

혈액투석 환자의 가족지지, 자기효능감 및 피로가 삶의 질에 미치는 영향

이영희¹ · 김혜숙²

¹목포중앙병원 수간호사, ²초당대학교 간호학과 부교수

The Effect of Family Support, Self-efficacy, and Fatigue on the Quality of Life in Hemodialysis Patients

Lee, Young Hee¹ · Kim, Hye Sook²

¹Head Nurse, Mokpo Jung-Ang Hospital; ²Associate Professor, Department of Nursing, Chodang University, Jeollanam-do, Korea

Purpose: This study was attempted to provide the foundations for the nursing intervention program that could improve hemodialysis patient's quality of life by examining influences of family support, self-efficacy and fatigue on quality of life among hemodialysis patients. **Methods:** We have surveyed 200 patients that aged 18 or older being diagnosed with end-stage renal disease (ESRD) and are receiving hemodialysis treatment in three general hospitals equipped more than 400 beds, one specialized dialysis clinics located in city M. Using the SPSS 17.0 windows program, gathered data were analyzed by number, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Duncan, Pearson's correlation coefficients and multiple regression analysis. **Results:** We found the factors that had great influences on patient's quality of life were family support ($\beta = .155$, $t = 2.18$, $p = .031$), fatigue ($\beta = -.487$, $t = -7.73$, $p < .001$), and monthly income ($\beta = .147$, $t = 2.36$, $p = .019$). Explanatory power of this model was 49.6%. **Conclusion:** The quality of life of the hemodialysis patients on hemodialysis is affected by family support, fatigue, and monthly income. The higher monthly income, family support and the less fatigue, the more likely they can improve their quality of life.

Key Words: Hemodialysis, Self-efficacy, Fatigue, Quality of life

서론

1. 연구의 필요성

만성질환 중 만성신부전은 신단위의 비가역적 파괴로 사구체 여과율의 감소가 일어나게 되며 사구체 여과율이 영구적으로 감소되어 더 이상의 치료가 불가능하게 되면 신 대체 요법으로 투석치료를 신장이식을 받아야만 생존이 가능하다(Min & Lee, 2006). 2013년 대한신장학회의 우리나라 신 대체요법 현황에 따르면 등록된 총 신 대체요법 환자 수는 인구 백 만 명당 약 1,446명이며 신 대체요법을 받는 75,042명 중, 혈액투석환자 52,378명(69.8%), 복막투석 환자

7,540명(10.0%), 신장이식을 받은 환자 15,124명(20.2%)으로 혈액투석 환자가 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 해마다 증가하는 추세이다(The Korean Society of Nephrology, 2013).

혈액투석 환자들은 치료계획에 따라 기계에 의존하여 주당 2-3회, 매회 4-5시간씩 치료를 받아야 하므로 직장과 사회생활에 지장을 초래하여 경제적인 부담뿐만 아니라 치료를 포기할 경우 사망하게 되는 위험감도 안고 살게 된다(Shin, 2006). 특히 투석 환자들이 가장 고통스러워하는 문제는 피로증상으로 활동이 느리고 자주 휴식을 취하려 하는 증상이 나타난다(Parfrey et al., 1989).

혈액투석 환자는 낮은 수준의 신체활동과 기능수행 능력을 보이

주요어: 혈액투석환자, 가족지지, 자기효능감, 피로, 삶의 질

*본 논문은 제1저자 이영희의 석사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

*This article is a revision of the first author's master's thesis from Chodang University.

Address reprint requests to: Kim, Hye Sook

Department of Nursing, Chodang University, 380 Muan-ro, Muan-gun, Jeollanam-do 534-701, Korea

Tel: +82-61-450-1812 Fax: +82-61-450-1810 E-mail: khs5@chodang.ac.kr

Received: 1 October 2014 Revised: 4 February 2015 Accepted: 20 May 2015

고 전반적인 허약, 운동제약, 근육위축으로 고통 받으며 이러한 것들은 전반적인 피로감을 초래하게 된다(Sakkas & Karatzaferi, 2012). 따라서 피로는 혈액투석을 받는 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 주요 결정 인자로 투석 내내 피로가 지속되는 것으로 호소하고 있으며, 이들에게 피로는 스스로를 돌보거나 즐기는 능력을 방해하는 고통스럽고 장애를 주는 증상으로 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 것으로 확인되고 있다(Tsay, 2003).

투석환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로는 자기효능감, 가족지지, 피로 등이 보고되고 있으며(Park & Kim, 2006; Rheu & Kim, 2005), 그 중 자기효능감이 투석환자의 삶의 질을 향상시키는 것으로 보고되고 있다(Park & Kim, 2006). 자기효능감이 높은 사람은 어려운 상황에서도 이를 극복하기 위해 많은 노력을 하게 되므로 자가 간호 행위를 잘하게 되고 따라서 삶의 질이 높아지지만, 반면에 자기효능감이 낮은 사람은 쉽게 포기하게 되므로 삶의 질이 낮아지게 된다(Bandura, 1986). 혈액투석 환자는 지속적인 병원 치료로 개인, 직장과 가정생활을 영위하고 주어진 역할을 수행해야 하므로, 지속적으로 건강을 유지하고 질적인 삶을 유지하기 위해서는 자기효능감이 중요하다. 자기효능감은 건강증진 생활양식의 강력한 예측인자로 확인되었다(Kim, 2006).

또한 만성질환자의 가족지지와 의료인 지지로 구분하여 삶의 질과의 관계를 조사한 결과 가족 지지는 가족들의 경제적 도움을 포함한 기타 도움들을 지속적으로 받아야 하는 상황으로 삶의 질을 결정하는 가장 중요한 요인으로(Cohen et al., 2007). 그 중에서도 절망적인 상황에 처해 있는 혈액투석 환자들은 평생 동안 치료를 계속해야 하기 때문에 가족이나 기타 중요한 타인들의 지지와 상호작용이 매우 중요한 요소이다(Lee, 2011). 따라서 혈액투석 환자에게 가족지지는 건강상태와 심리적 상태에 영향을 미치며, 정상발달과 적응을 강화하고 자가 간호 행위에 중요한 구성요소로서 결과적으로 혈액투석 환자의 삶의 질을 증진시키는 중요한 요인으로 작용하고 있다.

한편, 신 대체 요법이 발전하면서 만성질환인 말기 신 질환 환자들의 생존율이 향상되어, 질 높은 삶을 살고자 하는 욕구와 인식이 증가하게 됨으로써, 삶의 질에 대한 관심도 높아지고 있다(Oh, 2006). 이에 혈액투석 환자의 삶의 질은 환자간호의 주요 관심 영역이 되었고 신 대체 요법이 증가하는 최신 간호에서는 혈액투석 환자의 삶의 질에 대한 포괄적인 이해와 지식이 필요하게 되었다. 그러나 혈액투석 환자들의 삶의 질에 영향을 미치는 가족지지, 자기효능감, 피로에 대해 포괄적으로 이해할 수 있는 연구는 부족한 실정이다.

이에 본 연구는 혈액투석 환자의 가족지지, 자기효능감, 피로와 삶의 질 간의 관계를 파악하고, 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명하여 혈액투석 환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호중재 프로

그램 개발의 기초자료를 마련하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로와 삶의 질의 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지, 자기효능감, 피로와 삶의 질의 차이를 파악한다.
- 4) 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로와 삶의 질 간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 혈액투석 환자를 대상으로 가족지지, 자기효능감, 피로가 삶의 질에 미치는 영향 정도를 알아보기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상자는 2013년 6월 3일부터 7월 2일까지 M시에 소재한 400병상 이상 3개 종합병원과 1개 투석전문의료원에 등록되어 혈액투석치료를 받고 있는 말기 신부전 환자 중 다음 조건에 부합되는 환자를 대상으로 이들에게 본 연구의 취지를 설명한 후 참여에 동의한 대상자를 추출하였다. 표본크기는 G*Power 3.1.3을 이용하여 t-test와 회귀분석에 필요한 연구 대상자수를 구하기 위하여 effect size = .3, 유의수준 = .05, power = .95를 기준으로 표본 수를 산출한 결과 134명이 필요하였으나, 탈락률을 고려하여 200명을 대상으로 자료를 수집하였다. 최종 분석대상자는 응답이 불충분한 9명을 제외한 191명이었다.

구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 혈액투석을 3개월 이상 지속적으로 시행하고 있는 사람
- 2) 혈액투석을 현재 정규적으로 주 2-3회 시행하는 사람
- 3) 연령이 20세 이상 70세 미만인 사람
- 4) 본 연구의 목적과 방법을 이해하고 연구에 참여를 수락한 사람

3. 연구도구

1) 가족지지

가족지지 측정도구는 Kang (1984)이 Cobb (1976)의 도구를 우리나라의 실정에 맞게 수정 보완한 도구를 이용했다. 이 측정도구는 긍정 문항 9문항, 부정 문항 2문항 총 11문항으로 구성되었으며, 각

문항은 Likert 5점 척도로 점수범위는 최저 11점에서 최고 55점까지이며, 부정 문항은 역환산하였고, 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미한다. 측정도구의 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 였으며, 본 연구의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .95$ 로 나타났다.

2) 자기효능감

자기효능감은 혈액투석환자를 대상으로 Kim (1995)이 개발한 구체적 자기효능감 측정도구로 9문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 “항상 그렇다”에 4점에서 “전혀 그렇지 않다”에 1점까지 Likert 4점 척도로, 점수범위는 최저 9점에서 최고 36점까지이다. 점수가 높을수록 자기효능감 정도가 높음을 의미한다. Kim (1995)의 개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .77$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .79$ 로 나타났다.

3) 피로

피로는 Tack (1991)이 개발한 피로 측정도구를 Choi와 Lee (2005)가 혈액투석 환자에게 맞도록 내용을 수정, 보완하여 사용한 도구로 측정하였다. 도구는 피로영향 8문항과 피로 정도 3문항의 총 11문항으로 구성된 10점 척도이며, 점수범위는 최저 11점에서 최고 110점으로 점수가 높을수록 피로가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .95$ 로 나타났다.

4) 삶의 질

삶의 질은 The WHOQOL Group (1998)에서 개발한 WHOQOL-BREF를 Min, Lee, Kim, Suh와 Kim (2000)이 한국판으로 표준화한 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(Korean version of life scale abbreviated version, WHOQOL-BREF)를 사용하였다. 측정도구는 신체적 건강 영역 7문항, 심리적 영역 6문항, 사회적 관계 영역 3문항, 환경 영역 8문항, 전반적인 삶의 질에 관한 2문항 등 총 26문항으로 구성된 5점 척도이며, 점수범위는 최저 26점에서 최고 130점으로 점수가 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다. Min 등(2000)의 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 였으며, 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .93$ 으로 나타났다.

4. 자료수집 방법

자료수집 기간은 2013년 6월 3일부터 7월 2일까지이며, M시에 소재한 400병상 이상 3개 종합병원과 1개 투석전문 의원을 본 연구자가 직접 방문하여 조사 목적을 설명하고 기관의 허락을 받았다. 대상자에 대한 윤리적 보호를 위해 설문지 조사를 실시하기 전에 연구목적과 진행절차에 대한 정보를 제공하였고, 연구 참여의 자유

와 익명성 보장에 대해 설명하였으며, 연구 참여에의 동의를 서면으로 받은 후 대상자에게 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 대상자가 혈액투석을 4-5시간 지속적으로 받는 동안 침상에서 안정을 취하고 있는 상태에서, 연구자와 훈련된 보조원 2명이 연구목적, 질문지의 내용, 작성요령을 충분히 설명해 주고 협조를 구한 후 질문지를 배부하여 대상자 자신이 직접 설문이 가능한 경우 설문지를 읽고 작성하도록 하였고, 도움이 필요한 경우에는 연구자와 연구보조원 2명이 직접 읽어서 대상자가 응답하는 방식으로 설문조사를 실시하였다. 연구자와 연구보조원 2명이 직접 읽고, 대상자에게 응답하도록 하는 설문조사의 경우에는 측정자간 오차를 줄이고 자료수집을 동일하게 유지하기 위해 서로 맞바꾸어 설문지를 작성하여 오차를 줄이도록 훈련하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 Program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 2) 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로, 삶의 질 정도를 알아보기 위해 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지, 자기효능감, 피로, 삶의 질의 차이는 t-test와 ANOVA로 사후분석은 Duncan test로 검정하였다.
- 4) 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로, 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 이용하여 분석하였다.
- 5) 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로가 삶의 질에 미치는 영향요인은 다중 회귀분석 하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남성이 53.9%, 여성은 46.1%로 나타났으며, 연령은 50-59세가 27.7%, 결혼 상태는 기혼이 78%로 가장 많았다. 교육정도는 고졸학력이 42.4%, 중졸 이하 36.1% 순이고, 종교는 기타 종교가 46.1%로 가장 많았다. 직업은 없는 경우가 45%, 주부는 26.7% 순으로 나타났고, 월수입은 99만 원 이하가 35.1%로 가장 많았으며, 250만 원 이상은 18.3%, 100-149만 원은 17.3% 순으로 나타났다. 가족과의 동거는 배우자가 38.7%로 가장 많았고, 돌봄 제공자는 배우자 54.4%, 자녀 24.1% 순이었다. 치료비용 부담은 본인이 부담하는 경우가 34.5%로 가장 높았고, 배우자 28.3% 순으로 나타났다. 투석기간은 1-3년 미만 26.7%로 가장 많았고, 입원횟수는 1-3회 입원이 45%로 가장 많았으며, 4-6회 25.2% 순으로 나타났다. 보험형태는 의료보험

Table 1. General Characteristics of Subjects (N = 191)

Characteristic	Category	n (%)
Gender	Male	103 (53.9)
	Female	88 (46.1)
Age (year)	< 29	7 (3.7)
	30-39	17 (8.9)
	40-49	31 (16.2)
	50-59	53 (27.7)
	60-69	45 (23.6)
	> 70	38 (19.9)
Marital status	Unmarried	23 (12.1)
	Married	149 (78.0)
	Others	19 (9.9)
Education level	No education	9 (4.7)
	Low middle school	69 (36.1)
	High school	81 (42.4)
	Junior college	20 (10.5)
Religion	University	12 (6.3)
	Christian	69 (36.1)
	Catholic	13 (6.8)
	Buddhism	21 (11.0)
Occupation	Others	88 (46.1)
	No	86 (45.0)
	Housewife	51 (26.7)
	Business	13 (6.8)
	Office job	4 (2.1)
	Technique	9 (4.7)
	Speciality	6 (3.2)
	Others	22 (11.5)
Monthly income	< 99	67 (35.1)
	100-149	33 (17.3)
	150-199	31 (16.2)
	200-249	25 (13.1)
	> 250	35 (18.3)
Family caregiver	Spouse	74 (38.7)
	Alone	29 (15.2)
	Children	15 (7.9)
	Spouse and children	55 (28.8)
Care offerer	Others	18 (9.4)
	Spouse	104 (54.4)
	Parents	17 (8.9)
	Children	46 (24.1)
	Brothers	7 (3.7)
Medical fee payer	Outside help	17 (8.9)
	Person	66 (34.5)
	Spouse	54 (28.3)
	Children	38 (19.9)
	Parents	15 (7.9)
Admission number	Others	18 (9.4)
	1-3	86 (45.0)
	4-6	48 (25.2)
	7-9	26 (13.6)
	> 10	31 (16.2)
Duration of hemodialysis	< 1	27 (14.1)
	< 1-3	51 (26.7)
	< 3-5	43 (22.5)
	< 5-10	50 (26.2)
	> 10	20 (10.5)
Insurance form	Medical protection	51 (26.7)
	Medical insurance	140 (73.3)

Table 2. Family support, Self-efficacy, Fatigue and Quality of Life (N = 191)

Variable	Mean	SD
Family support	3.41	0.91
Self-efficacy	2.77	0.51
Fatigue	5.02	2.01
Quality of life	2.89	0.56

이 73.3%, 의료보호가 26.7%였다(Table 1).

2. 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질 정도

대상자의 가족지지 정도는 5점 척도로 평균은 3.41(±0.91)점으로 나타났으며, 자기효능감 정도는 4점 척도로 평균은 2.77(±0.51)점, 피로 정도는 10점 척도로 평균은 5.02(±2.01)점, 삶의 질 정도는 5점 척도로 평균은 2.89(±0.56)점으로 나타났다(Table 2).

3. 대상의 일반적 특성에 따른 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지는 결혼상태, 교육정도, 직업, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수, 보험에서 유의한 차이가 있었다(Table 3). 사후검정 결과, 결혼 상태에서는 기혼이 미혼보다 가족지지 정도가 높았고(F=19.36, p<.001), 교육 정도에서는 전문대졸과 대졸 이상이 중졸 이하나 고졸보다 가족지지가 더 높은 것으로 나타났다(F=4.95, p=.001). 직업에서는 사무직이 무직보다 가족지지가 높은 것으로 나타났다(F=2.44, p=.027), 월수입에서는 150-199만 원과 200-249만 원, 250만 원 이상이 99만 원 이하, 100-149만 원 보다 가족지지가 더 높은 것으로 나타났다(F=17.19, p<.001). 가족동거에서는 자녀와 동거하는 경우와 기타의 경우가 혼자 사는 경우보다 가족지지가 더 높았고, 배우자와 자녀가 함께 동거하는 경우가 자녀와 동거하는 경우와 기타의 경우보다 가족지지가 높았다(F=16.55, p<.001). 돌봄 제공자에서는 배우자, 부모, 자녀, 형제가 돌봐 주는 경우가 외부도움을 받는 것보다 가족지지 정도가 더 높았다(F=16.75, p<.001). 치료비용 부담에서는 본인, 배우자, 자녀, 부모의 치료비용 부담이 기타의 경우보다 가족지지가 더 높았다(F=7.99, p<.001). 입원횟수에서는 1-3회, 7-9회가 10회 이상보다 가족지지가 더 높았고(F=3.72, p=.046), 보험에서는 의료보험인 경우가 의료보호보다 가족지지가 높은 것으로 나타났다(t=-3.74, p<.001). 대상자의 일반적 특성에 따른 자기효능감은 결혼상태, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담에서 유의한 차이가 있었다(Table 3). 사후검정 결과, 결혼 상태에서는 기혼이 미혼보다 자기효능감이 높았고(F=4.71, p=.010), 월수입에서는 150-199만 원과 250만 원 이상이 99만 원 이하 보다 자기효능감이 높았으며,

Table 3. Difference of Family support, Self-efficacy, Fatigue and Quality of the life according to General characteristics (N = 191)

Variable	Category	Family support		Self-efficacy		Fatigue		Quality of Life	
		M (SD)	t or F(p)	M (SD)	t or F(p)	M (SD)	t or F(p)	M (SD)	t or F(p)
Sex	Male	3.49 (0.95)	1.17	2.82 (0.54)	1.63	4.82 (2.02)	-1.54	2.90 (0.59)	0.42
	Female	3.33 (0.85)	(.245)	2.70 (0.47)	(.104)	5.26 (1.99)	(.126)	2.87 (0.51)	(.678)
Age (year)	< 29	3.43 (0.81)	1.22	2.56 (0.34)	1.32	4.83 (1.77)	4.39	2.73 (0.39)	2.22
	30-39	3.58 (0.84)	(.300)	2.59 (0.51)	(.257)	4.51 (1.87)	(.001)	2.13 (1.41)	(.054)
	40-49	3.31 (1.02)		2.76 (0.48)		4.59 (2.05)	a,b,c,d < f ⁺	2.96 (0.54)	
	50-59	3.63 (0.91)		2.83 (0.57)		4.49 (1.82)		2.98 (0.54)	
	60-69	3.31 (0.92)		2.86 (0.47)		5.15 (1.88)		2.81 (0.59)	
	> 70	3.24 (0.83)		2.69 (0.50)		6.23 (2.07)		2.70 (0.58)	
Marital status	Unmarried ^a	3.03 (0.99)	19.36	2.54 (0.48)	4.71	4.58 (1.84)	2.67	2.80 (0.41)	6.69
	Married ^b	3.60 (0.82)	(< .001)	2.83 (0.50)	(.010)	4.97 (2.01)	(.072)	2.95 (0.57)	(.002)
	Others ^c	2.43 (0.72)	c < a < b ⁺	2.59 (0.45)	a < b ⁺	5.95 (2.04)		2.48 (0.39)	c < a,b ⁺
Education level	No education ^a	2.85 (1.06)	4.95	2.73 (0.40)	2.04	6.47 (2.44)	4.51	2.62 (0.42)	7
	Low middle school ^b	3.16 (0.84)	(.001)	2.65 (0.50)	(.091)	5.58 (1.87)	(.002)	2.69 (0.51)	(< .001)
	High school ^c	3.50 (0.92)	a < c < d,e	2.83 (0.53)		4.67 (4.67)	c,e < a,b ⁺	2.74 (0.57)	a,b < d,e ⁺
	Junior college ^d	3.91 (0.61)	b < d,e ⁺	2.97 (0.53)		4.19 (1.76)		3.25 (0.37)	
	University ^e	3.86 (0.96)		2.73 (0.31)		4.48 (1.62)		3.24 (0.57)	
Religion	Christian ^a	3.48 (0.93)	1.04	2.80 (0.49)	0.19	5.20 (2.13)	0.85	2.83 (0.63)	1.44
	Catholic ^b	3.41 (1.01)	(.376)	2.81 (0.44)	(.902)	4.73 (1.91)	(.466)	3.14 (0.51)	(.234)
	Buddhism ^c	3.66 (0.72)		2.73 (0.42)		5.44 (2.09)		2.80 (0.52)	
	Others ^d	3.31 (0.92)		2.75 (0.55)		4.83 (1.92)		2.91 (0.50)	
Occupation	No ^a	3.24 (0.92)	2.44	2.67 (0.52)	2.13	5.50 (2.03)	2.99	2.72 (0.59)	4.65
	Housewife ^b	3.34 (0.93)	(.027)	2.78 (0.48)	(.052)	4.88 (2.02)	(.008)	2.96 (0.47)	(< .001)
	Business ^c	3.81 (0.91)	a < d ⁺	2.84 (0.40)		4.52 (1.73)	d,f < a,g ⁺	3.11 (0.44)	a,b,c,d,g < f ⁺
	Office job ^d	4.14 (0.58)		2.94 (0.50)		3.09 (1.53)		3.14 (0.47)	
	Technique ^e	3.82 (0.87)		2.85 (0.59)		4.11 (2.32)		3.21 (0.50)	
	Speciality ^f	4.11 (0.51)		3.31 (0.52)		3.11 (1.12)		3.63 (0.50)	
	Others ^g	3.53 (0.77)		2.87 (0.49)		5.03 (1.58)		2.83 (0.44)	
Monthly income	< 99 ^a	2.87 (0.85)	17.19	2.56 (0.46)	7.52	5.96 (1.89)	6.82	2.56 (0.44)	12.99
	100-149 ^b	3.24 (0.81)	(< .001)	2.74 (0.47)	(< .001)	4.84 (1.88)	(< .001)	2.90 (0.48)	(< .001)
	150-199 ^c	4.00 (0.79)	a,b < c,d,e ⁺	3.05 (0.57)	a < c,e	4.28 (1.08)	b,c,d,e < a ⁺	3.09 (0.53)	a < b < e ⁺
	200-249 ^d	3.71 (0.74)		2.74 (0.49)	b,d < c ⁺	4.65 (2.02)		3.03 (0.50)	
	> 250 ^e	3.91 (0.64)		2.96 (0.40)		4.31 (1.94)		3.22 (0.57)	
Family caregiver	Spouse ^a	3.61 (0.78)	16.55	2.86 (0.53)	4.38	4.94 (2.02)	1.23	2.89 (0.56)	5.8
	Alone ^b	2.39 (1.04)	(< .001)	2.54 (0.46)	(.002)	5.69 (2.02)	(.299)	2.65 (0.41)	(< .001)
	Children ^c	3.23 (0.61)	b < c,e < d ⁺	2.69 (0.44)	b,e < a,d ⁺	5.36 (1.94)		2.54 (0.51)	c < a < d
	Spouse & children ^d	3.78 (0.73)		2.88 (0.48)		4.79 (1.97)		3.12 (0.57)	b,e < d ⁺
	Others ^e	3.30 (0.68)		2.49 (0.43)		4.71 (1.97)		2.81 (0.42)	
Care offerer	Spouse ^a	3.72 (0.78)	16.75	2.90 (0.51)	5.87	4.81 (1.89)	3.38	3.02 (0.60)	5
	Parents ^b	3.57 (0.81)	(< .001)	2.66 (0.58)	(< .001)	4.48 (1.89)	(.011)	2.77 (0.45)	(.001)
	Children ^c	3.16 (0.77)	e < a,b,c,d ⁺	2.69 (0.43)	e < a ⁺	5.11 (2.15)	a,b,c,d < e ⁺	2.80 (0.46)	e < a,d ⁺
	Brothers ^d	2.26 (1.17)		2.62 (0.45)		5.02 (1.74)		2.85 (0.36)	
	Outside help ^e	2.13 (0.65)		2.34 (0.32)		6.60 (1.73)		2.44 (0.37)	
Medical fee payer	Person ^a	3.56 (0.99)	7.99	2.84 (0.50)	3.56	4.65 (1.92)	2.65	3.00 (0.56)	4.04
	Spouse ^b	3.68 (0.56)	(< .001)	2.87 (0.50)	(.008)	4.86 (1.85)	(.035)	3.00 (0.57)	(.004)
	Children ^c	3.25 (0.82)	e < a,b,c,d ⁺	2.73 (0.49)	d,e < a,b ⁺	5.41 (2.20)	a,b,d < e ⁺	2.27 (0.52)	e < a,b ⁺
	Parents ^d	3.40 (0.74)		2.55 (0.60)		4.86 (2.14)		2.78 (0.43)	
	Others ^e	2.45 (0.68)		2.46 (0.31)		6.19 (1.96)		2.56 (0.46)	
Duration of hemodialysis	< 1	3.53 (0.84)	1.58	2.85 (0.62)	0.81	4.91 (1.95)	1.21	2.84 (0.70)	0.43
	< 1-3	3.64 (0.79)	(.181)	2.81 (0.49)	(.519)	4.91 (2.01)	(.309)	2.96 (0.53)	(.787)
	< 3-5	3.29 (1.11)		2.78 (0.55)		5.14 (1.94)		2.90 (0.63)	
	< 5-10	3.33 (0.82)		2.74 (0.47)		4.75 (2.11)		2.84 (0.49)	
	> 10	3.16 (0.97)		2.61 (0.41)		5.87 (1.98)		2.84 (0.38)	
Admission number	1-3 ^a	3.57 (1.93)	3.72	2.86 (0.50)	2.24	4.38 (1.84)	5.82	2.98 (0.59)	3.26
	4-6 ^b	3.27 (0.85)	(.046)	2.66 (0.49)	(.085)	5.65 (2.13)	(.001)	2.80 (0.46)	(.023)
	7-9 ^c	3.55 (0.61)	d < a,c ⁺	2.65 (0.55)		5.42 (1.79)	a < b,c,d ⁺	3.00 (0.51)	d < a,c ⁺
	> 10 ^d	3.10 (1.05)		2.76 (0.50)		5.50 (2.12)		2.66 (0.57)	
Insurance form	Medical protection	3.02 (1.03)	-3.74	2.66 (0.49)	-1.78	5.33 (2.03)	1.28	2.72 (0.46)	-2.54
	Medical insurance	3.56 (0.82)	(< .001)	2.81 (0.50)	(.077)	4.91 (2.00)	(.203)	2.95 (0.58)	(.012)

⁺Duncan test: a,b,c,d,e,f (means significantly).

150-199만 원이 100-149만 원과 200-249만 원 미만보다 자기효능감이 더 높았다($F=7.52, p<.001$). 가족동거에서는 배우자와 동거하는 경우와 배우자와 자녀가 함께 동거하는 경우가 혼자 사는 경우와 기타의 경우보다 자기효능감이 더 높았고($F=4.38, p=.002$), 돌봄 제공자에서는 배우자가 돌봐주는 경우가 외부도움의 경우보다 자기효능감이 높았으며($F=5.87, p<.001$), 치료비용 부담에서는 본인, 배우자의 치료비용 부담이 부모, 기타의 경우보다 자기효능감이 더 높은 것으로 나타났다($F=3.56, p=.008$).

대상자의 일반적 특성에 따른 피로는 연령, 교육정도, 직업, 월수입, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수에서 유의한 차이가 있었다(Table 3). 사후검정 결과, 연령에서는 70세 이상이 29세 이하, 30-39세, 40-49세, 50-59세보다 피로가 더 높았고($F=4.39, p=.001$), 교육정도에서는 무학과 중졸 이하가 고졸과 대졸 이상보다 피로가 더 높았으며, 전문대졸이 중졸 이하보다 중졸 이하가 무학보다 피로가 더 낮은 것으로 나타났다($F=4.51, p=.002$). 직업에서는 무학과 기타가 사무직, 전문직보다 피로가 높았다($F=2.99, p=.008$). 월수입에서는 99만 원 이하가 100-149만 원, 150-199만 원, 200-249만 원, 250만 원 이상 보다 피로가 더 높았다($F=6.82, p<.001$). 돌봄 제공자에서는 외부도움이 배우, 부모, 자녀, 형제가 돌봐주는 경우보다 피로가 더 높았고($F=3.38, p=.011$), 치료비용 부담에서는 기타의 경우가 본인, 배우자, 부모 경우보다 피로가 더 높은 것으로 나타났으며($F=2.65, p=.035$), 입원횟수에서는 4회 이상이 1-3회보다 피로가 높은 것으로 나타났다($F=5.82, p=.001$). 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질은 결혼상태, 교육정도, 직업, 월수입, 가족 동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수, 보험에서 유의한 차이가 있었다. 사후검정 결과, 결혼 상태에서는 미혼과 기혼이 기타의 경우보다 삶의 질이 높았고($F=6.69, p=.002$), 교육정도에서는 전문대졸과 대졸 이상이 무학과 중졸 이하보다 삶의 질이 더 높았다($F=7.00, p<.001$). 직업에서는 전문직이 무직, 주부, 상업, 사무직, 기타의 경우보다 삶의 질이 높았고($F=4.65, p<.001$), 월수입에서는 250만 원 이상 100-149만 원 보다 삶의 질이 높았으며, 100-149만 원이 99만 원 이하 보다 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다($F=12.99, p<.001$). 가족동거에서는 배우자와 자녀가 함께 동거하는 경우가 배우자와 동거하는 경우보다 삶의 질이 높았고, 배우자와 동거하는 경우가 자녀와 동거하는 경우보다 삶의 질이 높았으며, 또한 배우자와 자녀가 함께 동거하는 경우가 혼자 사는 경우와 기타의 경우보다 삶의 질이 더 높았다($F=5.80, p<.001$). 돌봄 제공자에서는 외부도움보다 배우자, 형제가 돌봐주는 경우가 삶의 질이 높았고($F=5.00, p=.001$), 치료비용 부담에서는 본인, 배우자의 치료비용 부담이 기타의 경우보다 삶의 질 정도가 더 높은 것으로 나타났다($F=4.04, p=.004$). 입원횟수에서는 1-3회, 7-9회가 10회 이상보다 삶의 질 정도가 더 높은 것으로 나

Table 4. Correlation among the Family Support, Self-efficacy, Fatigue and Quality of Life (N= 191)

Variables	Family support	Self-efficacy	Fatigue	Quality of life
Family support	1			
Self-efficacy	.470*	1		
Fatigue	-.322*	-.482*	1	
Quality of Life	.459*	.434*	-.648*	1

* $p<.001$.

타났고($F=3.26, p=.023$), 보험에서는 의료보험인 경우가 의료보호보다 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다($t=-2.54, p=.012$).

4. 대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질 간의 상관관계

대상자의 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질 간의 상관관계를 분석한 결과, 가족지지는 자기효능감($r=.470, p<.001$), 삶의 질($r=.459, p<.001$)과 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 피로($r=-.322, p<.001$)는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 자기효능감은 피로($r=-.482, p<.001$)와 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 삶의 질($r=.434, p<.001$)은 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 피로는 삶의 질($r=-.648, p<.001$)과 유의한 음의 상관관계가 있었다. 즉, 가족지지와 자기효능감은 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났고, 피로는 낮을수록 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다(Table 4).

5. 대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 영향요인

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 영향 요인을 확인하기 위하여 대상자의 일반적 특성에서 삶의 질에 유의한 차이를 나타낸 변수인 결혼, 교육, 직업, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수, 보험 등의 요인과 상관관계 분석에서 삶의 질과 유의한 상관관계로 나타난 변수인 가족지지, 자기효능감, 피로 등 독립변수를 회귀식에 투입하여 다중회귀분석 하였다. 먼저 일반적 특성에서 삶의 질에 유의한 차이를 나타낸 결혼, 교육, 직업, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수, 보험은 가변수(dummy variable)로 처리하여 분석하였다. 산출된 회귀모형은 유의하였고($F=16.606, p<.001$), 독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검증하기 위하여 잔차의 등분산성, 정규분포성, 자중공선성을 진단 분석한 결과, 공차한계의 범위가 0.996으로서 0.1 이상이었으며, 분산팽창인자(variation inflation factor, VIF)는 1.004로 기준치인 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 존재하지 않았다. 잔차 분석 결과, Dubin Watson 검정결과는 1.643으로 2에 가까워 모형의 오차항 간에서 자기상관성이 없는 것으로 나타나 잔차와 등분산성과 정규분포성 가정을 만족하였다.

Table 5. Influencing Factors on Quality of Life

(N = 191)

Variable	B	S.E	β	t (p)	R ²	Adj.R ²	F	p
Marital status	.004	.068	.003	0.06 (.956)				
Education level	.066	.035	.11	1.87 (.064)				
Occupation		.013	-.001	-0.02 (.982)				
Monthly income	.054	.023	.147	2.36 (.019)*				
Family caregiver	.01	.021	.027	0.49 (.629)	.528	.496	16.606	<.001
Care offerer	-.004	.023	-.01	-0.16 (.872)				
Medical fee payer	-.012	.023	-.031	-0.50 (.616)				
Admission number	.01	.027	.02	0.36 (.717)				
Insurance form	.02	.057	.019	0.35 (.726)				
Family support	.094	.043	.155	2.18 (.031)*				
Self-efficacy	.068	.072	.062	0.94 (.347)				
Fatigue	-.134	.017	-.487	-7.73 (<.001)				

*p < .05.

대상자의 삶의 질에 영향을 미치는 영향요인을 분석한 결과, 가족지지($\beta = .155, t = 2.18, p = .031$), 피로($\beta = -.487, t = -7.73, p < .001$), 월수입($\beta = .147, t = 2.36, p = .019$)이 혈액투석 환자의 삶의 질에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 모형의 설명력은 총 49.6%이었다. 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타난 피로는 낮을수록, 가족지지와 월수입 정도는 높을수록 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다(Table 5).

논 의

혈액투석 환자의 오랜 치료로 인한 사회적 고립을 막아주고, 긍정적인 가족지지를 통하여 삶의 질을 높일 수 있도록 본 연구는 혈액투석을 받는 환자의 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질 간의 상관관계를 규명하기 위한 연구이다.

본 연구 대상자의 가족지지는 5점 척도에 평균 3.41점으로 나타났으며, 혈액투석 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 Kim (2012) 연구에서의 평균은 3.65점으로 나타났는데, 이는 본 연구보다 가족지지 평균이 높은 것으로 나타났다. 또한 사용한 도구는 다르나 척도가 같은 Han (2005)의 연구결과 평균 4.54점으로 비교적 높은 가족지지 정도와 삶의 질 간에 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지하였다. 이러한 연구결과는 Han (2005)의 연구에서는 초기혈액투석 환자를 대상으로 하였고, 본 연구는 3년 이상 환자들이 59.2% (113명)인 점으로 보아 만성질환으로 인해 질병이 장기간으로 길어짐에 따라 스트레스를 경험하게 되고, 예기치 못한 위기에 처해지므로 가족의 지지정도가 낮아지는 것으로 사료된다.

대상자의 일반적 특성에 따른 가족지지를 확인한 결과, 결혼상태, 교육정도, 직업, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담,

입원횟수, 보험이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 학력이 높은 대상자가 낮은 대상자 보다 만성질환에 대한 지식과 정보를 쉽게 구할 수 있어 혈액투석에 대한 이해도가 높아 가족지지가 높게 나타난 것으로 사료된다. 월수입은 혈액투석 기간이 장기화되고 지속적인 투석비용으로 가족원들의 경제적 부담이 높아지는 결과에 따라 가족지지 정도에도 변화가 올 수 있음을 보여주는 결과라 생각된다. 또한 가족은 휴식과 회복의 안식처이며, 더욱이 만성질환자들에게 가족지지는 질병으로부터의 회복에 가장 큰 영향을 미칠 뿐만 아니라 건강상태와 심리적 상태에도 영향을 미치게 되기 때문에(Choi & Lee, 2005), 가족동거 및 돌봄 제공자는 만성질환자의 돌봄에 있어서 가족이 가장 유효하고 영향력 있는 구성원이며, 가족의 지지는 장기질환의 관리에 중요한 요소임을 보여준다. 그러므로 만성질환 관리에는 국가적 차원의 적절한 사회복지원 서비스가 제공되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구 대상자의 자기효능감 정도는 4점 척도에 평균 2.77점으로, 혈액투석 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 Choi와 Lee (2005)의 연구에서의 평균은 2.85점으로 자기효능감 평균 정도가 비교적 높게 나타났다. 따라서 자기효능감과 삶의 질 간에 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타나 본 연구를 지지하였다. 이는 혈액투석을 시작한 후, 본 연구 혈액투석 환자의 대부분이 입원경험이 있으며, 잦은 입원과 투병생활의 장기화와 관련 있다고 사료된다. 대상자의 일반적 특성에 따른 자기효능감을 확인한 결과, 결혼상태, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 월수입이 100만 원 미만 군에서 자기효능감이 낮은 것으로 측정되었는데, 환자들의 부담감을 줄이기 위해 정부에서 혈액투석 환자들에게 산정특례 등의 지원과 장애인 적용 등의 여러 혜택이 주어져 과거에 비해 경제적 비용에 대한 부담감이 많이 해결 되었지만 장기간의 투석과 경제적 부담감 등 고통의

악순환으로 자기 효능감이 떨어지고 그로 인해 삶의 질이 저하됨을 알 수 있다. 그러므로 대부분의 장기간 병상생활을 해야 하는 만성질환자들은 스스로 인생의 목표를 수행할 능력이 저하되어 자기 효능감 정도가 낮은 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 피로 정도는 10점 척도에 평균 5.02점으로, 혈액투석 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 Lee (2009) 연구에서의 평균은 6.77점으로, 본 연구보다 피로 정도의 평균이 높게 나왔고, Choi와 Lee (2005) 연구에서의 피로 정도의 평균은 4.22점으로, 본 연구보다 피로 정도가 낮게 측정되었다. 이는 Lee (2009)가 대상자의 생리적 상태에 따른 즉각적인 대응치료로 조혈제나 이노제, 영양제 등 각종 약물을 사용하여 혈액투석 환자의 신체적 상태가 과거에 비해 증진되고 있다고 보고한 연구와 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 혈액투석 환자의 90%는 피로가 첫 혈액투석 치료를 받으면서 시작되어 시간 내내 지속되고 있는 것으로 조사되었고, 대부분의 환자들은 피로의 가장 직접적인 원인을 혈액투석 치료로 여기고 있다(Tsay, 2003). 본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 피로 정도를 확인한 결과 연령, 월수입, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 Ihamb, Weisbord, Steel과 Unruh (2008)이 혈액투석 환자의 피로는 나이가 많을수록, 월수입이 적고 치료비용 부담이 많고, 입원횟수가 많을수록 더 심하다고 주장한 것과 맥을 같이 하며, 혈액투석 환자들은 투석 후 자주 피로를 호소하고 피로에 의해 일상생활 장애가 초래된다고 생각된다. 특히 고령인 환자들은 입원횟수가 잦으면서 일상생활 활동이 장애를 받고, 낮 시간의 졸림, 야간 수면장애, 우울과도 관련되며, 피로는 환자에게 질병으로 인한 고통을 더욱 악화시키고 치료 과정 자체에 대한 부정적인 반응을 일으켜 치료 의지를 저하시키게 된다(Joshwa, Khakha, & Mahajan, 2012). 따라서 자신의 건강관리를 위해 자신의 질병에 대해 바르게 인식하고, 더 많은 정보를 구하여 피로가 일상생활 장애를 초래하여 삶의 질이 떨어지지 않도록 자가 간호 실천을 중요시 해야 할 것으로 사료된다.

본 연구 대상자의 삶의 질 정도는 5점 척도에 평균 2.89점이며, 혈액투석 환자를 대상으로 동일한 도구를 사용한 Kim (2006) 연구에서의 평균은 2.89점으로 본 연구와 비슷하게 나타났다. Kalantar-Zadeh와 Unruh (2005)의 연구에 따르면 삶의 질 측정이 환자의 예후 및 사망률을 반영하기 때문에 혈액투석 환자의 치료효과를 판정하는 중요한 기준이 된다고 하였다. 따라서 투석환자들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안 마련을 적극적으로 하여야 할 것으로 사료된다. 본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질 정도를 확인한 결과 결혼상태, 교육정도, 직업, 월수입, 가족동거, 돌봄 제공자, 치료비용 부담, 입원횟수, 보험이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 교육정도는 전문대졸 이상이 중졸 이하보다 삶의 질

이 유의하게 높았는데, 교육수준과 개인의 직업 및 경제 상태와 관련이 있어 삶의 질에 많은 영향을 미치는 것으로 사료된다.

본 연구에서의 혈액투석 환자 삶의 질 관련 변수 간의 상관관계에서 삶의 질은 가족지지, 자기효능감과 순상관 관계를, 피로와는 역상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 이는 가족은 피로나 우울 등의 부정적 정사를 경감시켜주는 역할을 하는 일차적 체계이므로, 환자가 가족으로부터 지지를 받는다는 것을 인지하게 되면 긍정적으로 적응하게 되어 피로를 감소시킬 수 있고(Choi & Lee, 2005), 삶의 질도 향상될 수 있으리라 생각한다. 한편, 자기효능감은 자기효능이 높은 사람은 더욱 새로운 행동을 시도하기 때문에 더 많은 성공을 접하게 되어 자신의 효능기대를 상승시킬 수 있지만 자기효능이 낮으면 장기간 무력감을 느끼게 된다(Choi & Lee, 2005). 그러므로 간호사는 혈액투석 환자의 부정적 정서를 낮추고 긍정적 정서와 자기효능감인 자신의 능력에 대한 확신을 가질 수 있도록 피로를 경감시키고, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안 마련과 간호중재 요법의 개발이 필요하다고 생각한다. 한편, 본 연구에서 혈액투석 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 영향 요인은 가족지지, 피로, 월수입이 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. Rambod와 Rafii (2010)의 연구에서도 혈액 투석 환자의 삶의 질은 자신이 인식한 사회적 지지와 자국의 문화, 종교의 영향을 반영하는 것이라고 보고한 것처럼 사회적 지지보다 큰 의미에 해당하는 가족지지는 중요한 영향 요인에 해당한다. 이는 Kring과 Crane (2009)의 연구 결과와 같이 생리적인 요인도 중요하지만 우울, 불안과 같은 심리적 요인도 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 영향요인임을 감안하여 삶의 질을 증진시킬 수 있는 간호중재 방안을 모색해야 할 것이다. 더불어 만성 신부전으로 인하여 생활에 많은 제약으로 직업을 유지하기 힘들어지고, 결국 경제적 문제와 연결되어 혈액투석을 받고 있는 환자의 삶의 질이 낮아지는 요인이 된다고 사료되므로, 경제적 요인이 혈액투석 환자의 삶의 질에 중요한 요소로 작용함에 따라 경제적 부분의 배려도 필요하다고 할 수 있다.

본 연구에서의 연구결과를 바탕으로 가족지지, 피로 및 월수입이 혈액투석 환자의 건강상태와 심리적 상태에 많은 영향을 미치고 있으므로, 건강 간호제공자들에게 혈액투석 환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 능동적인 역할을 할 수 있도록 간호실무측면에서 적극적 가족지지가 필요하고, 피로가 중요한 간호 문제임을 인식시켜 피로경감을 위한 방안도 모색하여야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 혈액투석 환자의 가족지지, 자기효능감, 피로 및 삶의 질 간의 상관관계 및 영향요인을 규명하기 위한 연구로서, 혈액투석

환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호중재 프로그램의 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 본 연구결과에 의하면 혈액투석을 받는 말기 신 질환자의 삶의 질은 가족지지, 피로, 월수입이 영향을 미치며, 가족지지가 높고 월수입이 많을수록 피로 정도가 낮을수록 삶의 질은 더 향상되는 것으로 나타났다. 따라서 혈액투석 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 보다 다각적인 차원에서 규명해야 하며, 이 변수들을 고려하여 실제적으로 혈액투석 환자들에게 도움을 줄 수 있는 간호중재 프로그램의 개발이 필요하다. 이상의 연구 결과를 기반으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구를 일반화 시킬 수 있도록 다양한 지역으로 확대하는 반복연구가 필요하다. 둘째, 혈액투석 환자의 가족지지와 자기효능감을 강화하고 피로를 감소시키기 위한 교육 프로그램 개발과 적용이 필요하다. 셋째, 혈액투석 환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호중재 개발과 그 효과를 평가하는 연구가 필요하다.

REFERENCES

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cohen, S. D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R. A., Patel, S. S., & Kimmel, P. L. (2007). Social support and chronic kidney disease: An update. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14(4), 335-344.

Choi, E. Y., & Lee, H. Y. (2005). The relationship of fatigue, self efficacy, family support and sleep factor in hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 17(3), 435-443

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-304.

Han, Y. M. (2005). *The relationship between perceived family support and self-care behaviors among early hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans university, Seoul.

Jhhamb, M., Weisbord, S. D., Steel, J. L., & Unru, M. (2008). Fatigue in patients receiving maintenance dialysis: A review of definitions, measures, and contributing factors. *American Journal of Kidney Disease*, 52(2), 353-365.

Joshwa, B., Khakha, D. C., & Mahajan, S. (2012). Fatigue and depression and sleep problems among hemodialysis patients in a tertiary care center. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23(4), 729-735.

Kalantar-Zadeh, K., & Unruh, M. (2005). Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 37(2), 367-378.

Kang, H. S. (1984). *(An)Experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients self-care activities*. Unpublished doctoral dissertation thesis, Yonsei University, Seoul.

Kim, I. Y. (2012). *A study on hemodialysis patients depression, activities of daily living and family support*. Unpublished master's thesis, Chung-Ang University, Seoul.

Kim, J. H. (1995). *Effect of guided imagery applied to hemodialysis patients*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.

Kim, Y. J. (2006). *The effect of self-efficacy and health promotion behavior on the quality of life in hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Catholic University, Seoul.

Kring, D. L., & Crane, P. B. (2009). Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 15-55.

Lee, H. M. (2009). Factors influencing sleep disorders in patients on hemodialysis. *Journal of Korean Academy Fundamentals of Nursing*, 16(2), 190-199.

Lee, S. S. (2011). *Influencing factors on quality of life in elderly hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Inje university, Busan.

Min, H. S., & Lee, E. J. (2006). Study of the relationship between compliance with therapeutic regimens and physiological parameters of hemodialysis patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(1), 64-73.

Min, S. K., Lee, C. I., Kim, K. I., Suh, S. Y., & Kim, D. K. (2000). Development of korean version of who quality of life scale abbreviated version(WHOQOL-BREF). *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 39(3), 571-579.

Oh, S. H. (2006). Comparison of quality of life between kidney transplant and hemodialysis patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(7), 1145-1153.

Parfrey, P. S., Varasour, H., Bullock, M., Henry, S., Harnnet, J. D., & Gault, M. H. (1989). Development of health questionnaire specific for end-stage renal disease. *Nephron*, 52, 20-28.

Park, M. K., & Kim, I. S. (2006). The comparative perceived family support, self-efficacy and quality of life between hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *The Medical journal of Chosun University*, 31(3), 54-63.

Rambod, M., & Rafii, F. (2010). Perceived social support and quality of life in iran hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 242-249.

Rheu, H. R., & Kim, Y. R. (2005). Social support and quality of hemodialysis patients. *Korean Public Health Research*, 31, 184-191.

Sakkas, G. K., & Karatzaferi, C. (2012). Hemodialysis fatigue: Just "simple" fatigue or a syndrome on its own right? *Frontiers in Physiology*, 3, 1-4.

Shin, I. O. (2006). The effect of exercise programme on health status of patients on hemodialysis. *Korean Nephrology Nurse Association*, 17, 23-46.

Tack, B. B. (1991). Self reported fatigue I rheumatoid arthritis, A pilot study. *Arthritis Care and Research*, 3(3), 154-157.

The Korean Society of Nephrology. (2013). Current Renal Replacement Therapy in Korea-Insan memorial dialysis registry, 2013. Retrieved September 1, 2014, from: <http://www.ksn.or.kr/Journal/2014/index.html>

The WHOQOL group (1998). Development of the world health organization WHOQOL_BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 370-375.

WHOQOL-BREF Quality of life assessment. (1998), *Psychological Medicine*, 28, 551-558.