 있는 문화와 가치체계의 맥락에서 그들의 목표, 기대, 기준 및 관심과 관련하여 삶에서 자신들이 차지하고 있는 위치에 대한 개인적인 인식을 말하며(WHO, 1993), 본 연구에서는 Min, Kim과 Park(2002)이 번

역한 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 단축형(WHOQOL-BREF)으로 측정된 점수를 의미한다.

● 부담감

환자를 돌보는 가족이 간호를 수행하면서 의무나 책임을 가지게 되는 반응으로 환자의 행동이나 상태변화와 같은 상황 및 사건과 관련되어 경험하게 되는 정서적, 신체적, 사회적, 및 재정적 어려움과 불편감 정도를 말하며(Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980), 본 연구에서는 Suh와 Oh(1993)가 개발한 부담감 측정도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 우울

우울은 정상적인 기분 변화로부터 병적인 상태까지의 연속 선상에 있으며 삶에 대한 실망으로 발생하는 침울감, 무력감 및 무가치함을 나타내는 기분장애를 의미하며(Battle, 1978), 본 연구에서는 Radloff(1977)가 개발하고 Jeon과 Lee(1992)가 번역한 한국판 Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)로 측정된 점수를 의미한다.

● 사회적지지

개인의 삶에서 원하지 않는 일이 일어났을 때 사회적 결속을 통하여 개인을 둘러싼 의미있는 사람들로 부터 받게 되는 자원으로써 애착, 사회적 통합, 가치의 확신, 지도·지침의 획득을 나타내는 내용이 포함되어 있으며(George & Gwyther, 1986), 본 연구에서는 Brandt와 Weinert(1981)가 개발한 Personal Resource Questionnaire(PRQ) II를 Suh와 Oh(1993)가 번역한 사회적지지 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 지각된 건강 상태

자신의 건강 상태에 대한 주관적인 평가를 의미한다(Ware, 1976). 본 연구에서는 Speake, Cowart와 Pellet(1989)가 개발한 Perceived Health Status 도구를 Hwang(2000)이 번역한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

● 일상생활활동(Activities of Daily Living, ADL)

일상생활활동(ADL) 정도는 개인이 독립적으로 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력을 의미한다. 본 연구에서는 미국의 가정간호대상자를 사정하기 위하여 만든 표준화된 도구인 Outcome and Assessment Information Set (OASIS)(Medicare, 2009)에서 ADL에 해당하는 8개 문항을 사용하였다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 가정간호 대상자를 돌보고 있는 주돌봄자의 삶의 질, 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강 상태, 환자의 일상생활활동 정도간의 관계를 알아보고 삶의 질에 영향을 주는 요인들을 파악하고자 수행한 서술적 조사연구이다.

연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구의 대상은 가정간호서비스를 받고 있는 환자의 주 돌봄자로 본 연구 목적을 이해하고 연구 참여에 서면동의한 대상자를 편의표집하였다.

자료수집기간은 2009년 9월부터 2010년 3월까지였다. 자료 수집방법은 먼저, 서울시 소재 2개 병원 가정간호사업팀장의 승인을 받고, 자료수집을 직접 실시할 가정전문간호사에게 설문지 기입방법과 주의사항 등에 대하여 교육하였다. 교육 받은 가정전문간호사가 가정방문 시 가정간호대상자의 주돌봄자에게 연구 목적을 설명하고 이를 이해하고 연구 참여에 서면 동의한 자에 한하여 구조화된 설문지를 배부하고 작성하도록 한 후에 회수하도록 하였다. 총 135명의 자료가 수집되었으나 응답이 불성실한 설문지를 제외한 110명의 자료를 분석에 이용하였다.

연구 도구

● 삶의 질

본 연구에서는 Min 등(2002)이 번역한 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 단축형(WHOQOL-BREF)으로 이 도구는 '전반적인 삶의 질 평가'와 '건강상태 만족'의 2개 문항과 4개의 하위영역 즉, 신체적 영역, 심리적 영역, 사회적 영역, 환경영역의 24개 문항을 합하여 총 26개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 척도로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's alpha= .90이었고, 본 연구에서는 .89이었다.

● 부담감

본 연구에서는 가정간호 대상자 주돌봄자의 부담감을 측정하기 위하여 Suh와 Oh(1993)가 개발한 25개 문항으로 이루어진 도구를 사용하였다. 이 도구는 사회, 경제, 신체, 정서, 의존 영역으로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 대상자를 돌보면서 느끼는 느낌이나 생각과 일치되는 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점, 에서 '매우 그렇다' 5점으로 점수화하여 점수 범위는 최저 25점에서 최고 125점으로 점수가 높을수록 부담감의 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시

Cronbach's alpha= .89이었고, 본 연구에서는 .89이었다.

● 우울

본 연구에서는 대상자의 우울 정도를 측정하기 위해 Radloff (1977)가 개발하고, Chon과 Rhee(1992)가 번역한 한국판 CED-D를 사용하였다. 이 도구는 총 20문항 4점 척도로 우울한 감정(7개 문항), 긍정적 감정(4개 문항), 신체화 증상(7개 문항), 대인관계(2개 문항) 등 4개의 영역으로 구성되어 있다. 최저 0점에서 최고 60점으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's alpha= .85이었고, 본 연구에서는 .92이었다.

● 사회적지지

본 연구에서는 대상자의 사회적지지 정도를 측정하기 위하여 Brandt와 Weinert(1981)가 개발한 PRQ II를 Suh와 Oh (1993)가 번역한 사회적지지 도구를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 25개 문항으로 구성되어 있으며, 친밀감, 사회적 통합, 역할이나 개인으로서의 가치에 대한 확신, 정서적, 정보적, 자원적 요청에 대한 도움 등의 내용이 포함되어 있고, 각 문항에 대해 '절대로 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 7점으로 총점이 최저 25점부터 최고 175점까지이며 점수가 높을수록 사회적 지지정도가 높음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Suh와 Oh(1993)의 연구에서는 Cronbach's alpha= .83이었고, 본 연구에서는 .79이었다.

● 지각된 건강 상태

본 연구에서는 Speake 등(1989)이 개발한 Perceived Health Status 도구를 Hwang(2000)이 번역한 도구를 이용하여 측정하였다. 본 도구는 3개 문항으로 구성되어 있으며 '전반적인 건강상태', '같은 나이의 다른 사람과 비교한 자신의 건강상태', '1년 전과 비교한 자신의 건강상태'에 대하여 '매우 좋다' 5점에서 '매우 나쁘다' 1점으로 최저 3점부터 최고 15점으로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 양호함을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's alpha= .85이었고, 본 연구에서는 .86이었다.

● 일상생활활동

본 연구에서는 미국 가정간호대상자를 사정하는 표준화 도구인 OASIS(Medicare, 2009) 중 ADL 측정 문항을 사용하였는데, 몸치장(0-3점), 상의를 입는 능력(0-3점), 하의를 입는 능력(0-3점), 목욕(0-5점), 화장실 사용(0-4점), 이동(0-5점), 보행/이동(0-5점), 식사하기/영양공급(0-5점)의 8개 문항으로 각 문항은 3점에서 5점 척도로 구성되어 있으며 점수가 낮을수록 일상생활활동 정도가 좋음을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는

Kim, Suh, Cho와 Kim(2001)의 연구에서 Cronbach's alpha=.95 이었고, 본 연구에서는 .95이었다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 17.0 프로그램을 이용하여 전산 처리하였으며 분석방법은 다음과 같다. 대상자의 일반적 특성, 삶의 질, 부담감, 우울, 사회적지지 정도, 지각된 건강상태, 환자의 일상생활활동 정도는 실수와 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다. 삶의 질, 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태, 환자의 일상생활활동 정도 간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficients로 분석하였고, 삶의 질에 영향하는 요인을 파악하기 위해 다중회귀분석(Multiple Linear Regression)을 실시하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

대상자는 여성(81.8%)이 대부분으로 61-70세가 33.0%로 가장 많았으며, 종교가 있는 사람(74.3%)이 많았고, 기혼자(79.2%)가 대부분이었고, 고졸(36.7%)이 가장 많았다. 주부(62.7%)와 직업이 없다고 응답한 사람(22.7%)이 대상자의 85.4%로 대부분을 차지하였다. 환자와의 관계에서는 배우자가 63.6%로 가장 많았다. 환자를 돌본 기간은 4개월부터 36년까지 다양하였고, 평균 8.1년이었다. 하루 중 환자를 돌보는 시간은 평균 19.01시간이었고, 집중적으로 돌보는 시간은 평균 10.34시간이었다. 대상자의 90.9%가 환자와 동거하고 있었으며, 가족 중 주돌봄자 이외에 다른 돌봄자수는 1명(49.1%)이 가장 많았으며, '없다'고 응답한 사람도 28.2%이었다. 대상자 중 57.8%가 질병을 갖고 있었다. 주돌봄자의 역할 중 가장 많이 수행한 것은

<Table 1> General characteristics of primary caregivers (N=110)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean(SD)
Gender	Male	20(18.2)	
	Female	90(81.8)	
Age(year)	≤50	25(22.9)	65.12(15.69)
	51 - 60	27(24.8)	
	61 - 70	36(33.0)	
	≥71	21(19.3)	
Religion	No	28(25.7)	
	Yes	81(74.3)	
Marital status	Married	84(79.2)	
	Unmarried	11(10.4)	
	Bereavement	5(4.7)	
	Divorced	5(4.7)	
	Seperated	1(0.9)	
Education level	≤Elementary school	26(23.9)	
	Middle school	25(22.9)	
	High school	40(36.7)	
	≥College	18(16.5)	
Occupation	No	25(22.7)	
	White color	4(3.6)	
	Housewife	69(62.7)	
	Paid help	6(7.3)	
	Others	6(7.3)	
	Relationship with patient	Spouse	70(63.6)
Son		7(6.4)	
Daughter		14(12.7)	
Daughter-in-law		2(1.8)	
Mother		8(7.3)	
Siblings		2(1.8)	
Paid help		6(5.5)	
Other		1(0.9)	
Care duration(year)			8.10(7.30)
Care hours per day			19.01(7.97)
Main care time(hr)			10.34(8.12)

<Table 1> General characteristics of primary caregivers

(N=110)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean(SD)
Another caregiver(person)	No one	31(28.2)	
	1	54(49.1)	
	2	15(13.6)	
	≥3	10(9.1)	
Turning caregiving role	Yes	45(40.9)	
	No	65(59.1)	
Cohabitation	Yes	100(90.9)	
	No	10(9.1)	
Disease	Yes	63(57.8)	
	No	46(42.2)	
Role of the primary Health provider (multiple responses)	ADL assistance	84(80.8)	
	IADL assistance	62(59.6)	
	Environmental assistance	75(72.1)	
	Psychosocial support	68(65.4)	
	Advocates/facilitates	63(60.6)	
	Health care	82(78.8)	

일상생활활동 도움(80.8%), 간호수행(78.8%), 환경적 도움(72.1%)의 순이었다<Table 1>.

<Table 2> Demographic characteristics of patients

(N=110)

Variables	Categories	n(%)	Mean(SD)
Gender	Male	79(72.5)	
	Female	30(27.5)	
Age(yr)	≤54	21(19.1)	59.05(12.73)
	55-64	26(23.6)	
	65-74	31(28.2)	
	≥75	32(29.1)	
Marriage	Married	80(73.4)	
	Unmarried	12(11.0)	
	Bereavement	13(11.9)	
	Divorced	3(2.8)	
Education	≤Elementary school	31(28.7)	
	Middle school	23(21.3)	
	High school	36(33.3)	
	≥College	16(14.8)	
Reimbursement	Medicare	55(50.9)	
	Medicaid	35(32.4)	
	Pocket money	3(13.9)	
	Others	15(13.6)	
Type of disease	Cerebrovascular disease	57(51.8)	
	Spinal injury	12(10.9)	
	Neoplasm	6(5.5)	
	Gastrointestinal disease	6(5.5)	
	Diabetes	5(4.5)	
	Respiratory disease	5(4.5)	
	Dementia	3(2.7)	
	Musculoskeletal disease	2(1.8)	
	Decubitus ulcer	2(1.8)	
	Heart disease	2(1.8)	
	Others	10(9.2)	

대상자가 돌보는 환자의 특성

● 환자의 일반적 특성

대상자가 돌보고 있으며 현재 가정간호서비스를 받고 있는 환자는 남자(72.5%)가 여자(27.5%)보다 많았고, 연령은 평균 59.05세이었고, 최소 26세부터 최대80세까지 다양하였으나 75세 이상이 29.1%, 55세부터 64세가 23.6%의 순으로 많았다. 기혼자(73.4%)가 대부분이었고, 고졸(33.3%)이 가장 많았고, 의료보험 대상자가 50.9%, 의료급여 대상자가 32.4%이었다. 질병의 빈도에서는 뇌혈관질환이 51.8%, 척추장애가 10.9%, 암 5.5%의 순으로 높았다<Table 2>.

● 환자의 일상생활동작수행 정도

대상자가 돌보고 있는 환자의 일상생활활동 정도는 총점 평균 25.45점이었고, 영역별로는 ‘몸치장’은 3점 만점에 평균 2.42점(SD=1.04), ‘상의를 입는 능력’은 3점 만점에 평균 2.47점(SD=0.95), ‘하의를 입는 능력’은 3점 만점에 평균 2.54점(SD=0.93), ‘목욕’은 5점 만점에 평균 4.26점(SD=1.44), ‘화장실사용’은 4점 만점에 3.36점(SD=1.30), ‘이동’은 5점 만점에 평균 3.92점(SD=1.76), ‘보행’ 5점 만점에 평균 3.99점(SD=1.56), ‘식사하기/영양공급’은 5점 만점에 평균 2.58점(SD=1.64)이었다. 각 문항별 빈도를 살펴보면 ‘식사하기/영양공급’ 항목을 제외한 모든 항목에서 가장 높은 점수의 문항에 해당하는 환자가 65~82%를 차지하는 것을 볼 때 일상생활활동 정도가 상당히 낮은 것을 알 수 있다<Table 3>.

대상자의 삶의 질

대상자의 삶의 질 총점은 최고 130점 만점 중 총점평균

<Table 3> Patient's Activities of Daily Living(ADL)

Items	n (%)	Mean(SD)
Total ADL		25.45 (9.46)
Grooming		2.42 (1.04)
0. Able to groom self unaided, with or without the use of assistive devices or adapted methods.	12 (10.9)	
1. Grooming utensils must be placed within reach before able to complete grooming activities.	8 (7.3)	
2. Someone must assist the patient to groom self.	10 (9.1)	
3. Patient depends entirely upon someone else for grooming needs	76 (69.1)	
Ability to dress upper body		2.47 (0.95)
0. Able to get clothes out of closets and drawers, put them on and remove them from the upper body without assistance	8 (7.3)	
1. Able to dress upper body without assistance if clothing is laid out or handed to the patient	10 (9.1)	
2. Someone must help the patient put on upper body clothing	13 (11.8)	
3. Patient depends entirely upon another person to dress the upper body.	76 (69.1)	
Ability to dress lower body		2.54 (0.93)
0. Able to obtain, put on and remove clothing and shoes without assistance	9 (8.2)	
1. Able to dress lower body without assistance if clothing and shoes are laid out or handed to the patient.	6 (5.5)	
2. Someone must help the patient put on undergarments, slacks, socks or nylons, and shoes.	10 (9.1)	
3. Patient depends entirely upon another person to dress the lower body.	82 (74.5)	
Bathing		4.26 (1.44)
0. Able to bathe self in shower or tub independently	5 (4.5)	
1. With the use of devices, is able to bathe self in shower or tub independently	4 (3.6)	
2. Able to bathe in shower or tub with the assistance of another person	7 (6.4)	
3. Participants in bathing self in shower or tub, but requires presence of another person throughout the bath for assistance or supervision	5 (4.5)	
4. Unable to use the shower or tub and is bathed in bed or bedside chair.	7 (6.4)	
5. Unable to effectively participate in bathing and is totally bathed by another person	79 (71.8)	
Toileting		3.36 (1.30)
0. Able to get to and from the toilet independently with or without a device.	9 (8.2)	
1. When reminded, assisted, or supervised by another person, able to get to and from the toilet	7 (6.4)	
2. Unable to get to and from the toilet but is able to use a bedside commode (with or without assistance)	2 (1.8)	
3. Unable to get to and from the toilet or bedside commode but is able to use a bedpan/urinal independently	7 (6.4)	
4. Is totally dependent in toileting	81 (73.6)	
Transferring		3.92 (1.76)
0. Able to independently transfer.	10 (9.1)	
1. Transfers with minimal human assistance or with use of an assistive device.	8 (7.3)	
2. Unable to transfer self but is able to bear weight and pivot during the transfer process	5 (4.5)	
3. Unable to transfer self and is unable to bear weight or pivot when transferred by another person.	4 (3.6)	
4. Bedfast, unable to transfer but is able to turn and position self in bed	9 (8.2)	
5. Bedfast, unable to transfer and is unable to turn and position self.	70 (63.6)	
Ambulation/Locomotion		3.99 (1.56)
0. Able to independently walk on even and uneven surfaces and climb stairs with or without railings (i.e., needs no human assistance or assistive device).	6 (5.5)	
1. Requires use of a device (e.g., cane, walker) to walk alone or requires human supervision or assistance to negotiate stairs or steps or uneven surfaces.	6 (5.5)	
2. Able to walk only with the supervision or assistance of another person at all times	9 (8.2)	
3. Chairfast, unable to ambulate but is able to wheel self independently	6 (5.5)	
4. Chairfast, unable to ambulate and is unable to wheel self.	15 (13.6)	
5. Bedfast, unable to ambulate or be up in a chair.	65 (59.1)	
Feeding or Eating		2.58 (1.64)
0. Able to independently feed self.	13 (11.8)	
1. Able to feed self independently but requires: (a) meal set-up ; OR (b) intermittent assistance or supervision from another person; OR (c) a liquid, pureed or ground meat diet.	25 (22.7)	
2. Unable to feed self and must be assisted or supervised throughout the meal/snack.	14 (12.7)	

<Table 3> Patient's Activities of Daily Living(ADL) (continue)

Items	n (%)	Mean(SD)
3. Able to take in nutrients orally and receives supplemental nutrients through a nasogastric tube or gastrostomy	5 (4.5)	
4. Unable to take in nutrients orally and is fed nutrients through a nasogastric tube or gastrostomy.	42 (38.2)	
5. Unable to take in nutrients orally or by tube feeding.	8 (7.3)	

<Table 4> Quality of Life in Home Care Patient's Primary Caregivers

Domain (items)	Original Score			Item Mean SD)
	Min	Max	Mean(SD)	
Total score of QoL(26)	40	101	67.49(12.67)	2.60(0.49)
Genreal health (2)	2	9	2.59(0.74)	2.59(0.74)
- General QoL	1	4	2.66(0.80)	2.66(0.80)
- Health satisfaction	1	5	2.52(0.99)	2.52(0.99)
Physical health (7)	12	28	18.44(2.97)	2.63(0.42)
Psychologic health (6)	8	23	15.69(3.32)	2.61(0.55)
Social relationship (3)	3	12	7.92(1.75)	2.64(0.58)
Environment (8)	10	33	20.62(4.19)	2.58(0.52)

67.49점으로 중간 정도인 것으로 나타났다. 한 문장으로 삶의 질과 건강만족 정도를 평가하는 일반적 건강 문항은 각각 ‘당신은 당신의 삶의 질을 어떻게 평가하십니까?’에 대하여 5점 만점에 2.66점으로 중간정도로 나타났으며, ‘당신은 당신의 건강상태에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?’에 대하여 5점 만점에 2.52점으로 중간정도로 나타났다. 삶의 질 하부영역별로는 사회적관계 영역 2.64점(SD=0.58), 신체적건강 영역 2.63점(SD=0.42), 정신적건강 영역 2.61점(SD=0.55), 환경 영역 2.58점(SD=0.52)의 순으로 높게 나타났다<Table 4>.

우울정도는 최고 60점 만점에 총점평균 24점(SD=10.13)이었고, 문항평균 3점 만점에 1.20점(SD=0.51)이었으며, 사회적지지 정도는 최고 175점 만점 중 총점평균 110.45점(SD=17.78)이었고, 문항평균 7점 만점에 4.42점(SD=0.71)이었다. 지각된 건강상태는 최고 15점 만점에 총점평균 7.65점(SD=2.26)으로 문항평균 5점 만점에 2.55점(SD=0.75)이었고, 현재의 건강상태를 묻는 문항에 대하여 ‘매우 나쁘다’ 혹은 ‘비교적 나쁘다’고 응답한 대상자가 46.4% 이었으며, ‘보통’ 39.1%, ‘비교적 좋다’ 혹은 ‘좋다’ 14.5%를 차지하였다<Table 5>.

대상자의 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태 정도

대상자의 부담감 정도는 최고 125점 만점에 총점평균 79.34점(SD=11.54)이었고 문항평균 5점 만점에 3.17점이었다. 영역별로는 사회적부담감 3.66점(SD=0.79), 경제적부담감 3.26점(SD=0.89), 신체적부담감 3.22점(SD=0.94), 의존부담감 3.19점(SD=0.50), 정서적부담감 2.94점(SD=0.62)의 순으로 높았다.

대상자의 부담감, 우울, 사회적지지, 지각된 건강상태, 환자의 일상생활활동 정도 간의 상관관계

삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 관련변수들과의 상관관계를 분석하였다<Table 6>.

상관분석결과 삶의 질은 우울($r=-.412, p<.001$), 부담감($r=-.316, p=.001$)과 부적 상관관계가 있었고, 사회적 지지($r=.411, p<.001$), 지각된 건강상태($r=.215, p=.024$)와 정적 상관관계를

<Table 5> Primary Caregivers' Burden, Depression, Social support, and Perceive Health Status

Domain (items)	Min	Max	Total Score mean(SD)	Item mean (SD) / item number
Total score of Burden (25)	50	106	79.34 (11.54)	3.17 (0.46) / 5
Economic burden (3)	2	15	9.78 (2.68)	3.26 (0.89) / 5
Physical burden (2)	2	10	6.43 (1.87)	3.22 (0.94) / 5
Social burden (4)	7	20	14.63 (3.17)	3.66 (0.79) / 5
Emotional burden (10)	14	43	29.38 (6.20)	2.94 (0.62) / 5
Burden of dependence (6)	11	26	19.12 (3.01)	3.19 (0.50) / 5
Depression (20)	1	50	24.00 (10.13)	1.20 (0.51) / 3
Social support (25)	46	149	110.45 (17.78)	4.42 (0.71) / 7
Perceived health status (3)	3	15	7.65 (2.26)	2.55 (0.75) / 3

<Table 6> Correlation between Social support, Depression, Health Status, Burden, Quality of Life

Variables	Quality of Life	Depression	Burden	Social support	Perceived health status
Quality of Life	1				
Depression	-.412 ($<.001$)	1			
Burden	-.316 (.001)	.370 ($<.001$)	1		
Social support	.411 ($<.001$)	-.161 (.164)	.029 (.807)	1	
Perceived health status	.215 (.024)	-.308 (.002)	-.289 (.002)	-.030 (.795)	1
Patient's ADL	.080 (.414)	-.115 (.251)	.205 (.035)	-.017 (.887)	.155 (.110)

보였다. 즉 우울이 많을수록 부담감이 클수록, 삶의 질은 낮았고, 사회적 지지가 많을수록, 지각된 건강상태가 좋을수록 삶의 질은 높았다. 우울은 부담감($r=.370, p<.001$)과 정적 상관관계가 있었고, 지각된 건강상태($r=-.308, p=.002$)와 부적 상관관계를 보였다. 즉 부담감이 많을수록 우울도 많았고, 지각된 건강상태가 나쁠수록 우울이 많았다. 부담감은 지각된 건강상태($r=-.289, p=.002$)와 부적 상관관계를 보였고, 환자의 일상생활 활동 정도($r=.205, p=.035$)와는 정적 상관관계를 보였다. 즉 지각된 건강상태가 나쁠수록 부담감이 컸고, 환자의 일상생활 활동 정도가 의존적일수록 부담감이 컸다.

삶의 질 영향 요인

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 상관관계 분석에서 유의하게 나왔던 변수를 독립변수로 하여 다중회귀분석(Multiple Linear Regression)을 실시하였다. 먼저, 독립변수들 간의 상관성분석을 한 결과, VIF 값이 1.036-1.225를 나타내 독립변수 간 다중공선성이 없고, Durbin-Watson 상관계수는 1.739를 나타내 잔차의 상호독립성을 만족하고, 잔차의 정규분포성이나 등분산성은 표준화 예측값과 표준화 잔차의 산점도상에서 정규분포와 등분산 가정을 만족하여 다중회귀분석을 실시하기 위한 가정을 만족하였다. 연구 대상자의 삶의 질에 대한 회귀모형은 유의하게 나타났으며 ($F=10.653, p<.001$), 수정된 결정계수(Adjusted R^2)는 .343 이었다. 삶의 질에 영향요인으로는 부담감($\beta=-.228$), 우울($\beta=-.333$), 사회적지지($\beta=.367$)이었으며, 사회적지지가 가장 높은 영향 요

인으로 나타났고, 이들 변수는 삶의 질의 34.3%의 설명력을 갖고 있는 것으로 나타났다<Table 7>.

논 의

대상자인 주돌봄자의 특성을 살펴보면 평균 65.1세의 여성, 배우자가 대다수를 차지하였는데 Kim(2005)의 연구에서 60-69세의 여성, 배우자 혹은 자녀, 또한 Choi(2009)의 연구에서 평균 58.9세의 여성, 배우자인 것을 보면 주돌봄자의 역할은 여전히 여성이 주로하고 있으며 배우자와 자녀가 감당하고 있는 것을 알 수 있다. 주돌봄자가 직장이 없는 경우와 주부인 경우를 합하면 85.4%가 직장 없이 환자를 돌보고 있으며, 이는 Kim(2005)의 연구에서 무직, 주부를 합해 86.4%를 차지하였고, Choi(2009)의 연구에서는 환자를 돌보기 전에도 41.6%가 직장이 없었으며, 환자를 돌보기 위해서 38.3%가 다니던 직장을 그만 둔 결과 79.9%가 직장 없이 환자를 돌보고 있는 것과 유사하였다. 대상자의 평균 환자 돌보는 시간이 하루에 평균 19.01시간씩, 평균 8.1년간 지속해왔으며, Kim(2005)의 연구에서도 하루 중 환자 돌보는 시간이 16-24시간(71.6%), 돌본 기간이 1-3년(42.1%), 3-9년(26.3%) 등의 순으로 나타난 것과 비교해보면 장기간 환자를 돌보았을 것을 알 수 있다. 대상자의 59.1%가 주돌봄자의 역할을 교대로 할 수 없으며, 90.9%가 가정간호대상자와 함께 살고 있는 것으로 볼 때 다수의 주돌봄자는 직장생활을 하지 않고 주로 혼자서 환자를 돌보는 일에 전념하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 Choi(2009)의 연구에서도 혼자서 환자를 돌보는 경우가 50.7%라고

<Table 7> Factors influencing quality of life

(N=110)

Variables	B	β	t	p	Adjusted R^2	F	p
Burden	-.244	-.228	-2.230	.029	.343	10.653	$<.001$
Depression	-.411	-.333	-3.188	.002			
Social support	.271	.367	3.830	$<.001$			
Perceived health status	-.073	-.014	-.137	.892			

응답한 것과 유사하였다.

가정간호대상자의 특성을 살펴보면 평균 59.01세의 남자(72.5%)가 대부분이었는데, 75세 이상(29.1%)이 가장 많았고, 환자의 질병은 뇌혈관 질환 및 척수질환이 62.7%를 차지하였다. 이러한 결과는 Ryu, Park과 Kim(2007)이 가정간호사업소 이용자의 특성 중 다빈도 상병으로 뇌혈관 질환이 38%로 1위를 차지하였는데, 본 연구 대상자가 속한 가정간호사업소에는 뇌혈관 질환자들의 빈도가 훨씬 높은 것을 알 수 있다. 그러므로 이 환자들의 일상생활활동 정도는 같은 도구를 사용하여 재가와상노인의 일상생활활동 정도를 측정된 Kim 등(2001)의 연구와 비교해보았을 때 ‘목욕’과 ‘몸치장’을 제외한 나머지 6개 항목에서 모두 점수가 높아 본 연구에서는 총점평균이 25.45점이었고, Kim 등(2001)의 연구에서는 22.26점으로 일상생활활동 정도가 훨씬 의존적인 것을 알 수 있다. 이것은 또한 주돌봄자의 역할 중에서 일상생활활동 도움이 80.8%로 가장 많이 하고 있는 역할이라고 응답한 것과 관련이 있겠다. 가정간호대상자 중 다빈도 질환자로는 뇌졸중 환자가 1위여서 일상생활활동 정도가 낮은 환자가 많음을 알 수 있다. 이러한 환자의 일상생활활동 정도는 주돌봄자의 부담감과 양의 상관관계로 나타나, 일상생활 활동 의존도가 높을수록 부담감도 높았다는 선행연구들(Kim, 2005; Oh & Kim, 2007)의 결과를 지지하였다.

본 연구 대상자인 주돌봄자의 삶의 질은 중환자가족의 삶의 질을 조사한 Kim(2006)의 연구와 비교해보면 삶의 질 모든 하부영역에서 현저히 낮았다. 중환자가족은 환자가 입원하게 되면 경제적 책임, 새로운 역할 수행 등의 문제를 안고, 하루의 대부분을 중환자실 보호자 대기실에서 초조하게 기다리면서 정신적, 육체적 피곤뿐만 아니라 개인적인 시간을 전혀 가질 수 없으나, 환자를 대면하여 옆에서 지속적으로 돌보아주는 입장이기 보다는 면회시간에 잠시 환자를 방문하고 남은 시간 동안에는 떨어져 있으므로, 가정간호대상자의 주돌봄자가 하루 종일 환자 곁에서 환자를 돌보는 일을 오랜 기간 감당하고 있는 특성상 다르기 때문으로 생각된다.

본 연구에서 주돌봄자의 부담감은 보통 이상으로 사회적 부담감이 가장 높았고, 경제적 부담감, 신체적 부담감, 의존의 부담감, 정서적 부담감 순이었는데, Kim(2002)의 연구에서 3.08점이었으며 사회적 부담감(평균 3.55점)이 가장 높았고, 정서적 부담감이 2.80점으로 가장 낮아 본 연구결과를 지지하였다. 또한 Kim(2001)의 연구에서는 부담감 영역 중 경제적 부담감이 3.19로 가장 높았고, 의존부담감, 사회적 부담감, 정서적 부담감 순이었다. 다른 것에 비해서 정서적 부담감이 낮은 이유는 환자를 돌보는 가족 간호제공자 대부분이 여자이고 환자의 배우자나 자녀로 전통적으로 환자를 돌보는 역할을 당연하게 받아들임으로서 정서적인 부담감이 다른 것에

비해 낮은 것으로 생각된다. 주돌봄자의 부담감이 50-106점의 범위 내에서 평균 79.34점이었는데, 같은 도구로 측정된 암환자 가족의 부담감(Kim, 2001)은 31점-107점의 범위 내에서 평균 68.30점으로 본 연구 대상자보다 낮았으며, 내과병동에 입원한 환자 가족의 부담감(Park, 1996)은 32-124점의 범위 내에서 평균 77.37점으로 본 연구와 유사하였다. 그러나 정서적 부담감이 가장 높았고, 신체적 부담감이 가장 낮아 본 연구와는 다른 결과를 보였으나 연구 대상이 입원한 환자이므로 신체적인 돌봄은 가정에서 보다 적어 신체적 부담감이 가장 낮게 나타난 것으로 생각된다. 간호제공자가 여성인 경우 가사를 책임지는 것 이외에 환자를 돌보는 역할과 경제적인 문제, 가정의 크고 작은 일을 모두 떠맡아야 하는 어려움을 겪게 되고 사회적, 정서적 고립감을 경험하며, 자녀나 다른 가족보다 더 큰 부담감을 갖고 있어(Baile, Norbeck, & Barnes, 1988), 본 연구의 경우에도 주돌봄자가 대부분 여성이며, 배우자이기 때문에 부담감이 더욱 높게 나타난 것으로 생각된다. 한편 부담감과 사회적 지지는 상관관계가 없는 것으로 나타났으며 Park(1996)의 연구에서도 유사한 결과를 볼 수 있었다.

본 연구 대상자 중 77.7%가 16점 이상의 우울증상을 보였는데 이것은 노인을 돌보는 여성 가족부양자(Kim, 2000)의 68%가 16점 이상이었던 것과 비교해볼 때 더욱 많은 대상자가 우울을 경험하는 것으로 나타났다. 이처럼 주돌봄자들의 우울수준은 상당히 높고 대다수가 겪고 있기 때문에 이에 대한 중재가 필요한 상황이라고 하겠다. 부담감이 클수록 가족은 심한 우울을 경험한다(Choi, Suh, Kim, Kim, & Cho, 2000)는 선행 연구를 지지하는 결과라고 하겠다.

본 연구에서 주돌봄자가 지각하는 사회적 지지 정도는 46-149점 범위에서 평균 110.45점이었으며 문항평균 7점 만점에 4.42점으로 중간 이상으로 나타났으며, 내과병동에 입원한 환자를 돌보는 가족(Park, 1996)의 사회적 지지 정도는 63-167점의 범위에서 125.89로 나타나 약간 더 높은 것으로 나타났으며, 7점 만점에 5.04점으로 상당히 높았다. 또한 중환자 가족(Kim, 2006)의 사회지지도는 5점 만점에 평균 3.73으로 중간보다 높았다. 사회적 지지가 장기간 계속되는 문제나 갈등을 중재하는 역할을 하므로 이를 효과적으로 제공하기 위한 적절한 중재방법의 모색이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서는 주간호자의 지각된 건강상태가 5점 만점에 2.55점으로 보통인 것으로 나타났으며, 46.4%가 건강상태가 나쁘다고 지각하고 있었다. Kim(2005)의 연구에서는 4점 만점에 1.82점으로 중간 이하인 것으로 나타났다. 노인을 돌보는 여성 가족부양자의 건강상태(Kim, 2000)는 ‘나쁘다’ 26.7%, ‘그저 그렇다’ 35.8%, ‘좋다’ 혹은 ‘아주 좋다’ 37.5%를 차지하였다. 본 연구에서 대상자의 건강지각은 부담감과 정적 상관관계를 보였는데, 이것은 Kim(2005)의 연구에서도 가족의

부담감과 건강상태 간에는 높은 정적 상관관계($r=.57, p<.01$)를 보인 것과 같았다. 본 연구에서 주돌봄자의 건강지각은 부담감과 우울과는 부적상관관계를 보였고, 사회적 지지와는 상관관계가 없는 것으로 나타났다. Kim(2006)은 중환자 가족의 건강지각은 사회적지지($r=.58, p<.001$)와 정적 상관관계가 있었고, 부담감($r=-.28, p=.005$)과는 부적상관관계가 있다고 하였다.

본 연구에서는 주돌봄자의 삶의 질에 가장 큰 영향을 주는 요인은 사회적 지지로 나타났다. 이는 입원한 만성질환자를 돌보는 가족구성원을 대상으로 한 연구(Park, 2005)에서 사회적 지지가 높을수록 삶의 질의 정도가 높으며 사회적 지지 정도가 높은 집단이 낮은 집단에 비해 부담감이 낮아져서 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 중환자 가족의 경우(Kim, 2006)는 삶의 질에 사회적 지지가 33.5%, 부담감은 3.1% 각각 영향을 미치는 것으로 나타났다.

Suh와 Oh(1993)의 만성질환자 가족을 대상으로 한 부담감의 연구에서 부담감과 삶의 질, 사회적 지지 간의 관계는 부적 상관관계로, 사회적 지지가 적으면 부담감이 많고, 삶의 질은 낮아지는 것으로 나타났다. Min(2003)의 혈액투석 환자 가족을 대상으로 부담감, 사회적 지지 및 삶의 질 간의 상관관계를 보면, 부담감이 낮을수록 삶의 질이 높았고, 사회적 지지가 높을수록 삶의 질이 높음을 알 수 있었으며, 가족의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 부담감, 사회적지지, 가족의 교육수준이 23%의 영향력을 나타냈다.

이상의 연구결과를 통해 가정간호대상자의 ADL 기능정도는 주돌봄자의 부담감과 우울과 상관관계를 갖고 있으며 이들이 지각하는 사회적 지지정도도 함께 삶의 질에 영향을 주는 것으로 나타났다. 가정간호서비스 내용 중 ‘주수발자 및 가족문제 상담’이 주요 업무 중 하나로 명시되어있을 뿐 아니라, 가정간호대상자의 주돌봄자는 가정간호사가 환자를 방문할 때마다 늘 만나게 되고 이들로부터 환자상태에 관한 그간의 상황을 듣고 또 환자를 잘 돌볼 수 있도록 교육을 시켜야하는 또 다른 대상자가 된다. 가정간호서비스의 궁극적인 목적이 환자에 대한 가정간호서비스를 통해 치료 및 간호의 연속성을 유지하는 것인 동시에 환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키고 질병으로 인한 부담을 경감시켜주는 것이며 이들에 대한 상담과 교육, 훈련을 통하여 건강관리능력을 향상시켜주는 것이라는 것을 생각하여 이를 위해서는 주돌봄자의 삶에 대해 관심을 갖고 도움을 줄 수 있는 적극적인 중재방법을 모색할 필요가 있다고 생각된다.

결론 및 제언

본 연구는 가정간호대상자를 돌보고 있는 주돌봄자의 특성

과 그들의 삶의 질 및 이에 영향하는 요인을 알아보고자 수행되었다. 연구결과 주돌봄자는 중년 여성으로 배우자가 주를 이루었고, 이들은 대부분 직장 없이 환자를 돌보는 일에 전념하여 하루 평균 10시간이상을 집중적으로 환자를 돌보고 있었으며 평균 8년 정도를 지속적으로 대상자를 돌봐온 것을 알 수 있었다. 병원에 입원해 있는 환자들에 비해 가정간호대상자들은 부담감의 각 영역에서 더욱 높은 부담감을 나타내었으며 특히 일상생활활동기능 정도가 낮을수록 더한 부담감을 갖고 있었다. 대상자의 77.7%가 우울증상을 보였으며, 46.4%의 대상자가 자신의 건강이 나쁘다고 응답하였고 실제로 질환을 갖고 있는 대상자들도 42.2%에 이르렀다. 대상자의 지각된 건강상태가 나쁠수록 부담감과 우울이 증가하였고, 부담감과 우울은 또한 삶의 질에 영향하는 요인으로 우울과 부담감이 낮을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 주돌봄자의 삶의 질에 가장 큰 영향을 주는 것은 사회적 지지로 나타났으며 많은 선행연구들에서 사회적 지지가 장기간 계속되는 문제나 갈등을 중재하는 역할을 하는 것으로 알려져있다. 부양가족들의 부담감을 완화하여 우울을 낮추고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호중재가 요구될 뿐만 아니라 국가차원에서 가족들의 우울을 예방관리 할 수 있는 사회적 지지구축망 체계가 요구됨을 시사하고 있다. 이상과 같은 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 일부지역의 가정간호사업소에 등록하여 가정간호서비스를 받고 있는 환자의 주돌봄자를 대상으로 하여 연구대상자의 범위를 확대한 반복연구를 시행할 것을 제언한다.

둘째, 가정간호대상자의 주돌봄자의 삶의 질을 높여줄 수 있는 국가적 차원의 사회적 지지체계를 구축할 수 있는 방안 에 대한 연구를 제언한다.

References

- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greelick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregivers role strain. *Res Nurs Health, 13*(6), 375-384.
- Baile, V., Norbeck, J. S., & Barnes, L. E. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nurse Res, 37*(4), 217-222.
- Barg, F. K., Pasacreta, J. V., Nuamah, I. F., Robinson, K. D., Angeletti, K., Yasko, J. M., & McCorkle, R. (1998). A description of psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs, 4*, 394-413.
- Battle, J. (1978). Relationship between self-esteem and depression. *Psychol Rep, 42*(3 PT 1), 745-746.
- Brandit, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure, *Nurse Res, 30*(5), 277-280.
- Choi, H. J., Suh, M. J., Kim, K. S., Kim, I. J., & Cho, N. O. (2000). Depression of stroke patient's family caregivers

- and the relating factors. *J Korean Acad Nurs*, 30(6), 1531-1542.
- Choi, S. O. (2009). *Family caregiver quality of life: home health care nursing*. Unpublished Master's thesis, The Graduate School of Ajou University, Suwon.
- Dunbar, G. C., Stroker, M. J., Hodges, T. C. P., & Beaumont, G. (1992). The development of SBQOL: a unique scale for measuring quality of life. *J Med Econ* 2, 65-74.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver wellbeing: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist* 26(3), 253-259.
- Hwang, M. H. (2000). *A structural model of self-care and well-being of the elderly*. Unpublished doctoral dissertation. The Graduate School of Kyungpook University, Daegu.
- Jeon, K. K., & Lee, M. K. (1992). Development of Korean version of CES-D: A preliminary study, *Kor J Clin Psychol*, 11(1), 65-76.
- Kim, E. K. (2005). *Family caregiver's level of burden and health status according to home health care client's activities of daily living*. Unpublished master's thesis, Graduate school Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, J. S. (2000). Health status of women caregivers and negative and positive impacts of family caregiving. *J Korean Acad Nurs*, 30(3), 632-646.
- Kim, K. S., Suh, M. J., Cho, N. O., & Kim, I. J. (2001). Development of an urban community based comprehensive service model for bed-ridden elderly. *J Korean Acad Nurs*, 31(4), 656-668.
- Kim, S. H. (2002). *A burden of the family care-givers for the home health care clients and the effect of home nursing care service*. Unpublished master's thesis. The Graduate School of Chungang University, Seoul.
- Kim, S. J. (2001). *A study on the relationship between the burden and the social support of family caregivers of cancer patients*. Unpublished master's thesis, Graduate School of Chosun University, Kwangju.
- Kim, Y. S. (2006). *A study on the relationship between social support, burden and quality of life in intensive care unit patient's family*. unpublished master's thesis. Graduate School, Chosun University, Kwangju.
- Medicare (2009). Home Health Compare. Retrived May, 20, 2009, from <http://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/search.aspx>
- Min, S. G., Kim K. I., & Park, I. H. (2002). *Korean version of WHOQOL*. Seoul: Hana Medical Publish Co.
- Min, Y. S. (2003). *Relationships among burden, social support and quality of life for the family caregiver of hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Graduate School of Occupational Health, The Catholic University, Seoul.
- Oberst, M. T., & Thomas, S. E. (1989). Caregiving demands & appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Oh, S. E., & Kim, S. L. (2007). Relation to the burden and function of family care-givers caring for home care clients. *The Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*. 14(2), 91-97.
- Park, M. N. (2005). *Function of social support on quality of life for the family caregiver of chronic inpatient*. Unpublished master's thesis, Graduate school of Chonman National University, Kwangju.
- Park, Y. H. (1996). *A study on the relationship between the burden, mental health status and social support of the family caregivers of internally ill patients*. Unpublished mater's thesis. Graduate school of Chungnam National University, Daejeon.
- Park, Y. H., Yu, S. J., & Song, M. S. (1999). Caregiver burden of families with stroke patients and their needs for support group intervention. *J Korean Acad Adult Nurs*, 10(1), 119-134.
- Radolff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1, 385-401.
- Ryu, H. S., Park, C. S., & Kim, E. Y. (2007). A review on home health care in Korea-hospital, community, and public health center based home health care nursing-. *Journal of Korean Academic Society of Home Care Nursing*, 14(2), 65-75.
- Shin, K. R., & Yang, J. H. (2003). Influencing factors on quality of life of middle-aged women living in rural area. *J Korean Acad Nurs*, 33(7), 999-1007.
- Smith, M. J., Goodman, J. A., Ramsey, N. L., & Pasternack, S. B. (1982). *Child and Family Concepts of Nursing Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Res Nurs Health*, 12(2), 93-100.
- Suh, M. H., & Oh, K. S. (1993). A study of well-being in caregivers caring for chronically ill family members. *J Korean Acad Nurs*, 23(3), 467-485.
- Ware, J. E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*, 11(4), 396-415.
- World Health Organization (1993). *WHOQOL Study Protocol*. WHO. Geneva.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relations of the impaired elderly; correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26(3), 260-266.

Factors Influencing Quality of Life of Home Care Patient's Primary Caregiver

Han, Suk Jung¹⁾

1) Associate Professor, Department of Nursing, Sahmyook University

Purpose: This study investigated the factors affecting the quality of life (QOL) of the primary caregivers of home health care patients. **Method:** The subjects were 110 primary caregivers of patients who were receiving home health care from two home health care centers affiliated with general hospitals in Seoul. Data collection was conducted using five questionnaires. **Results:** Positive relationships were evident between QOL and social support and perceived health status of the primary caregiver. Negative relationships were evident between QOL and burden and depression. Multiple linear regression analysis for QOL revealed that the most powerful influencing factor was social support. Social support, burden, and depression explained 34.3% of the variance. **Conclusion:** Burden, depression, and social support are related with QOL of primary caregivers of home health care patients. Nursing intervention strategies directed at this caregiver population are needed.

Key words : Home health care, Quality of life, Caregiver, Depression, Burden

• Address reprint requests to : Han, Suk Jung

Department of Nursing, Sahmyook University

26-21, Gongreng-dong, Noweon-gu, Seoul 139-742, Korea

Tel: 82-2-3399-1591 Fax: 82-2-3399-1594 E-mail: fountain@syu.ac.kr