

재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질 예측요인

장혜영¹ · 한송이²

한양대학교 간호학부 조교수¹, 선문대학교 간호학과 조교수²

Predictors of Health-related Quality of Life among Spouses of Older Adults with Dementia in the Community-dwelling

Jang, Hye-Young¹ · Han, Song Yi²

¹Assistant Professor, College of Nursing, Hanyang University, Seoul

²Assistant Professor, Department of Nursing Science, Sunmoon University, Asan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify the factors influencing health-related quality of life among spouses of older adults with dementia based on an ecological model. **Methods:** This study used data from the 2015 Korean Community Health Survey with the subjects of 541 spouses of older adults with dementia. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, ANOVA, and hierarchical multiple regression. **Results:** In this study, 26.5% of quality of life was explained by employment status, physical activity, perception of stress, perception of depressive symptom, self-rated health status, self-rated oral health status, and contact with neighbors. **Conclusion:** To develop more effective nursing intervention for improvement of quality of life, it needs to consider not only the individual system related factors but also community system related factors including contact with neighbors.

Key Words: Aged; Spouses; Quality of life; Dementia; Ecologic system

서 론

1. 연구의 필요성

전 세계적으로 노인인구비율이 급격히 증가하고 있는 추세이다. 2015년 전 세계 65세 이상 노인인구는 8.5%에 달하고 있으며[1], 우리나라의 경우도 2018년 65세 이상 인구가 전체 14.3%를 차지하면서 고령사회(aged society)에 진입하였고, 2026년에는 20.8%로 초고령사회(post-aged society)에 진입할 것으로 전망하고 있다[2]. 이러한 노인인구의 증가는 치매노인의 증가로 이어지고 있는데, 중앙치매센터[3]에 따르면

2018년 국내 65세 이상 치매 환자는 75만 명으로 2025년이 되면 치매 환자 수가 100만 명 이상이 될 것으로 내다보고 있다.

치매 환자의 증가로 이들의 돌봄에 대한 사회적 관심도 높아지고 있다. 치매는 지속적인 돌봄과 간호를 필요로 하는 질환으로 많은 치매 환자가 재가에서 가족의 돌봄을 받고 있다[4]. 우리나라에서 치매노인의 돌봄은 전통적으로 주로 자녀들에 의해 이루어져 왔으나, 점차 가족가치관의 변화와 노인 단독가구의 증가와 같은 가족구조 변화로 인해 배우자가 치매 환자를 돌보는 경우가 증가하고 있다. 가족 돌봄자 중 배우자의 비율이 2004년 29.7%에서 2014년 37.7%로 증가한 수치[5]는 이를 잘 반영하고 있다. 이러한 부양현실의 변화를 고려했을 때 지금까

주요어: 치매노인, 배우자, 삶의 질, 생태체계이론

Corresponding author: Han, Song Yi

Department of Nursing Science, Sunmoon University, 70 Sunmoon-ro, 221 Tangeong-myeon, Asan 31460, Korea.

Tel: +82-41-530-2751, Fax: +82-41-530-2725, E-mail: fabulousong@hanmail.net

Received: Sep 24, 2019 / Revised: Nov 7, 2019 / Accepted: Nov 7, 2019

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

지 주 부양자로 고려되지 않았던 배우자의 돌봄에 대한 다각적인 이해가 필요한 시점이다.

치매노인의 돌봄은 신체적, 정서적, 사회적으로 영향을 미치며 이는 돌봄제공자의 삶의 질 전반에 영향을 미치는 주요한 요인이다. 또한 배우자가 주 부양자인 경우 이들이 느끼는 부양부담감은 다른 가족 구성원에 비해 높으며[6], 이들의 건강 관련 삶의 질도 낮게 나타났다[7]. 건강 관련 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 측면을 주관적으로 평가하는 건강상태이며[8], 개인의 건강에 직접적으로 연관되어 영향을 미치는 주관적이고 다차원적인 개념이다[9]. 이는 노인의 일상적 기능과 안녕상태를 평가하는데 유용한 개념으로[10] 돌봄과 관련된 많은 연구에서 다루어지고 있다[11].

지금까지 치매노인 돌봄가족을 대상으로 한 선행연구들에서는 배우자, 아들, 딸, 며느리 등 전체 가족을 대상으로 하거나[12], 여성 부양자에 한정하여[13] 그들의 삶의 질을 살펴보았거나 부부관계의 질, 결혼기간 등 부부라는 특수한 관계적 측면을 고려하였다[14]. 또한 치매노인의 특성이나[7,13] 대처 자원에 초점을 두고 그들의 삶의 질을 설명하고 있어[15] 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질을 이해하는데 제한적이다. 노인의 건강 관련 삶의 질을 다룬 연구는 주로 특정 지역에 거주하거나 기관을 이용하는 일반 노인을 대상으로 한 연구였으며[10,16], 치매 노인 수발자에 대한 연구도 이루어졌으나[7,13] 이 역시 일개 지역에 한정된 연구로 전체 노인으로 일반화시키기에는 한계가 있다.

치매노인을 돌보는 경험은 건강 관련 삶의 질에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타나고 있는데[7,10,13] 연령, 성별, 직업, 교육 수준[7,10,13] 등 부양자의 특성뿐만 아니라 노인과의 관계, 수발시간, 노인의 신체적 기능수준[7,13] 등 치매노인 돌봄 관련 특성이 영향을 미친다. 또한, 우울[7], 스트레스[13], 자기효능감[10] 등 정서적 요인과 재가서비스 이용[7], 사회적 지지[13], 사회적 관계망[10] 등의 사회적 요인 등 다양한 요인이 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다.

이와 같이 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인이 다양하고 다차원적으로 구성되어 있기 때문에 건강 관련 삶의 질을 제고하기 위해서는 보다 다차원적인 측정과 통합적인 접근 방법이 모색되어야 한다[17]. 이러한 측면에서 생태학적 관점은 인간과 환경과의 상호작용에 초점을 두고 다차원적인 접근을 시도하고 있어 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질을 이해하는데 있어 유용한 관점으로 여겨진다.

생태체계이론은 인간의 특정 행위들이 어떠한 상황에서 일어나고 있는지에 관심을 갖는다[18]. Bronfenbrenne [18]은

유기체와 환경의 상호작용에 초점을 두어 생태적 환경을 개인 체계(individual system), 미시체계(microsystem), 중간체계(mesosystem), 외체계(exosystem), 거시체계(macrosystem)로 나누어 환경의 복합적인 체계를 강조하였다. 개인체계는 성격, 생리학적 반응, 심리적 자원과 같은 요인들을 포괄하며 미시체계는 개인체계에 직접적인 영향을 주는 인접환경으로 가족 내 경험, 이웃과의 경험 등의 요인을 포괄한다. 중간체계는 서로 연결된 미시체계들로 구성된 체계를 의미하며 외체계는 개인과 간접적으로 관련된 환경 구조들을 포괄하고, 거시체계는 사회경제와 정치체계, 대중매체와 같은 영향을 포괄하는 체계이다.

치매노인 돌봄 과정에서 배우자가 경험하게 되는 신체적, 정신적, 사회적 측면의 돌봄 경험은 배우자가 생활하고 있는 환경의 영향을 받기 때문에[19] 이에 대한 고려가 필요하다. 따라서 본 연구는 재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 보다 포괄적으로 이해하기 위해 생태학적 이론[18]을 적용하여 살펴보고자 한다. 다차원적인 접근을 통해 건강 관련 삶의 질 영향요인에 대해 살펴봄으로써 이에 대한 이해를 높일 뿐만 아니라 치매노인 배우자의 돌봄 역할 수행과 적응을 지원하고 삶의 질 향상을 위한 적절한 중재개발의 기틀을 마련할 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 재가 치매노인 배우자를 대상으로 생태체계적 관점에서 건강 관련 삶의 질 예측요인을 파악하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성을 생태체계 요인에 따라 파악한다.
- 대상자의 생태체계 요인에 따른 각 특성과 건강 관련 삶의 질 차이를 검증한다.
- 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 재가 치매노인 배우자를 대상으로 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 2015년 지역사회 건강조사 원시자료를 이용한 이차 자료분석의 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료

지역사회건강조사는 지역보건의로 계획을 수립 및 평가하기 위해 비교 가능한 지역건강통계를 생산하고자 2008년부터 매년 19세 이상의 성인을 대상으로 전국 253개 보건소에서 실시되고 있다. 본 연구에서는 질병관리본부의 원시자료 공개 및 관리규정에 의거하여 2015년 지역사회건강조사 원시자료를 제공받아 활용하였다[20]. 질병관리본부의 지역사회건강조사 홈페이지(<https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>)에서 2015년 지역사회건강조사 원시자료 요청을 하여 원시자료 사용 승인을 받았으며, 본 연구자가 소속된 대학의 기관생명윤리위원회의 심의면제(IRB No. SM-201909-048-1)를 받고 연구를 진행하였다.

2015년 조사에 참여한 대상자는 228,558명이었으며, 본 연구에서는 노인부부가구 중 치매 환자와 와 동거하고 있는 배우자 541명을 최종 분석에 이용하였다.

3. 연구변수

재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질 요인은 생태체계 이론에 근거하여 개인체계 요인, 가족체계 요인, 지역사회체계 요인으로 구성하였으며[18], 개인체계 요인은 하위 구성요소로 인구사회학적 특성과 건강 관련 특성으로 구분하였다.

1) 개인체계 요인

(1) 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성은 연령, 성별, 교육수준, 직업 상태, 월 가구소득으로 구성하였다. 연령은 65~74세, 75세 이상으로 전기·후기노인으로 분류하였고, 교육수준은 최종학력과 졸업 여부 문항을 이용하여 무학, 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업 이하와 대학교 졸업 이상으로 분류하였다. 직업상태는 직업분류 문항을 이용하여 직업 유무로 분류하였고, 월 가구소득은 50만원 미만, 50~99만원, 100~199만원, 200만원 이상으로 구성하였다.

(2) 건강 관련 특성

대상자의 건강 관련 특성은 흡연, 음주 빈도, 수면시간, 신체 활동, 만성질환 개수, 지각된 스트레스, 우울감, 지각된 건강상태, 지각된 구강건강상태 등으로 구성하였다. 흡연은 현재흡연자, 과거흡연자, 비흡연자로 구분하였고, 음주 빈도는 연간음주 문항을 이용하여 비음주, 월 1회 이하, 월 2~4회, 월 5회 이상

으로 분류하였으며, 수면시간은 5시간 이하, 6시간 이상 8시간 이하, 9시간 이상으로 분류하였다. 신체활동은 격렬한 신체활동과 중등도 신체활동, 걷기문항을 이용하였으며, 격렬한 신체활동은 일주일에 3일 이상 20분 이상 실시하는 경우, 중등도 신체활동은 일주일에 5일 이상 30분 이상 실시하는 경우, 걷기는 일주일에 5일 이상 30분 이상 실시하는 경우로 하였으며, 세 가지 중 하나라도 해당하는 경우는 신체활동을 하는 것으로 분류하였다. 만성질환 개수는 5개 만성질환(고혈압, 고지혈증, 당뇨, 관절염, 천식)에 대하여 의사로부터 진단을 받은 질환의 수로 없음, 1개, 2개, 3개 이상으로 분류하였다. 지각된 스트레스는 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘조금 또는 거의 느끼지 않는다’고 응답한 경우를 비인지, ‘대단히 많이 또는 많이 느낀다’고 응답한 경우를 인지로 분류하였으며, 우울감은 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬픔이나 절망감을 느꼈다고 응답한 경우를 우울감이 있는 것으로 분류하였다. 지각된 건강상태와 지각된 구강건강상태는 ‘매우 좋음, 좋음’은 좋음으로, ‘보통’은 보통으로, ‘나쁨, 매우 나쁨’은 나쁨으로 분류하였다.

2) 가족체계 요인

대상자의 가족체계 요인은 가족, 친척과의 연락 빈도로 구성하였으며 월 1회 이하, 월 2~4회, 월 5회 이상으로 분류하였다.

3) 지역사회체계 요인

대상자의 지역사회체계 요인은 이웃과의 연락 빈도, 친구와의 연락 빈도, 사회활동 참여 여부, 거주기간으로 구성하였다. 이웃, 친구와의 연락빈도는 월 1회 이하, 월 2~4회, 월 5회 이상으로 분류하였고, 사회활동 참여 여부는 종교활동, 친목활동, 여가활동, 자선단체 활동 중 한 가지라도 참여한 경우 사회활동을 참여하는 것으로 구분하였고, 거주기간은 현재 살고 있는 시·군·구 거주기간으로 10년 미만, 10~19년, 20년 이상으로 구분하였다.

4) 건강 관련 삶의 질

대상자의 건강 관련 삶의 질은 Euro Quality of Life Questionnaire 5-Dimensional Classification (EQ-5D)로 측정하였다. 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개 영역으로 구성되어 있으며, ‘어려움이 없다’, ‘다소 어려움이 있다’, ‘매우 어려움이 있다’의 3개 수준으로 구분되어 있다. EQ-5D 도구는 추후 다른 도구들과 비교분석이 용이하도록 5개 영역 각각의 수준에 가중치를 부여하여 건강상태를 정량적

인 단일 값으로 표현한 Index 값을 계산한다. 본 연구에서는 질병관리본부의 질 가중치[21]에서 제시한 공식을 이용하여 EQ-5D Index 값을 구하였다. EQ-5D Index의 범위 값은 산출 공식에 의해 5개 영역 모두에서 문제가 없을 때 1이며, 5개 영역 모두에서 심각한 문제가 있을 때 -1로 EQ-5D Index의 가능한 범위는 -1에서 1이다.

4. 자료분석

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN Statistics 20.0 프로그램을 이용하여 원시자료의 표본설계특성을 고려한 복합표본설계 (complex sampling design) 방법으로 분석하였다. 질병관리 본부의 복합표본설계 자료분석 지침에 따라 층화변수, 집락변수, 가중치를 이용하였으며, 가중치의 경우 모집단 추정을 위해 개인가중치를 적용하였다.

대상자의 개인체계 요인, 가족체계 요인, 지역사회체계 요인 관련 특성은 빈도 분석하였고, 각 생태체계 요인 관련 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 차이는 t-test와 ANOVA로 검정하였고, ANOVA 결과에서 유의한 변수는 사후 검정으로 Scheffé test 를 이용하여 추가분석을 하였다. 건강 관련 삶의 질 예측요인 파악하기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 통계적 유의수준은 $p < .05$ 로 하였다.

연구결과

1. 대상자의 생태체계 요인 관련 특성

본 연구대상자의 개인체계 요인에 해당하는 인구사회학적 특성과 건강 관련 특성을 살펴보면, 성별은 남자 46.6%, 여자 53.4%였고, 연령은 75세 이상이 62.8%를 차지하였으며, 교육 수준은 초등학교 졸업이 47.1%로 가장 많았다. 대상자의 79.1%가 직업이 없는 것으로 나타났고, 월 가구소득은 100만원 미만이 77.5%로 나타났다. 건강 관련 특성으로 비흡연자가 61.9%였고, 비음주자는 65.3%로 나타났다. 대상자의 60.2%가 하루 6시간에서 8시간의 수면을 하는 것으로 나타났으며, 신체활동을 하는 대상자는 41.0%였고, 만성질환이 없는 대상자는 22.5%로 대상자 대부분이 만성질환을 가지고 있었으며 1개의 만성질환을 가지고 있는 경우가 35.7%로 가장 많았다. 스트레스를 인지하고 있는 대상자는 42.7%였고, 우울감을 느끼는 대상자는 17.2%를 차지하였으며, 자신의 건강상태를 67.3%가 나쁘다고 여기고 있었고, 자신의 구강건강상태를 나쁘다고 인

식한 대상자가 68.8%를 차지하였다.

가족체계 요인에 대한 특성으로 가족, 친척과의 연락 빈도는 월 1회 이하가 21.8%, 월 2~4회가 29.2%, 월 5회 이상이 49.0%로 나타났다.

지역사회체계 요인에 대한 특성으로 이웃과의 연락 빈도는 월 5회 이상이 66.9%로 가장 많았으며, 친구와의 연락 빈도는 월 1회 이하가 58.0%로 가장 많이 차지하였다. 사회활동에 참여하는 대상자는 52.7%였으며, 거주기간은 10년 미만이 6.9%, 10~19년이 5.7%, 20년 이상이 87.4%로 나타났다(Table 1).

2. 대상자의 건강 관련 삶의 질 정도

대상자의 건강 관련 삶의 질은 평균 0.74점으로 나타났다. EQ-5D의 영역 별로 살펴보면, 운동능력에서 55.1%가 다소 어려움이 있는 것으로 나타났고, 자기관리에 문제가 없는 대상자가 70.1%였다. 일상활동의 문제가 없는 대상자가 47.0%, 통증/불편에 다소 문제가 있는 대상자가 50.2%, 불안/우울에 문제가 없는 대상자가 59.5%로 나타났다(Table 2).

3. 대상자의 생태체계 요인 관련 특성에 따른 건강 관련 삶의 질 차이

대상자의 개인체계 요인 관련 특성에 따른 건강 관련 삶의 질의 차이를 살펴본 결과, 연령($t=2.25, p=.025$), 직업 상태($t=-6.34, p<.001$), 월 가구소득($F=3.88, p=.009$), 음주($F=5.60, p=.001$), 수면시간($F=3.65, p=.027$), 신체활동($t=-6.55, p<.001$), 만성질환 수($F=2.82, p=.038$), 스트레스 인지($t=4.02, p<.001$), 우울감($t=4.53, p<.001$), 지각된 건강상태($F=50.87, p<.001$), 지각된 구강건강상태($F=11.34, p<.001$)에서 건강 관련 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

지역사회체계 요인 관련 특성에 따른 건강 관련 삶의 질의 차이는 이웃과의 연락 빈도($F=8.64, p<.001$), 친구와의 연락 빈도($F=5.23, p=.006$), 사회활동참여($t=-4.15, p<.001$)에서 건강 관련 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(Table 3).

4. 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하기 위해 건강 관련 삶의 질에 유의한 차이를 보인 변수를 예측요인으로 하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였다. 1단계로 개인체계 요인 특성 중 인구사회학적 변수인 연령, 직업상

Table 1. Characteristics of the Participants according to Individual, Family, and Community System (N=541)

Variables	Characteristics	Categories	n (%)
Individual system	Gender	Male	252 (46.6)
		Female	289 (53.4)
	Age (year)	65~74	201 (37.2)
		≥ 75	340 (62.8)
	Educational level	No formal education	136 (25.2)
		Elementary school	255 (47.1)
		Middle school	71 (13.1)
		High school	55 (10.2)
	Employment status	College or above	24 (4.4)
		Unemployed	428 (79.1)
	Monthly household income (10,000 won)	Employed	113 (20.9)
		< 50	180 (33.3)
		50~99	239 (44.2)
		100~199	91 (16.8)
	Smoking status	≥ 200	31 (5.7)
		Current smoker	41 (7.6)
		Ex-smoker	165 (30.5)
	Alcohol drinking (time/month)	Never smoker	335 (61.9)
		None	353 (65.3)
		≤ 1	77 (14.2)
2~4		32 (5.9)	
Sleeping time (hour/day)	≥ 5	79 (14.6)	
	≤ 5	148 (27.4)	
	6~8	326 (60.2)	
Physical activity	≥ 9	67 (12.4)	
	No	319 (59.0)	
Number of chronic disease	Yes	222 (41.0)	
	0	122 (22.5)	
	1	193 (35.7)	
	2	138 (25.5)	
Perception of stress	≥ 3	88 (16.3)	
	No	310 (57.3)	
	Yes	231 (42.7)	
Perception of depressive symptoms	No	448 (82.8)	
	Yes	93 (17.2)	
Self-rated health status	Poor	364 (67.3)	
	Fair	127 (23.5)	
	Good	50 (9.2)	
Self-rated oral health status	Poor	372 (68.8)	
	Fair	105 (19.4)	
	Good	64 (11.8)	
Family system	Contact with family (time/month)	≤ 1	118 (21.8)
		2~4	158 (29.2)
		≥ 5	265 (49.0)
Community system	Contact with neighbor (time/month)	≤ 1	112 (20.7)
		2~4	67 (12.4)
		≥ 5	362 (66.9)
	Contact with friend (time/month)	≤ 1	314 (58.0)
		2~4	79 (14.6)
		≥ 5	148 (27.4)
Social activity	No	256 (47.3)	
	Yes	285 (52.7)	
Residence period (year)	< 10	37 (6.9)	
	10~19	31 (5.7)	
	≥ 20	473 (87.4)	

Table 2. Health-related Quality of Life (EQ-5D) by Participants (N=541)

Variables	Categories	% or M±SD
Mobility	No problem	39.4
	Some problems	55.1
	Severe problems	5.5
Self-care	No problem	70.1
	Some problems	22.9
	Severe problems	7.0
Usual activity	No problem	47.0
	Some problems	44.0
	Severe problems	9.0
Pain/discomfort	No problem	36.0
	Some problems	50.2
	Severe problems	13.8
Anxiety/depression	No problem	59.5
	Some problems	31.7
	Severe problems	8.8
EQ-5D		0.74±0.24

EQ-5D=Euro quality of life questionnaire 5-dimensional classification.

태, 월 가구소득을 투입하였다. 분석결과 직업이 있는 경우, 월 가구소득이 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높았고, 설명력은 5.0%였다($F=11.13, p<.001$). 2단계로 개인체계 요인 특성 중 건강 관련 변수인 음주, 수면시간, 신체활동, 만성질환 수, 스트레스 인지, 우울감, 지각된 건강상태, 지각된 구강건강상태를 투입하였다. 분석결과 1단계에서 유의한 변수였던 월 가구소득이 유의하지 않은 것으로 나타났다. 신체활동, 스트레스 인지, 우울감, 지각된 건강상태, 지각된 구강건강상태가 건강 관련 삶의 질에 유의한 영향을 주었으며, 설명력은 24.0%로 증가하였다($F=16.28, p<.001$). 3단계에는 지역사회체계 요인 특성 중 이웃과의 연락빈도, 친구와의 연락빈도, 사회활동 참여를 추가 투입하였고, 이웃과의 연락빈도만 유의하게 나타났다. 2단계에서 유의했던 직업상태, 신체활동, 스트레스 인지, 우울감, 지각된 건강상태, 지각된 구강건강상태의 유의성은 유지되었으며, 3단계 모델의 설명력은 27.0%로 증가하였다($F=14.90, p<.001$). 최종 모델에서 재가 치매 환자 배우자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 지각된 건강상태($\beta=.26, p<.001$), 신체활동($\beta=.15, p<.001$), 이웃과의 연락빈도($\beta=.15, p<.001$), 스트레스 인지($\beta=-.12, p=.002$), 우울감($\beta=-.12, p=.003$), 직업상태($\beta=.08, p=.041$) 지각된 구강건강상태($\beta=.08, p=.047$) 순으로 나타났다(Table 4).

논 의

본 연구는 재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질과 이

Table 3. Differences on Health-related Quality of Life according to Characteristics of the Participants by Ecological System (N=541)

Variables	Characteristics	Categories	M±SD	t or F Scheffé	p
Individual system	Gender	Male	0.75±0.24	1.26	.207
		Female	0.72±0.24		
	Age (year)	65~74	0.77±0.22	2.25	.025
		≥75	0.72±0.25		
	Educational level	No formal education	0.69±0.27	2.20	.068
		Elementary school	0.74±0.22		
		Middle school	0.75±0.23		
		High school	0.77±0.25		
	Employment status	College or above	0.81±0.24	-6.34	<.001
		Unemployed	0.71±0.25		
	Monthly household income (10,000 won)	Employed	0.83±0.15	3.88	a < c
		< 50 ^a	0.70±0.24		
		50~99 ^b	0.73±0.25		
		100~199 ^c	0.79±0.20		
	Smoking status	≥200 ^d	0.81±0.23	1.20	.302
		Current smoker	0.73±0.25		
		Ex-smoker	0.76±0.24		
	Alcohol drinking (time/month)	Never smoker	0.73±0.24	5.60	.001
		None	0.78±0.16		
		≤1	0.83±0.17		
Sleeping time (hour/day)	2~4	0.76±0.24	3.65	.027	
	≥5	0.71±0.26			
	≤5 ^a	0.72±0.25			
Physical activity	6~8 ^b	0.76±0.22	-6.55	<.001	
	≥9 ^c	0.67±0.28			
Number of chronic disease	No	0.69±0.27	2.82	.038	
	Yes	0.81±0.15			
	0	0.78±0.23			
	1	0.74±0.24			
Perception of stress	2	0.72±0.22	4.02	<.001	
	≥3	0.69±0.27			
	No	0.77±0.22			
Perception of depressive symptoms	Yes	0.62±0.28	4.53	<.001	
	No	0.76±0.22			
Self-rated health status	Yes	0.62±0.28	50.87	<.001	
	Poor ^a	0.67±0.26			
	Fair ^b	0.86±0.12			
Self-rated oral health status	Good ^c	0.89±0.09	11.34	<.001	
	Poor ^a	0.70±0.26			
	Fair ^b	0.81±0.18			
Family system	Good ^c	0.80±0.18	1.68	.188	
	Contact with family (time/month)	≤1			0.70±0.27
	2~4	0.75±0.22			
Community system	Contact with neighbor (time/month)	≥5	0.75±0.24	8.64	<.001
		≤1 ^a	0.63±0.33		
		2~4 ^b	0.74±0.23		
	Contact with friend (time/month)	≥5 ^c	0.77±0.19	5.23	.006
		≤1 ^a	0.71±0.25		
		2~4 ^b	0.77±0.23		
	Social activity	≥5 ^c	0.78±0.21	-4.15	<.001
		No	0.69±0.27		
	Residence period (year)	Yes	0.78±0.20	0.21	.813
		< 10	0.74±0.29		
		10~19	0.76±0.18		
			≥20	0.73±0.24	

Table 4. Predictors of Health-related Quality of Life of the Participants

(N=541)

Variables	Model 1			Model 2			Model 3			
	B (SE)	β	<i>p</i>	B (SE)	β	<i>p</i>	B (SE)	β	<i>p</i>	
Individual system	Age (year)	-.02 (0.02)	-.04	.355	-.03 (0.02)	-.06	.114	-.03 (0.02)	-.05	.164
	Employment status [†]	.11 (0.03)	.19	<.001	.06 (0.02)	.11	.008	.05 (0.02)	.08	.041
	Monthly household income	.04 (0.01)	.13	.003	.02 (0.01)	.06	.159	.02 (0.01)	.06	.136
	Alcohol drinking				-.01 (0.01)	-.06	.129	-.01 (0.01)	-.04	.253
	Sleeping time				-.03 (0.02)	-.07	.086	-.03 (0.02)	-.07	.056
	Physical activity [‡]				.08 (0.02)	.17	<.001	.07 (0.02)	.15	<.001
	Number of chronic disease				-.01 (0.01)	-.03	.456	-.01 (0.01)	-.04	.309
	Perception of stress [§]				-.06 (0.02)	-.12	.002	-.06 (0.02)	-.12	.002
	Perception of depressive symptoms				-.08 (0.03)	-.13	.001	-.07 (0.03)	-.12	.003
	Self-rated health status				.10 (0.02)	.27	<.001	.10 (0.02)	.26	<.001
Self-rated oral health status				.03 (0.01)	.08	.042	.03 (0.01)	.08	.047	
Community system	Contact with neighbor (time/month)						.04 (0.01)	.15	<.001	
	Contact with friend (time/month)						.01 (0.01)	.02	.683	
	Social activity [¶]						.03 (0.02)	.07	.084	
R ² change	.06			.19			.03			
Adjusted R ²	.05			.24			.27			
F for R ² change	11.13			17.20			7.62			
Total F	11.13			16.28			14.90			

[†] Employment status (0:unemployed, 1:employed); [‡] Physical activity (0:no, 1:yes); [§] Perception of stress (0:no, 1:yes); ^{||} Perception of depressive symptoms (0:no, 1:yes); [¶] Social activity (0:no, 1:yes).

에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 수행되었다. 본 연구결과 치매노인과 거주하는 배우자의 건강 관련 삶의 질은 0.74점이었다. 본 연구와 같은 공식으로 계산된 선행연구를 살펴보면, 국민건강영양조사에서 65세 이상 일반노인의 건강 관련 삶의 질은 0.87점[22], 복지관 이용 노인은 0.82±0.14점[16]으로 나타나 치매노인과 거주하는 배우자의 건강 관련 삶의 질이 일반 노인보다 다소 좋지 않은 것을 확인하였다. 이는 치매 환자의 가족 부양자의 건강 관련 삶의 질이 일반 인구보다 낮게 나타난 선행연구와 유사한 결과이며[4] 특히 치매 환자를 돌보는 돌봄 제공자가 배우자일 경우 자녀를 비롯한 다른 돌봄제공자들보다 부양에 더 많은 노력을 기울이고 부담을 느끼며[6], 건강 관련 삶의 질이 낮은 경향을 보인 것과 같은 맥락이다[7]. 따라서 이들의 삶의 질을 향상시켜줄 수 있도록 영향요인을 파악하고 맞춤형 중재방안을 마련해야 할 것이다.

재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 주는 요인으로는 개인체계 요인인 지각된 건강상태와 신체활동여부가 가장 큰 영향을 미쳤고 지역사회체계 요인인 이웃과의 연락빈도 순으로 나타났으며 그 외 스트레스 인지와 우울 등이 영향요인으로 파악되었다.

본 연구에서 노인의 지각된 건강상태가 좋을수록 이들의 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 기존 연구와 유사한 결과를 보였다[23]. 주관적 건강상태는 실제 건강상태를 반영하는 중요한 지표로[24], 노인의 주관적 건강상태가 좋을수록 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다[25]. 그러나 우리나라 노인들은 다른 연령에 비해 본인의 건강상태를 주관적으로 좋지 않은 것으로 생각하는 비율이 높다[22]. 본 연구에서도 본인의 건강상태를 좋지 않다고 응답한 경우가 67.3%로 높게 나타났으며, 이는 일반 노인이 자신의 건강상태

를 나쁘다고 생각하는 비율 33.5%[22]보다 높은 비중을 차지해 이들의 주관적 건강상태가 더 좋지 않음을 확인하였다. 치매 노인을 돌보는 배우자도 노인연령으로 스스로를 돌보고 부양을 받아야 하는 연령이지만 치매노인을 돌보면서 그렇지 못하는 상황에 놓여있다[19]. 따라서 치매 노인 배우자들에게 이들의 건강상태를 정확하게 파악하고 적응하여 긍정적으로 평가할 수 있는 심리적 중재를 제공하는 것이 필요하다.

신체활동여부도 대상자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타나 선행연구와 유사한 결과를 보였다[26]. 본 연구결과, 신체활동을 하는 경우 그렇지 않은 경우보다 건강 관련 삶의 질이 높았으며, 이는 치매 환자의 돌봄제공자가 부양에서 벗어나 신체활동 등을 하는 독립적인 시간을 갖는 것은 그들의 삶의 질을 향상시키는데 중요한 역할을 하는 것을 반영하는 결과로 볼 수 있다[26]. 그러나 치매 노인과 거주하는 경우 지속적인 수발로 인해 신체활동을 하는 시간을 갖는 것이 쉽지 않은 현실이며, 가족 부양자가 스스로를 돌보며 지속적인 부양을 할 수 있도록 도와주는 공적인 제도 역시 부족한 실정이다[27]. 따라서 부양에서 벗어나 본인의 시간을 갖을 수 있는 시간적, 경제적 도움을 제공하기 위한 사회적 지지체계가 뒷받침되어야 할 것으로 사료된다. 우리나라 장기요양서비스에서는 재가 치매 환자의 돌봄 제공자를 위한 주·야간보호서비스나 단기보호 서비스를 제공하고 있다. 이러한 장기요양서비스, 특히 주간보호서비스와 방문간호서비스를 이용하는 경우 치매 환자의 가족수발자의 건강 관련 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다[7]. 장기요양서비스 급여실적을 살펴보면, 재가급여 중 주·야간보호서비스에 지급된 비용은 2014년 10.4%에서 2018년 21.4%로 꾸준히 증가하고 있어 이 서비스의 이용이 증가한 것을 확인할 수 있다[28]. 그러나 단기보호서비스와 방문간호의 경우 1% 미만으로 급여가 제공되고 있고, 여전히 방문요양에 제공되는 급여 비율이 70% 이상으로 높은 비중을 차지하고 있어[28] 방문요양에 편중된 서비스보다는 다양한 서비스를 이용할 수 있도록 하는 노력이 필요할 것이다. 따라서 방문간호나 주·야간보호서비스, 단기보호서비스와 같은 장기요양서비스를 강화하여 치매 환자 돌봄 가족의 일시적 안위증진이나 부양부담감을 감소해야 할 것이다.

한편, 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질에 가족과의 관계는 영향을 주지 않았으며 오히려 지역사회체계 요인인 이웃과의 연락빈도가 중요한 영향요인으로 나타났다. 이는 예전과 다른 가족관계 변화를 시사하는 바이다. 즉 가족에게 의지하기 보다는 본인의 신체활동 여부나 이웃과의 관계가 중요하다는 것을 확인하였다. 치매노인 부양자의 사회적 지지망이 확고한

경우 정서적 지지와 다양한 정보 등을 제공받게 되며, 이는 부양스트레스를 완화시켜 돌봄제공자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다[12]. 가족구조 변화에 따라 비혈연지지체계의 역할이 점차 중요해지고 있으며[12], 이에 따라 이들의 가족지지를 대신할 사회적인 지지체계를 견고히 해줄 수 있는 프로그램이 필요할 것이다. 그러나 치매 환자를 돌보는 가족 부양자는 일반가족에 비해 사회적 지지체계가 약하며[29] 이들이 이웃과 의사소통하거나 사회적 프로그램에 참여하면서 지역사회내 역할을 하는 것은 현실적으로 많은 어려움이 따를 수 밖에 없어 사회적 접촉이 감소하게 된다[30]. 따라서 재가 치매 노인을 돌보는 배우자가 지역사회에서 소외되지 않고 지속적으로 소통할 수 있는 사회적 지지체계를 확립해야 할 것이다.

지각된 스트레스와 우울 같은 정서적인 측면도 건강 관련 삶의 질에 영향을 주는 영향요인으로 밝혀졌다. 많은 선행연구에서 치매 환자를 돌보는 가족의 우울은 이들의 건강 관련 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 유사한 결과를 보였다[4,7,26]. 치매 노인을 돌보면서 돌봄제공자들은 스스로를 돌보지 못하고 우울감을 느끼며 사회에서 고립되는 경우가 많다[19]. 따라서 이들의 우울이나 스트레스 감소를 위한 프로그램이 필요하다. 지역사회내 자조모임이나 치매지원센터의 프로그램 참여가 돌봄제공자에게 정서적 측면을 돌봐줄 수 있는 자원이 될 수 있으므로[19], 이러한 정서적 지지를 위한 지역사회 프로그램을 활성화하고 이들이 프로그램에 참여할 수 있는 여건을 조성하는 것이 필요할 것이다.

본 연구는 치매 환자를 돌보는 가족구성원은 숨겨진 희생자로 불리울 만큼 여러 어려움에 직면하고 있는 상황에서[4] 이들이 건강한 삶을 유지할 수 있도록 다차원적인 접근을 통해 건강 관련 삶의 질에 영향을 주는 요인을 파악함으로써 이에 대한 이해를 높였으며, 적절한 중재개발의 기초자료를 제공하였다는 데 의의가 있다.

하지만, 본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 먼저 이차 자료분석연구의 특성상 생태체계적 요인 중 가족체계 요인과 지역사회체계 요인에 해당하는 다양한 변수를 포함하지 못하였다. 또한 치매 노인의 유병기간, 장기요양서비스 등의 치매 노인의 서비스 이용 여부 등 치매 환자 배우자의 돌봄과 관련된 변수들을 포함하지 못한 제한점이 있다. 이에 추후 연구에서는 이를 보완할 필요가 있다.

결론 및 제언

치매노인의 증가와 함께 이들을 돌보는 가족, 특히 배우자의

수가 증가하면서 이들의 삶의 질 향상에 대한 중요성이 강조되고 있다. 이에 본 연구는 재가 치매 노인 배우자의 건강 관련 삶의 질과 영향 요인을 파악하였다. 본 연구결과 재가 치매노인 배우자의 건강 관련 삶의 질은 일반 노인에 비해 다소 낮았으며, 개인체계 요인인 지각된 건강상태와 신체활동, 지역사회 체계 요인인 이웃과의 연락빈도, 그 외 스트레스 인지와 우울 등이 영향을 주는 것으로 확인되었다. 따라서 이들이 치매 노인의 부양에서 벗어나 스스로의 건강을 살피고 신체활동을 하며 사회적 관계를 지속할 수 있도록 도와주는 사회적 지원이 필요할 것이다. 특히 현재 방문요양에만 치우쳐 있는 재가장기요양 서비스를 다양화하고 방문간호, 주야간보호서비스, 단기보호 서비스 등과 같은 서비스를 활성화 시키는 제도 변화를 통해 이들의 부양 부담감을 감소시켜 삶의 질을 향상시키는 것이 필요할 것이다. 이에 대한 실질적인 방안을 마련하기 위해 이러한 장기요양서비스를 이용하지 않는 이유를 확인하는 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. U.S. Census Bureau, An aging world: 2015. International population reports. Washington DC: U.S. Government Publishing Office; 2016 March. Report No.: P95/16-1.
2. Statistics Korea. 2018 Statistics aging [Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2019 [cited 2019 September 10]. Available from: https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=370779
3. Central Dementia Center. 2018. 2016 National dementia epidemiology survey [Internet]. Seongnam: Central Dementia Center. 2018 [cited 2019 September 16]. Available from: https://www.nid.or.kr/notification/data_view.aspx?board_seq=76
4. Andreakou MI, Papadopoulou AA, Panagiotakos DB, Niakas D. Assessment of health-related quality of life for caregivers of alzheimer's disease patients. *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2016;1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/9213968>
5. Jeong KH, Oh YH, Kang EN, Kim JW, Sunwoo D, Oh MA, et al. 2014 Survey of living conditions of older persons. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2014 December. Report No.: Policy Report 2014-61.
6. Gaugler JE, Mittelman MS, Hepburn K, Newcomer R. Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Medicine*. 2010;8:85. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-85>
7. Kim EY, Yeo JH. Factors associated with health-related quality of life among family caregivers of elders receiving home care services. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2012;23(2):117-126. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.2.117>
8. The EuroQol Group. EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
9. DeLateur BJ. Quality of life: A patient-centered outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1997;78:237-239.
10. Kim SY, Sohn SY. Factors related to health related quality of life in rural elderly women. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(2):91-98.
11. Crellin NE, Orrell M, McDermott O, Charlesworth G. Self-efficacy and health-related quality of life in family carers of people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health*. 2014;18(8):954-969. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915921>
12. Kim SY. Caregiving condition and factors affecting on the QOL of the family caregivers of demented elderly in Ulsan metropolitan city. *Social Science Research*. 2003;19:99-146.
13. Kim MS, Kim DH, Kim JS, Park KY, Park NH. Health-related quality of life among women caregivers of older adults with dementia. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2007;19(1):24-34.
14. Baek JH. The impact of prior relationship and marriage duration on stress appraisals, well-being, and life quality for spousal caregivers of dementia sufferers. *Journal of Korea Gerontological Society*. 2007;27(1):255-272.
15. Yoon K. Effects of caregiving burden on gain and family quality of life among dementia family caregivers: The moderating role of coping strategies. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 2017;72(1):257-282.
16. Kim HR. Predicting factors for health related quality of life among older adults at senior centers in Korea. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2014;16(2):95-106.
17. Kim JI. Levels of health-related quality of life (EQ-5D) and its related factors among vulnerable elders receiving home visiting health care services in some rural areas. *Journal of Korean Community Nursing*. 2013;24(1):99-109.
18. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, MA: Harvard University Press. 1979. 330 p.
19. Jang HY, Yi M. Hermeneutic phenomenological study on caring experience of spouses of elderly people with dementia at home. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2017;47(3):367-379. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.367>
20. Korea Centers for Disease Control and Prevention. *Community health survey 2015. Survey Report*. Osong: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2017 January. Report No.: 11705.
21. Han MA, Ryu SY, Park J, Kang MG, Park JK, Kim KS. Health-

- related quality of life assessment by the EuroQol-5D in some rural adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 2008;41(3):173-180.
22. Ministry of Health and Welfare & Centers for Disease Control and Prevention. Korea health statistics 2016: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VII-1) [Internet]. Osong: Ministry of Health and Welfare & Centers for Disease Control and Prevention. 2017. [cited 2019 September 10]. Available from: https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/sub04/sub04_03.do?classType=7
23. Moon JH, Kim YS. Comparison of demographic characteristics, health and quality of life between general adults and adults living with dementia patients: The 2016 community health survey. *Society of Occupational Therapy for the Aged and Dementia*. 2018;12(2):57-65.
24. Vaillant N, Wolff FC. On the reliability of self-reported health: Evidence from Albanian data. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2012;2(2):83-98. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2012.04.003>
25. Kim YB, Lee SH. Effects of the elderly's health statuses, health behavior, and social relations on their health-related quality of Life: Focusing on family types. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2018;29(3):310-321. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2018.29.3.310>
26. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia*. 2017;13(5):572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>
27. Cheon SH, Chang SO, Kong GS, Song MR. Development and evaluation of community-based respite program for family caregivers of elders with dementia. *Journal of Korean Academy Fundamental Nursing*. 2011;18(3):337-347.
28. National Health Insurance Service. 2018 Long term care insurance statistical yearbook [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service. 2019. [cited 2019 September 15]. Available from: <https://www.nhis.or.kr/wbdya/wbdyaList.xx>
29. Papastavrou E, Andreou P, Middleton N, Tsangari H, Papatocostas S. Dementia caregiver burden association with community participation aspect of social capital. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(12):2898-2910. <https://doi.org/10.1111/jan.12762>
30. Jeon BR, Kim DJ. Systematic review on intervention program for family caregivers of people with dementia. *Society of Occupational Therapy for the Aged and Dementia*. 2019;13(1): 51-62.