

뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질

한정희¹ · 박연환²

서울아산병원¹, 서울대학교 간호대학 · 간호과학연구소²

Caregiver's Burden and Quality of Life of Male Spouses with Stroke Wives

Han, Jung-hee¹ · Park, Yeon-Hwan²

¹Asan Medical Center, Seoul

²College of Nursing, The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate caregiver burden and health related quality of life (HRQoL) among male spouses who cared for partners with a stroke. **Methods:** The subjects were spouses of 121 female patients who visited the neurology outpatients department in one tertiary hospital located in Seoul between February and April in 2011. **Results:** The mean age of the male caregivers was 71.25±5.51 years. The mean score of caregiver's burden was moderate (63.28±9.85). The average reported caregiving time was 58.48±5.51 min/day with the male spouses spending more time in house-working than with caregiving activities. The reported depression and care giving time, plus the cognitive status and functional dependencies of the spouse were significantly related to male caregiver's burden. The mean scores of 'physical health' and 'mental health' for quality of life for the male caregivers was moderate (47.49 and 47.33 respectively). Overall, caregiver's burden has a negative effect on the HRQoL of male spouses. **Conclusion:** Caregiver's burden and HRQoL are important problems which are in need of nurses' attention. It is suggested that intervention programs for male spouses be developed with a focus on emotional and social support as well as education about the caregiving role.

Key Words: Stroke, Caregiver, Male, Burden, Quality of Life

서 론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 우리나라에서 단일 질환 사망 원인 1위를 차지하여 매년 인구 100,000명당 53.2명이 뇌졸중으로 사망하고 있다(Korean Statistics Information Service, 2012). 최근에는

의학 기술의 발달, 조기 발견 및 치료로 뇌졸중 환자의 생존율이 증가하고 있으나 뇌졸중 환자의 73%는 퇴원 후에도 장기적인 기능 장애를 갖게 되어, 타인이나 가족의 도움을 필요로 한다(Heuqten, Vissear-Meily, Posts, & Lindeman, 2006). 전통적으로 효를 중요시하며 가족 문화가 중요한 우리나라에서는 뇌졸중 환자 돌봄의 70.7%를 가족이 담당하고 있으며 이 중 배우자가 일차적인 간호 제공자인 경우가 대부분이다

주요어: 뇌졸중, 간호제공자, 남성, 부담감, 삶의 질

Corresponding author: Park, Yeon-Hwan

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongro-gu, Seoul 110-799, Korea,
Tel: +82-2-740-8846, Fax: +82-2-765-4103, E-mail: hanipyh@snu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 한정희의 석사학위논문 일부 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's master's thesis from Seoul University.

투고일: 2012년 8월 6일 / 수정일: 2012년 9월 25일 / 게재확정일: 2012년 12월 10일

(Korean Statistics Information Service, 2010).

뇌졸중 환자를 돌보는 가족은 편마비, 지각 장애, 인지 기능 장애와 같은 뇌졸중의 특성으로 인해 환자를 곁에서 돌보아야 하는 시간이 많이 요구되어 다른 만성질환자를 돌보는 가족에 비하여 상대적으로 높은 부담감을 호소한다(Choi-Kwon, Kim, Kwon, & Kim, 2005; Morimoto, Schreiner, & Asano, 2003). 특히, 배우자인 간호 제공자는 가족 내에서 상대방의 역할까지 수행해야 하는 역할 변화로 다른 가족 간호 제공자보다 더 많은 부담감을 느낀다(Lee, 2009). 최근에는 인구의 고령화에 따라 뇌졸중 환자의 약 75%가 65세 이상의 노인으로 뇌졸중 환자를 돌보아야 하는 노인 배우자가 증가하고 있다(Centers for Disease Control, and Prevention, 2011). 노인 배우자들은 노화에 따른 변화와 동시에 돌봄으로 인한 부담감을 경험하게 되어 젊은 배우자들보다 뇌졸중 환자 간호에 더 큰 어려움을 겪을 수 있다(Lee, 2009). 즉, 노인 배우자는 스스로의 건강 상태가 좋지 않아 숨겨진 환자일 가능성이 높으며 이는 부담감을 과증시키는 요인이 될 수 있다(Kang, Lee, & Choi-Kwon, 2002; Robert, Rosemarie, Allen, & Patrick, 2006).

선행연구에 의하면 뇌졸중 환자 배우자의 부담감은 성별에 따라 다르다. 남성 배우자는 간호를 이성적으로 받아들이는 반면 여성 배우자는 간호를 감정적으로 받아들여 남성에 비해 부담감이 높다는 보고가 많았다(Park, 2010). 그러나 남성 배우자는 여성 배우자보다 건강관리에 미숙하여 만성질환에 이환될 확률이 더 높으며 신체 건강이 악화되는 경우가 많았다(Russell, 2008). 또한, 남성은 여성보다 배우자 돌봄에 있어 신체적, 정신적 도움을 더욱 필요로 하나 연령이 증가할수록 이를 스스로 해결하려고 하기 때문에 남성노인 배우자에서는 더 많은 건강 문제가 발생하고(Russell, 2008) 이로 인해 부담감이 증가할 수 있다. 또한, 남성노인 배우자는 여성에 비해 건강관리의 질이 떨어지며 가사일에도 어려움을 겪어 부담감에 차이가 있을 수 있다(Suguiura, Kutsumi, & Mikiami, 2009).

인구의 고령화와 가족 구조의 변화에 따라 전 세계적으로 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자가 증가하고 있는 추세인데 일본의 경우 1984년 11.2%에서 2004년에는 22.7%로 급증하였다(Health and Welfare Statistics Association, 2004). 그런데 지금까지 뇌졸중 환자를 돌보는 가족 간호 제공자의 부담감에 대한 선행연구는 대부분 여성 배우자인 부인이나 자녀를 대상으로 하였다(Lee, 2009; Park, 2010). 배우자의 부담감에 대한 연구도 일부 이루어졌으나 남성 배우자는 여성의 비교 집단으로 해석되거나 집단의 수가 작아 통계적으

로 유의하게 분석되지 못하여(Lee, 2009) 간호 제공자인 남성 배우자에 대한 연구는 전무한 실정이다.

한편 뇌졸중 환자를 돌보는 가족 간호 제공자의 부담감이 높을수록 이들의 건강 관련 삶의 질은 낮아진다(Kim, Shin, & Kim, 2004; Morimoto et al., 2003). 특히, 간호 제공자로서 남성 배우자의 건강 관련 삶의 질은 여성에 비해 낮은 것으로 보고되어 있으나(Jonsson, Lindgren, Hallstrom, Norrving, & Lindgren, 2005) 국내에서 남성 배우자를 대상으로 뇌졸중 환자를 돌보는 부담감과 삶의 질 간의 관련성을 확인하고, 부담감과 삶의 질의 관련 요인을 확인한 연구는 매우 부족한 실정이다. 따라서 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 간호 활동 시간, 건강 관련 삶의 질을 파악하고, 부담감과 건강 관련 삶의 질의 관련 요인을 확인하는 연구가 필요하다.

2. 연구목적

본 연구는 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질을 파악하여 간호중재의 근거를 제시하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 간호 활동 시간, 부담감과 건강 관련 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질의 관계를 파악한다.
- 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질 관련 요인을 파악한다.
- 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질의 영향 요인을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질을 파악하는 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상자는 뇌졸중 환자인 부인과 그에게 일차적 책임을 가지고 있는 남성노인 배우자로 구체적인 선정기준은 다음과 같다. 뇌졸중 환자인 부인은 의사에게 뇌졸중 진단을 받고 중

합병원 신경과 외래에 통원 치료를 받는 여자 환자이다. 단, 일과성 허혈성 발작으로 진단받은 환자는 증상이 24시간 이내에 사라지므로 제외하였다. 남성노인 배우자는 65세 이상의 남성으로 가족 구성원 중 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 일차적 책임을 가지고 있으면서 하루 8시간 이상, 주 5회 이상의 돌봄을 제공하는 자이다.

대상자 수는 G*power analysis 3.1.2를 이용하여 다중 회귀 분석의 유의도 .05, 검정력 .95, 효과 크기 .15 (medium), 예측 요인 2 (부담감, 건강 관련 삶의 질), 총 예측 요인 11 (연령, 경제 상태, 객관적 건강 상태, 주관적 건강 상태, 우울, 인지 기능, 일상생활 의존도, 유병기간, 가족의 지지, 뇌졸중 환자인 부인과 남성노인 배우자의 관계의 질, 간호 활동 시간)의 경우 107명으로 산출되어 탈락률을 고려한 총 130쌍을 대상으로 실시하였으며 응답이 부실한 자료 9쌍을 제외한 121쌍이 최종 연구대상자가 되었다.

3. 연구도구

본 연구에서는 남성노인 배우자의 특성(연령, 성별, 경제적 수준, 건강 상태, 우울), 뇌졸중 환자인 부인의 특성(인지 기능, 일상생활 의존도, 유병기간), 돌봄 상황적 특성(가족의 지지, 뇌졸중 환자인 부인과 남성노인 배우자의 관계의 질, 간호 활동 시간)이 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질에 영향을 미친다는 가정 하에 다음과 같이 연구도구를 선정하여 측정하였다.

1) 부담감

부담감은 치매 노인 가족 간호 제공자를 대상으로 개발되어 국내에서 뇌졸중 환자 가족간호 제공자에게 적용되어 신뢰도와 타당도가 입증된 Sense of Competence Questionnaire (SCQ)의 번역본(Choi-Kwon et al., 2005)을 저자의 도구 사용 동의를 받은 후 사용하였다. SCQ는 27 문항 4점 척도로 점수가 높을수록 부담감이 높음을 의미하며, '보호를 받는 환자'에 대한 부담감(7문항), '본인이 보호를 수행하는 데에 있어서의 부담감(12문항)', '보호 활동의 결과로 생기는 개인적인 생활의 희생에 대한 부담감(8문항)'의 3개의 하위 영역으로 구성되어 있다. 뇌졸중 가족 간호 제공자를 대상으로 한 선행연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었고(Scholte, de Hann, Pijnenborg, Limburg, & Bos, 1998), 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .93$ 이었다.

2) 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질은 Short Form-36을 축약한 Short Form-8 (Ware, Kosinski, Dewey, & Gandek, 2001)(이하, SF-8)의 한국어판을 사용하여 측정하였으며 이는 QualityMetric Incorporated의 승인을 받았다. SF-8은 '신체적 건강'과 '정신적 건강'으로 나뉘어진다. 본 연구에서는 Norm based scoring으로 점수를 환산하였는데 이는 미국의 일반 인구 집단을 대상으로 SF-36으로 측정된 각 영역 평균값을 SF-8의 항목별 응답 내용에 따라 부여하는 방법이다. 뇌졸중 환자 가족 간호자를 대상으로 한 국내 연구에서 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .80$ 으로 나타났다(Kim et al., 2004). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .84 \sim .85$ 였다.

3) 건강 상태

남성노인 배우자의 건강 상태는 객관적 건강 상태와 주관적 건강 상태로 나누어 측정하였다. 본 연구에서는 객관적 건강 상태를 만성질환의 수로 측정하였는데, 만성질환이란 질병의 종류와 상관없이 발병 후 3개월이 넘어도 낫지 않는 병으로 고혈압, 당뇨, 암, 폐질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 류마티즘으로 정하였다(Cho, 2009). 남성노인 배우자의 주관적 건강 상태는 '본인의 건강 상태에 대하여 어떻게 평가하십니까?' 라는 질문에 1점은 '매우 나쁘다', 2점은 '나쁘다', 3점은 '보통이다', 4점은 '좋은 편이다', 5점은 '매우 좋다'의 Likert 설문지로 측정하였다.

4) 우울

우울 정도는 Geriatric Depression Scale (GDS)의 단축형을 Kee (Kee, 1996)가 한국어로 번역한 한국어판 단축 노인 우울 척도(Geriatric Depression Scale Short Form-Korea)를 사용하였다. 총점의 범위는 0점에서 15점까지로 5점 이하는 정상 상태를, 6~10점은 경증 우울, 11~15점은 중증 우울로 간주된다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$ 이었으며(Kee, 1996) 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다.

5) 인지기능

인지기능은 한국형 간이 정신 상태 판별 검사(Mini-Mental State Examination-Korean Version, 이하 MMSE-K)를 사용하였으며 시간, 장소에 대한 지남력, 기억력, 기억 회상 능력, 주의 집중 및 계산력, 이해 및 판단력, 그리고 언어 기능으로 구성되어 있다. 24점 이상은 정상, 20~23점은 인지장애 의심, 19

점 이하는 인지장애로 분류한다(Park & Kwon, 1989). 선행 연구에서 도구의 민감도는 94.3%, 특이도는 87.5%로 나타났으며(Park & Kwon, 1989) 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .97$ 로 측정되었다.

6) 일상생활 의존도

뇌졸중 환자인 부인의 일상생활 의존도는 Modified Rankin Scale (MRS)의 번역본으로 측정하였다(Choi-Kwon et al., 2005). 1점은 증상이 있음에도 불구하고 장애는 없는 상태(의존도 없음), 2점은 약간의 장애가 있는 상태(경미 의존), 3점은 도움 없이 걸을 수 있으나 약간의 도움이 필요한 상태(보통 의존), 4점은 도움 없이 자가 관리를 할 수 없고 보행할 수 없는 상태(중등 의존), 5점은 요실금과 침상에 누워있는 상태로서 지속적인 간호와 지지가 필요한 상태(완전 의존)를 의미한다. 개발 당시 측정자 간 신뢰도는 .62~.91로 나타났다(Swieten, Koudstaal., Visser, Schouten, & Gijn, 1988).

7) 가족의 지지

가족의 지지는 우리나라 편마비 환자를 대상으로 개발한 '가족 지지 측정도구'(Kang, 1984)를 이용하였으며 5점 척도 11 문항으로 점수가 높을수록 가족의 지지가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ (Kang, 1984)이었으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .87$ 로 나타났다.

8) 환자와 가족 간호 제공자간의 관계의 질

환자와 가족 간호 제공자와의 관계의 질(이하, 관계의 질)은 'Family Caregiving Inventory'(Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990)의 번역본(Yang, 1995)을 사용하였으며 15문항 4점 척도로 점수가 높을수록 관계가 좋은 것을 의미한다. 원저자의 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .90 \sim .93$ (Archbold et al., 1990)이며, 번역본의 도구 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .80$ 으로 나타났다(Yang, 1995). 본 연구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .96$ 이었다.

9) 간호 활동 시간

간호 활동 시간은 ADL와 IADL의 항목을 바탕으로 최근 1주일 동안 환자 간호에 소요되는 시간을 측정하였다. 뇌졸중 환자 간호에 중요한 총 17개의 문항으로 구성하였으며 간호대학 교수 2인, 신경과 의료진 1인 그리고 신경과 간호사 3인을 대상으로 내용 타당도(CVI)를 검증한 결과 17개 항목 모두 .75 이상으로 산출되었다.

4. 자료수집

본 연구는 대도시 소재 A 종합병원 임상시험 심사위원회의 승인(S2010-0404-0002)을 받은 후 연구자가 연구의 목적에 대해 뇌졸중 환자인 부인과 남성노인 배우자에게 설명하여 서면으로 동의서에 자발적으로 수락한 대상자를 대상으로 자료를 수집하였다.

자료수집은 2011년 2월부터 4월 사이에 일개 종합병원 신경과 간호사인 연구자와 신경과에 5년 이상 근무한 경력이 있는 1명의 연구보조자가 시행하였다. 일개 종합병원 신경과 외래에 방문하여 의무기록을 통해 뇌졸중 진단 여부를 확인하여 대상자를 선정하였다. 설문지는 신경과 외래 대기실에서 뇌졸중 환자인 부인과 남성노인 배우자가 동시에 진행되었다. 뇌졸중 환자인 부인의 설문지는 연구자가 직접 환자의 상태를 확인하며 평가하였으며 환자 1인당 약 5분이 소요되었다. 남성노인 배우자 설문지는 외래에서 대기 중에 가끔적 자가 보고로 응답토록 하였으며, 질문이 있거나 응답에 어려움이 느끼는 경우는 연구 보조원이 도와주었으며 배우자 1인당 약 10분이 소요되었다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 계수를 산출하였다. 대상자의 특성, 남성노인 배우자의 부담감, 간호 활동 시간 그리고 건강 관련 삶의 질 정도는 서술 통계로 분석하였다. '연령, 경제 상태, 우울, 인지 기능, 일상생활 의존도'에 따른 부담감 및 건강 관련 삶의 질의 관련성은 one-way ANOVA, 사후 검정은 Scheffe's test로 분석하였다. '객관적 건강 상태, 주관적 건강 상태, 유병기간, 가족의 지지, 관계의 질'과 부담감 및 건강 관련 삶의 질의 관련성은 Pearson's correlation coefficients로 확인하였다. 부담감과 건강 관련 삶의 질의 영향 요인은 Stepwise multiple regression을 사용하였으며 부담감과 건강 관련 삶의 질의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 통계 처리하였다.

연구결과

1. 대상자의 특성 및 돌봄 상황적 특성

남성노인 배우자의 특성은 다음과 같다. 남성노인 배우자

의 평균 연령은 71.3±5.51세였으며 경제 상태는 월수입 100~200만원 사이가 가장 많았다. 만성질환 수로 측정된 객관적 건강 상태는 1.47±0.93개였고, 주관적 건강 상태는 1~5의 점수범위에서 평균 3.04±0.76점이었다. 우울 정도는 5.72±4.02점으로 17.4%가 중증 우울, 41.3%가 경증 우울에 속하였다. 뇌졸중 환자인 부인의 특성 중 인지 기능 정도는 18.25±10.49점으로 49.6%가 인지장애, 7.4%가 인지장애 의심, 43.0%가 정상에 속하였다. 일상생활 의존도는 평균 2.56±1.19점으로 나타났다. 뇌졸중 유병기간은 평균 4.37±4.19년이었다. 돌봄 상황적 특성인 가족의 지지 정도는 평균 34.64±7.88점이었으며 관계의 질은 평균 41.57±6.58점이었다(Table 1).

2. 남성노인 배우자의 간호 활동 시간, 부담감과 건강 관련 삶의 질 정도

남성노인 배우자는 일일 평균 58.55±5.51분 뇌졸중 환자인 부인을 간호하는 것으로 보고하였다(Table 1). 항목별로는

이동(움직이는 것) 도와주기'가 62명(51.2%)으로 가장 많이 하는 간호 활동으로 나타났으며 '식사 보조'와 약물 복용 보조'가 각각 61명(50.4%), '목욕시키기' 58명(47.9%), '옷 입기 보조' 54명(42.9%)의 순으로 나타났다. 항목별 간호 활동의 일 평균 시간은 '식사 보조'가 11.31분/일로 가장 많았으며, '식사 준비'와 '환자의 교통수단(버스, 택시, 지하철 등) 이용 보조'가 각각 11.15분/일, '환자의 도보 가능한 거리의 외출 보조'는 11.13분/일, '청소, 정리정돈, 침구 정리, 설거지'는 11.04분/일의 순서로 나타났다(Figure 1).

남성노인 배우자의 부담감 총점은 4점 척도 중 평균 2.34±0.38점으로 나타났다(Table 2). 부담감의 3가지 하위 영역 중에서는 '보호 활동의 결과로 생기는 개인적인 생활의 희생에 대한 부담감'이 2.59±0.54점으로 가장 높았으며 '본인이 보호를 수행하는 데에 있어서의 부담감(2.30±0.27점)', '보호를 받는 환자에 대한 부담감(2.13±0.50점)'의 순서로 나타났다. 남성노인 배우자의 건강 관련 삶의 질은 '신체적 건강'은 47.49±5.36점, '정신적 건강'은 47.33±6.21점으로 각각

Table 1. Characteristics of Caregivers and Patients

(N=121)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	Range			
Caregivers	Age(year)	≥65~<70	49 (40.5)	71.3±5.51	65~85		
		≥70~<80	59 (48.8)				
		≥80~<90	13 (10.7)				
	Monthly income (10,000 won)	0	18 (14.9)				
		≥1~<100	30 (24.8)				
		≥100~<200	56 (46.3)				
		≥200	17 (14.0)				
	Objective health status			1.47±0.93	0~4		
	Subjective health status			3.04±0.76	1~4		
	Depression	Good	50 (41.3)	5.72±4.02	0~15		
		Moderate	50 (41.3)				
		Severe	21 (17.4)				
Patients	Cognitive status	Good	52 (43.0)	18.25±10.49	5~30		
		Moderate	9 (7.4)				
		Severe	60 (49.6)				
	Dependencies	No	28 (23.1)	2.56±1.19	1~5		
		Mild	34 (28.1)				
		Moderate	27 (22.3)				
		Severe	27 (22.3)				
		Complete	5 (4.1)				
	Duration of illness (year)			4.37±4.19	1~19		
Caregiving situational characteristics	Level of family support			34.64±7.88	11~55		
		Quality of patient and caregiver's relationship				41.57±6.58	15~60
		Caregiver's activity time (min/day)					

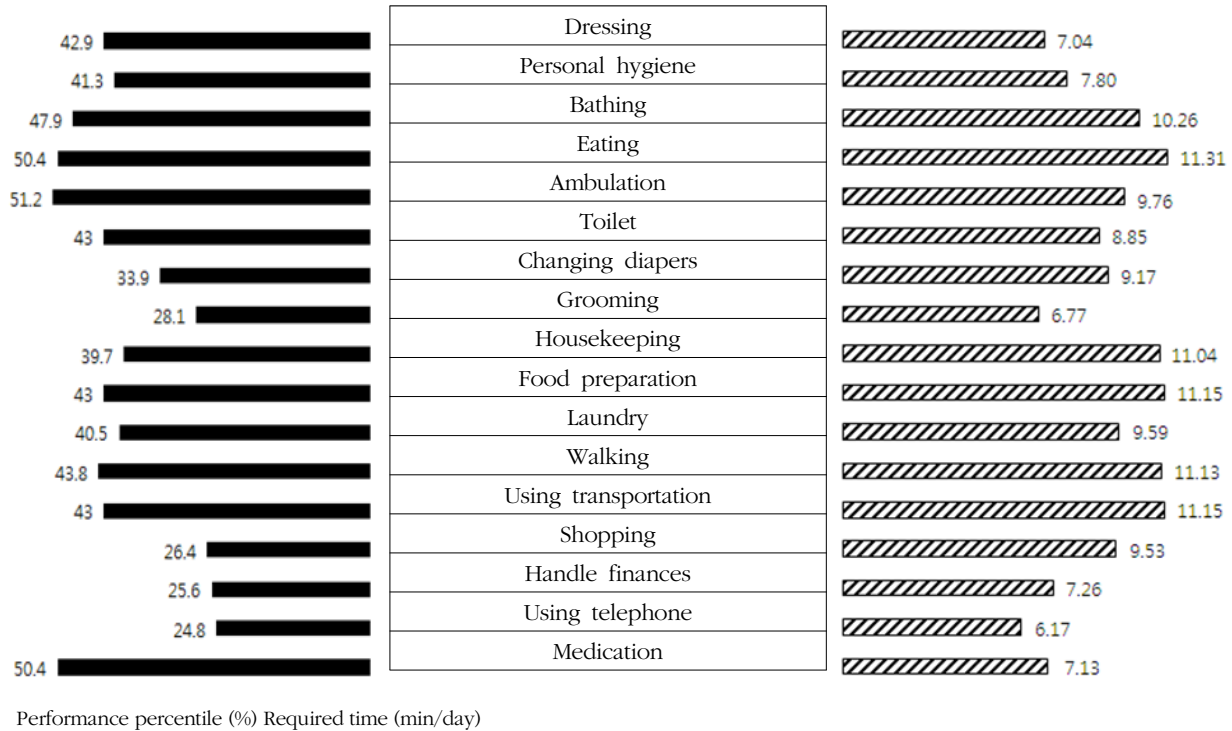


Figure 1. Characteristics of caregiver's activity time.

‘good grade’로 평가되었다(Table 2).

3. 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질 관계

남성노인 배우자의 부담감은 ‘신체적 건강’($r = -.57, p < .001$)과 ‘정신적 건강’($r = -.57, p < .001$) 모두에서 음의 상관관계로 나타나 남성노인 배우자의 부담감이 증가할수록 건강 관련 삶의 질이 낮아졌다(Table 2).

4. 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질 관련 요인

남성노인 배우자의 부담감 관련 요인은 다음과 같다. 남성노인 배우자가 보유하고 있는 만성질환 개수가 많을수록 ($r = .17, p < .001$), 주관적 건강 상태가 나쁠수록 부담감이 증가하였고($r = -.24, p < .001$) 우울 정도가 정상에서 경증, 중증 집단으로 갈수록 부담감이 높아졌다($F = 37.09, p < .001$). 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능($F = 29.86, p < .001$)과 일상생활 의존도($F = 19.05, p < .001$)에 따른 부담감의 차이는 통계적으로 유의하였다. 사후 분석 결과 인지 기능이 정상인 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 남성노인 배우자의 부담감이 낮았고, 일상생활 의존 정도가 보통 이상인 집단이 그렇지 않은

집단에 비해 부담감이 높았다. 뇌졸중 환자인 부인과 남자 노인 배우자와의 관계의 질($r = -.22, p < .001$)과 남자 노인 배우자의 일일 평균 간호 활동시간($r = .53, p < .001$)은 부담감과 유의한 상관관계를 보였다(Table 3).

한편, 남성노인 배우자의 건강 관련 삶의 질 관련 요인 분석 결과 남성노인 배우자가 보유하고 있는 만성질환 개수가 많을수록 건강 관련 삶의 질이 감소하였다($r = -.30, p < .001$). 또한, 남성노인 배우자의 주관적 건강 상태가 좋을수록 건강 관련 삶의 질이 증가하였고($r = .37, p < .001$) 우울 정도가 정상에서 경증, 중증 집단으로 갈수록 건강 관련 삶의 질이 낮아졌다($F = 29.21, p < .001$). 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능이 나쁜 집단은 정상인 집단보다 건강 관련 삶의 질이 낮았다($F = 29.86, p < .001$). 뇌졸중 환자인 부인의 일상생활 의존도가 ‘없음’에 속하는 집단은 ‘경미’와 ‘보통’ 의존 집단에 비해 건강 관련 삶의 질이 높았으며 ‘중등’과 ‘완전’ 의존 집단의 건강 관련 삶의 질이 가장 낮았다($F = 19.05, p < .001$). 뇌졸중 환자인 부인의 유병기간이 길수록 건강 관련 삶의 질은 낮아졌다($r = -.14, p < .001$). 돌봄 상황적 특성에서는 가족의 지지가 낮을수록 건강 관련 삶의 질이 낮아졌으며($r = .14, p < .001$) 뇌졸중 환자인 부인과 남자 노인 배우자와의 관계의 질이 나쁠수록 ($r = .26, p < .001$), 그리고 남자 노인 배우자의 일일 평균 간호

활동 시간이 많을수록($r=-.34, p<.001$)은 건강 관련 삶의 질이 낮았다(Table 3).

5. 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질 영향 요인

단변량 분석에서 부담감과 건강 관련 삶의 질 관련요인으로

분석된 변수들을 독립 변수로 하여 단계적 다중회귀 분석을 시행한 결과는 다음과 같다. 남성노인 배우자의 부담감에 영향을 미치는 가장 큰 설명력을 가진 변수는 남성노인 배우자의 간호 활동 시간으로 부담감의 41%를 설명하였다($\beta=.22, p=.013$). 다음은 남성노인 배우자의 우울($\beta=.33, p<.001$), 뇌졸중 환자인 부인의 일상생활 의존도($\beta=.23, p=.008$) 그

Table 2. Caregiver's Burden and HRQoL

(N=121)

Characteristics	Items	M±SD	Range	Correlation with caregiver burden	
				r	p
Caregiver's burden	Burden by 'patient'	2.13±0.50	1.38~3.88		
	Burden by 'care'	2.30±0.27	1.67~2.92		
	Burden by sacrifice of 'personal life'	2.59±0.54	1.14~3.57		
	Total	2.34±0.38	1.32~3.32		
HRQoL	Physical Health	47.49±5.36	30.67~57.06	-.57	<.001
	Mental Health	47.33±6.21	23.66~56.57	-.57	<.001

HRQoL=health related quality of life.

Table 3. Caregiver's Burden and HRQoL by Characteristics

(N=121)

Characteristics	Categories	Caregiver burden			HRQoL			
		M±SD	r or F	p	M±SD	r or F	p	
Caregivers	Age (year)	≥65~<70	61.47±9.52	1.82	.169	47.83±5.04	1.06	.351
		≥70~<80	64.03±9.73			47.50±5.16		
		≥80~<90	66.69±11.02			45.48±6.25		
	Monthly income (10,000 won)	0	69.72±9.90	.71	.553	46.91±5.32	.86	.462
		≥1~<100	66.83±9.02			47.58±5.51		
		≥100~<200	65.58±12.43			46.95±4.96		
		≥200	67.35±7.35			49.20±5.63		
	Objective health status			.17	<.001		-.30	<.001
	Subjective health status			-.24	<.001		.37	<.001
	Depression	Good ^a	56.52±7.95	37.09 [†] (c > b > a)	<.001	50.29±3.67	29.21 [†] (a > b > c)	<.001
Moderate ^b		66.16±7.65	46.91±4.19					
Severe ^c		72.52±7.66	41.79±5.83					
Patients	Cognitive status	Good ^a	57.55±8.92	29.86 [†] (c, b > a)	<.001	44.54±4.68	16.44 [†] (c > b, a)	<.001
		Moderate ^b	68.33±5.63			47.18±5.97		
		Severe ^c	69.02±7.39			49.77±4.29		
	Dependencies	No ^a	54.79±9.46	19.05 [†] (e, d, c > b, a)	<.001	50.71±4.48	6.44 [†] (a > b, c > d, e)	<.001
		Mild ^b	60.21±7.32			47.64±4.78		
Moderate ^c		67.30±7.20	46.76±4.73					
Severe ^d		69.74±7.37	45.49±4.91					
	Complete ^e	75.20±4.44	41.38±6.92					
Duration of illness (year)			-.04	.334		-.14	<.001	
CSC	Level of family support			-.08	.831	.14	<.001	
	Quality of patient and caregiver's relationship			-.22	<.001	.26	<.001	
	Caregiver's activity time (min/day)			.53	<.001		-.34	<.001

CSC=caregiving situational characteristics.

[†]The result of Scheffé test; HRQoL=Health related quality of life.

리고 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능($\beta = -.19, p = .014$)의 순서로 부담감에 영향을 미쳤으며 이들 4개 변수들은 부담감의 58.4%를 설명하였다($F = 40.71, p < .001$) (Table 4).

남성노인 배우자의 건강 관련 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 변수는 남성노인 배우자의 우울로 건강 관련 삶의 질의 18%를 설명하였다($\beta = -0.38, p < .001$). 다음은 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능($\beta = 0.25, p < .001$), 남성노인 배우자의 객관적 건강 상태($\beta = -0.16, p < .001$), 남성노인 배우자의 주관적 건강 상태($\beta = 0.12, p = .001$)의 순서로 건강 관련 삶의 질에 영향을 미쳤으며 이들 4개 변수들은 건강 관련 삶의 질의 33%를 설명하였다($F = 83.05, p < .001$) (Table 4).

논 의

본 연구는 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 65세 이상의 남성노인 배우자라는 간호 제공자의 성별, 연령에 초점을 두고 진행한 연구로 부담감과 건강 관련 삶의 질, 그리고 이와 관련된 요인을 규명하고자 하였다.

남성노인 배우자의 부담감 총점은 2.34점으로 보통보다 약간 낮은 정도였다. 이는 국내에서 동일한 도구로 뇌졸중 환자를 돌보는 여성 가족 간호 제공자의 부담감을 측정된 점수(Choi-Kwon et al., 2005)와 비교할 때 다소 낮았다. 같은 간호 상황에 대하여 여성이 남성보다 의무감에 의해 비자발적인 간호를 하는 경향이 많아 전체적인 심리적 부담감이 남성보다 높았다는 선행연구가 이를 뒷받침한다(Han & Son, 2009). 동일한 도구로 부담감을 측정하였던 미국 연구에서 보고된 남

성 배우자의 부담감은 1.76점(Tigers et al., 2006)으로 국내의 남성 배우자가 외국보다 더 많은 부담감을 느끼고 있었다. 이는 국내와 미국 가족 간호 제공자의 부담감을 비교하였던 연구에서 뇌졸중 환자를 돌보는 국내 가족 간호자의 부담감이 미국인에 비해 높았던 것과 일치한다(Choi-Kwon et al., 2009). 이러한 결과는 환자 간호는 가족이 전담하는 것이라는 우리나라의 문화적 특성에 의한 것으로 뇌졸중 환자 간호의 책임이 가족에게 전가되어 부담감이 더 높은 것으로 생각된다. 또한, 우리나라는 가족 외에 다른 지지 기반은 부족하여 부담감이 더 증가될 수 있다(Choi-Kwon et al., 2009). 아시아 국가 중에서도 일본의 경우 뇌졸중 환자와의 관계의 질이나 가족의 지지보다는 사회적 지지가 부담감에 더 많은 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이것은 사회적 지지 체계가 활성화되어 가족보다 더 큰 영향을 미치기 때문으로도 해석되었다(Morimoto et al., 2003). 따라서 환자를 돌보는 일차적 책임이 가족에게 전가되는 우리나라의 상황을 고려할 때 가족의 부담을 덜 수 있도록 사회적 지지 체계의 확대가 필요하다.

부담감의 3가지 하위 영역 중 '개인적인 생활의 희생에 대한 부담감' 이 다른 2가지 영역 중 가장 높게 나타났다. 이것은 뇌졸중 환자인 부인을 돌봄으로 인한 자신의 개인 생활의 제약에 대한 부담감이 더 높다는 것을 의미하며 남성노인 배우자의 부담감 특성으로 생각된다. 문항별로는 대부분 간호 수행에 대한 항목에서 부담감이 높게 나타나 남성노인 배우자는 환자 간호에 따른 자신의 역할에 대해 부담을 느끼는 것으로 볼 수 있다. 역할 변화에 따른 부담감 증가는 평소 가족의 돌봄이나 간호에 익숙하지 않은 우리나라 남성노인 배우자의

Table 4. Multiple Regression for Caregiver's Burden and HRQoL

(N=121)

Dependent variables	Independent variables	B	β	t	p	R ²	Adj. R ²	F	p
Caregiver burden		54.89		21.21	<.001			40.71	.001
	Caregiver's activity time	0.04	0.22	2.51	.013	.41	.40		
	Caregiver's depression	0.81	0.33	4.63	<.001	.52	.51		
	Patient's dependencies	1.87	0.23	2.72	.008	.56	.55		
	Patient's cognitive status	-0.18	-2.19	-2.49	.014	.58	.57		
HRQoL		47.04		41.78	<.001			83.05	<.001
	Caregiver's depression	-0.56	-0.38	-11.16	<.001	.18	.18		
	Patient's cognitive status	0.13	0.25	7.45	<.001	.28	.28		
	Caregiver's objective health status	-0.95	-0.16	-4.82	<.001	.32	.32		
	Caregiver's subjective health status	0.90	0.12	3.34	.001	.33	.33		

HRQoL=Health related quality of life.

특성으로 향후 부담감 경감을 위한 간호중재 개발 시 고려해야 할 것이다. 한편 '보호 활동의 결과로 생기는 개인적인 생활의 희생에 대한 부담감' 이 두 번째로 높게 나타났다. 이것은 환자나환자 간호에 대한 부담감보다는 자신의 개인 생활의 제약에 대한 부담감이 더 높을 수 있다는 선행연구와 유사하였다(Choi-Kwon et al., 2005). 뇌졸중 환자는 질병의 특성상 일상생활에서 타인의 도움이 필요하므로 남성노인 배우자의 개인적인 시간이 감소하기 때문에 부담감이 높아지는 것이다. 선행연구에서는 그 원인으로 뇌졸중 환자의 일상생활 의존도, 가족 간호자의 간호 활동 시간이 영향을 미치는 것으로 보고하였는데(Choi-Kwon et al., 2005), 이 두 가지 원인은 본 연구에서도 부담감에 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 따라서 남성노인 배우자가 돌봄을 유지하면서도 개인적인 시간을 유지하기 위해서는 뇌졸중 환자인 부인의 일상생활에 대한 간호를 지지할 수 있는 사회적 자원 활용과 돌봄 시간 경감을 위한 교육 및 상담 제공이 필요하다.

구체적 간호 활동별 돌봄 시간을 확인한 결과 '이동(움직이는 것) 도와주기'가 높았으므로 편마비 등 거동이 불편한 뇌졸중 환자를 간호하는 신체적으로 허약한 남성노인 배우자가 안전하고 효과적인 이동 보조를 제공할 수 있도록 교육과 상담이 필요할 것으로 보인다. 또한, 대부분의 뇌졸중 환자는 장기적으로 약물을 복용해야 하므로 '환자의 약물 복용 보조'에 많은 시간을 할애하는 것으로 나타났다. 특히, 노인들은 기억 감퇴, 감각 기능 저하 등으로 정확한 약물 복용이 어려우므로 남성노인 배우자가 뇌졸중 환자인 부인의 약물 수행을 보조할 때는 정확한 약물 복용에 대한 교육과 함께 약물의 오남용을 막는 관리가 필요하겠다. 다음으로는 '식사 보조', '목욕시키기' 그리고 '옷 입기 보조' 등 남성노인 배우자에게 익숙하지 않은 활동을 많이 하는 것으로 나타났다. 간호 활동 시간을 조사한 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나 남성노인 배우자는 가사일과 관련된 활동에 익숙하지 않아 시간을 많이 소요하는 것으로 생각된다. 우리나라 남성 배우자의 가사일 시간은 주 1시간 이내로 OECD 국가 중 가장 낮았던 결과가 이를 뒷받침한다(Ahn, 2011). 우리와 성별 역할 및 인식이 유사한 일본의 연구결과도 뇌졸중 환자를 돌보는 남성 배우자는 여성에 비해 가사 일에 대한 지지 요구가 높았다(Suguiura et al., 2009). 뇌졸중 환자를 돌보는 시간이 많을수록 가족 간호 제공자의 부담감이 높아질 수 있으므로(Morimoto et al., 2003) 남성노인 배우자가 익숙하지 않은 간호 활동에 당황하지 않고 효율적으로 대처할 수 있도록 교육 및 노인 장기 요양 보험 제도의 방문 간호 등의 도입이 필요할 것으로 생각된다.

부담감의 관련 요인의 단계별 회귀 분석 결과 남성노인 배우자의 간호 활동 시간이 가장 큰 설명력을 보였으며 남성노인 배우자의 우울, 뇌졸중 환자인 부인의 일상생활 의존도, 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능의 순서대로 부담감에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 남성노인 배우자의 간호 활동 시간이 많을수록 부담감이 높았는데 이는 뇌졸중 환자의 신체적 기능 손상과 무관하게 간호 활동 시간이 많을수록 부담감이 증가하였던 일본의 연구와도 일치한다(Tooth, McKenna, Barnett, Prescott, & Murphy, 2005). 따라서 남성노인 배우자가 간호 활동에 익숙해지도록 남성노인의 특성을 고려한 교육 자료를 개발하여 시범 위주의 교육 및 상담을 제공하고 방문 간호 등을 활성화하면 결과적으로 부담감을 낮출 수 있을 것으로 기대된다. 또한, 본 연구에서 남성노인 배우자의 17.4%는 중증 우울을 경험하는 것으로 나타나 우울 경감을 위한 간호가 시급함을 알 수 있으며 이것은 선행연구와 일치하였다(Jung & Park, 2004). 우울은 노인의 약 27%가 경험하는 대표적인 정서적 문제로 특히, 남성은 본인의 감정을 잘 표현하지 않으려 하여(Russell, 2008) 부인을 돌보면서 경험하는 정서적 문제의 해소가 더 어려울 수 있으므로 정서적 상담의 제공과 자조 집단을 만들어 주는 것이 필요하다고 생각한다. 일상생활 의존도가 높을수록 부담감이 높았는데 이는 여성과 달리 남성 배우자는 뇌졸중 환자의 신체적 기능 손상 정도가 높으면 간호를 포기하는 경향이 있는 것으로 나타난 선행연구의 결과(Han & Son, 2009)와 유사하였다. 일상생활 의존도는 간호 활동 시간과 비례하는 개념으로 남성노인 배우자의 간호 활동을 도와줄 수 있는 교육과 사회적 지지가 제공되어야 하겠다. 또한, 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능과 부담감과 관련성은 뇌졸중 환자의 신체적 기능 손상이나 인지 기능 자체가 질병의 중등도와 상관없이 부담감에 영향을 미쳤던 선행연구와 일치하는 결과이다(Han & Son, 2009). 따라서 인지 기능 저하와 관련된 뇌졸중에 대한 정보 제공과 함께 이로 인한 부적절한 상황에 대처할 수 있는 교육이 필요하다고 생각한다. 한편, 본 연구결과 환자와 배우자의 관계의 질은 회귀분석 결과 부담감에 영향을 미치지 않았다. 이는 배우자를 대상으로 하였던 선행연구(McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra, 2005)와 유사하는 것으로 간호 제공자가 배우자인 경우 자녀와 달리 환자 간호를 당연시 여기며 받아들이기 때문으로 생각된다.

남성노인 배우자의 건강 관련 삶의 질은 '신체적 건강'이 47.49점, '정신적 건강'이 47.33점으로 비슷한 정도로 나타났다. 뇌졸중 환자를 돌보는 여성의 '정신적 건강'이 '신체적 건

강'보다 나뉘었던 선행연구(McCullagh et al., 2005)와 비교할 때 여성과 달리 남성은 환자 간호를 감정적이지 아니라 이성적으로 받아들이는 경향이 있어(Han & Son, 2009) '정신적 건강'이 '신체적 건강'과 비슷하게 나타난 것으로 생각된다.

남성노인 배우자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인 중에서는 남성노인 배우자의 우울이 가장 큰 설명력을 보였으며 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능, 남성노인 배우자의 객관적 건강 상태, 남성노인 배우자의 주관적 건강 상태의 순서로 영향을 미쳤다. 남성노인 배우자의 우울은 건강 관련 삶의 질에 가장 큰 영향을 미쳤는데 이는 선행연구(McCullagh et al., 2005)와 유사하였다. 특히, 남성노인 배우자의 우울은 부담감에도 영향을 미치는 요인으로 나타나 우울 경감을 위한 간호중재의 중요성을 확인할 수 있었다. 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능이 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 것은 선행연구(Johnson et al., 2005)와 유사하였으며 인지 기능 또한 부담감에도 영향을 미치는 요인으로 확인되었으므로 뇌졸중 환자의 중요한 건강 문제인 인지 기능 저하에 적절하게 대처할 수 있도록 지식 제공 및 상담이 필요할 것으로 생각된다. 또한, 남성노인 배우자의 객관적 건강 상태와 주관적 건강 상태 모두 건강 관련 삶의 질에 영향을 미쳤다. 남성노인은 여성보다 만성질환에 이환될 확률이 더 높으며 전체적인 건강 상태도 좋지 않다(Russel, 2008). 더욱이 남성노인 배우자는 환자 간호로 인해 스스로의 건강 문제를 해결하지 않으려 하는 경향이 많기 때문에(Russel, 2008) 뇌졸중 환자 뿐 아니라 배우 대상의 정기적인 방문 간호 및 건강관리가 제공되어야 할 것이다. 특이한 점은 부담감 영향 요인과 마찬가지로 건강 관련 삶의 질 영향 요인 분석에서도 단변량 분석에서는 유의하였던 가족의 지지나 관계의 질은 영향 요인으로 분석되지 않았다. 이러한 결과는 가족의 지지가 건강 관련 삶의 질 영향 요인으로 분석되었던 McCullagh et al. (2005)의 연구와는 다소 차이가 있었다. 이는 McCullagh et al. (2005)의 연구에서는 가족 간호 제공자의 대부분이 여성이었기 때문으로 생각된다. 즉, 여성은 돌봄 활동을 수행할 때 가능한 가족, 친지의 지지를 활용하는 경우가 많으나 남성은 자신이 혼자 해결하려고 하는 경향이 있을 수 있고, 노인 부부 가구가 많아 구체적으로 도움을 구할 가족이나 친지와 함께 거주하지 않는 것도 원인이 될 수 있을 것으로 생각된다. 또한, 부담감의 영향 요인이었던 뇌졸중 환자인 부인의 일상생활 의존도와 간호 활동 시간은 건강 관련 삶의 질에는 영향을 미치지 않았다. 뇌졸중 환자의 가족 간호자의 부담감과 건강 관련 삶의 질을 동시에 측정하여 영향 요인을 비교한 선행연구는 부족하기 때문에 직접적인 비

교 분석은 어려우며 향후 이에 대한 지속적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

부담감과 건강 관련 삶의 질의 관련성을 확인한 결과 남성노인 배우자의 부담감이 높을수록 '신체적 건강'과 '정신적 건강' 관련 삶의 질이 모두 낮아져 선행연구와 일치하였다(Kim et al., 2004; Morimoto et al., 2003). 즉, 뇌졸중 환자인 부인을 돌보는 남성노인 배우자의 부담감은 건강 관련 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 요인이므로 뇌졸중 환자의 장기적인 돌봄 기간 동안 남성노인 배우자가 신체적, 정신적 삶의 질을 유지할 수 있는 제도적 뒷받침과 실질적인 간호중재 개발이 절실하다. 무엇보다 노인 부부 가구의 특성을 고려하여 방문 간호와 시범 위주의 교육 및 정보 제공으로(McCullagh et al., 2005) 남성노인 배우자의 부담감을 낮추고 건강 관련 삶의 질을 높일 수 있는 간호중재가 개발되어야 하겠다.

본 연구에서는 국내외적으로 부족하였던 남성노인 배우자의 부담감과 건강 관련 삶의 질을 확인하였으나 물리치료, 환자 관찰, 여가 생활, 외부 도움 정도 등의 간호 활동 항목이 누락되어 이에 대한 분석이 이루어지지 않았다. 따라서 간호 활동 시간이나 간호의 구체적인 내용을 보다 정확하게 측정할 수 있는 객관적인 도구 개발이 필요하다.

결론

최근 증가하고 있는 간호 제공자인 남성노인 배우자는 뇌졸중 환자인 부인을 돌보면서 중등도 정도의 부담감은 느끼고 있었고 부담감은 신체적 및 정신적 건강 관련 삶의 질에 모두 부정적인 영향을 미쳤다. 특히, 남성노인 배우자는 상대적으로 익숙하지 않은 간호 활동 수행에 많은 어려움을 느끼고 있었으며 가사일과 관련이 있는 간호 활동에 상대적으로 많은 시간을 소요하였다. 남성노인 배우자의 간호 활동 시간과 우울, 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능과 일상생활 의존도는 부담감의 주요 영향 요인으로 나타났다. 남성노인 배우자의 우울, 뇌졸중 환자인 부인의 인지 기능, 남성노인 배우자의 객관적 건강 상태와 주관적 건강 상태는 건강 관련 삶의 질에 영향을 미쳤다. 남성노인 배우자의 부담감 경감 및 건강 관련 삶의 질 증진을 위해서는 이러한 요인들을 고려한 간호중재 개발 및 지역 사회 자원의 활용이 요구된다.

본 연구결과를 통한 제언은 다음과 같다.

첫째, 남성노인 배우자의 부담감 경감과 건강 관련 삶의 질 증진을 위해 정서적 상담의 제공과 함께 시범 위주의 교육과 방문 간호 등의 사회적 지지가 제공되어야 하겠다. 또한, 뇌졸

중으로 인한 인지 기능 저하에 대해 구체적 대처 전략이 포함된 간호중재 개발이 필요하며 남성노인 배우자의 건강을 관리할 수 있는 사회적 제도가 마련되어야 하겠다.

둘째, 간호 활동 종류에 따른 어려움 정도와 지지 요구 정도에 대한 추가 연구를 토대로 남성노인 배우자의 부담감 경감에 대한 간호중재를 개발하여 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

REFERENCES

- Ahn, E. Y. (2011, April 14). Korean male do housework 1 hour per day at least in OECD countries. *Metro*, 2213, p. 1.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing and Health* 13(6), 375-384.
- Centers for Disease Control and Prevention(2011, December). *Stroke facts*. Retrived Jun 29, 2012, from the Centers for Disease Control and Prevention Web site: <http://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>
- Cho, S. I. (2009). *KLoSA basic analysis report*. Seoul: Korea Labor Institue.
- Choi-Kwon, S., Kim, H. S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1054-1058.
- Han, G. H., & Son, J. Y. (2009). The effects of motives for caregiving and family relationship quality on caregiving burden/reward of the spouse caregivers of frail elderly in Korea: A focus on gender differences. *Journal of Korean Family Study Association*, 21(2), 81-109.
- Health and Welfare Statistics Association(2004). *Comprehensive survey of living conditions of the people on health and welfare 2004*. Retrieved December 16, 2011, from the Health and Welfare Statistics Association Web site: <http://www.hws-kyokai.or.jp>
- Heuqten, C., Vissar-Meily, A., Post, M., & Lindeman, E. (2006). Care for carers of stroke patients: Evidence-based clinical practice guidelines. *Journal of Rehabilitation Medical*, 38(3), 153-158.
- Jonsson, A. C., Lindgren, I., Hallstrom, B., Norrvig, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36(4), 803-808. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000160873.32791.20>
- Jung, O. B., & Park, J. H. (2004). Burden and Depression among Family Caregivers of Stroke patients. *The journal of Kyungpook Nursing Science*, 8(2), 105-116.
- Kang, H. S. (1984). *An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Kang, S. J., Lee, H. J., & Choi-Kwon, S. (2002). Caregivers Burden in patients with acute stroke. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 5(1), 27-37.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Kim, E. Y., Shin, E. Y., & Kim, Y. M. (2004). Caregiver burden and health related quality of life among stroke caregivers. *Journal of Korean Society of Public Health Nursing*, 18(1), 5-13.
- Korean Statistics Information Service, Daejeon, Statistics Korea (2010, December). *Views on elderly patients' care*. Retrieved December 16, 2011, from the Statistics Korea Web site: http://kosis.kr/ups/ups_01List01.jsp?pubcode=KN
- Korean Statistics Information Service, Daejeon, Statistics Korea (2012, Jun). *Statistiocs for death rate by age*. Retrieved Jun 29, 2012, from the Statistics Korea Web site: <http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp>
- Lee, S. Y. (2009). *The effect of motivation and social support on burden of spouse caregivers: Focused on gender differences*. Unpublished master's thesis. Seoul National University, Seoul.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181-2186.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Aging*, 32(2), 218-223. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/32.2.218>
- Park, J. H., & Kwon, Y. C. (1989). Standardization of Korean version of the Mini-mental state examination(MMSE-K) for use in the elderly, part II. Diagnostic validity. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 27, 125-135.
- Park, S. H. (2010). *A Research on husband's experience who care for old spouses with stroke*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul Christian University. Seoul.
- Robert, J. H., Rosemarie, B. K., Allen, W. H., & Patrick, S. (2006). Accidents in Older Caregivers of Persons Surviving Stroke and Their Relation to Caregiver Stress. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 15-156. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.51.2.150>
- Russell, R. (2008). Their story, my story: Health of older men as caregivers. *Generations*, 32(1), 62-67.
- Scholte, W. J. M., Hann, R. J., Pijnenborg, J. M. A., Limburg, M., & Bos, A. M. (1998). Assessment of burden in partners of

- stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke*, 29(2), 373-379.
- Suguiura, K., Ito, M., Kutsumi, M., & Mikiami, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *Journal of Gerontology*, 64(1), 147-156. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn005>
- Swieten, J. C., Koudstaal, P. J., Visser, M. C., Schouten, H. J., & Gijn, J. (1988). Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*, 19(5), 604-607.
- Tigers, T. J., Heesacker, M., Ketterson, T. U., Pekich, D. G., Rittman, M. R., Rosenbek, J. C. et al. (2006). Coping by stroke caregivers: sex similarities and differences. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 52-62.
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury*, 19(2), 963-974.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret Single-Item Health Status Measure: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey*. Boston: Quality Metric Incorporated.
- Yang, Y. H. (1995). The Relationship with caregiving context and caregiving stress and social support for wives caregivers of chronic ill patients. *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*, 7(1), 85-105.