

암환자 가족원의 건강정보이해력과 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향

박상언¹, 김희진¹, 김점남², 박혜정², 길초롱³, 이지연^{3*}, 장희경⁴

¹경상대학교병원 간호사, ²경상대학교병원 수간호사, ³경상대학교 간호대학 박사과정, ⁴경상대학교 간호대학 조교수

Factors Influencing Caregiver Reaction among Family Caregivers for Persons with Cancer

Sang-Un Park¹, Hee-Jin Kim¹, Geom-Nam Kim², Hye-Jeong Park²,
Cho-Rong Gil³, Ji-Yeon Lee^{3*}, Hee-Kyung Chang⁴

¹Nurse, Gyeongsang National University Hospital

²Head Nurse, Gyeongsang National University Hospital

³Doctor's course, College of Nursing, Gyeongsang National University

⁴Assitant Professor, College of Nursing, Gyeongsang National University

요 약 본 연구는 암환자를 돌보는 가족원이 인식하는 암 관련 건강정보이해력과 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향을 파악하기 위한 서술적 상관관계 연구이다. 경상남도 J시 G대학교병원에 입원했거나 외래 방문한 암환자를 돌보는 가족원 130명을 대상으로 하여 2018년 7월 17일부터 11월 7일까지 구조화된 설문지를 사용하여 자료수집 후 SPSS/WIN 23.0으로 통계 분석하였다. 회귀분석 결과, 암환자를 돌보는 가족원이 환자의 배우자이면서($\beta=.252, p=.002$) 주관적 건강상태($\beta=-.207, p=.012$)와 자가간호 건강정보이해력이 낮을수록($\beta=-.411, p<.001$), 환자의 요구도와 선호도($\beta=.268, p=.042$) 및 의료인과의 적극적 관계에 대한 건강정보이해력($\beta=.247, p=.037$)이 높을수록 돌봄부담이 높은 것으로 파악되었으며, 37.9%의 설명력이 있는 것으로 나타났다($F=5.922, p<.001$). 본 연구를 통해 암환자 가족의 돌봄부담에 주관적 건강상태와 건강정보이해력이 영향을 미침을 알 수 있었다. 따라서 암환자 가족원의 돌봄부담을 감소시키기 위해서 그들의 건강정보이해력을 향상 시킬 수 있는 개별화된 교육프로그램을 개발하여 적용하는 연구를 제안한다.

주제어 : 암환자, 돌봄제공자, 돌봄부담, 사회적 지지, 건강정보이해력

Abstract The purpose of this study was to identify factors influencing family caregivers' reaction of persons with cancer. The study participants were 130 cancer patients and their family caregivers. Data on participant characteristics, caregiver reaction, perceived social support, and cancer related health literacy were collected from July 17 to November 7, 2018 using a structured questionnaire. Data were analyzed with the SPSS/WIN 23.0 program for descriptive statistics, using independent t-test, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficient and enter multiple regression analysis. The determining factors affecting caregivers' reaction were in case of spouse of patient($\beta=.252, p=.002$), subjective health status($\beta=-.207, p=.012$), and health literacy (self-care, patient's needs and preference) ($\beta=-.411, p<.001$; $\beta=.247, p=.037$ respectively), and their explanation power was about 37.9%. This finding underscores the need for developing and application of the individualized education program with health literacy improvement strategies for family caregivers of cancer patients.

Key Words : Cancer patient, Caregivers, Care burden, Social support, Health literacy

*Corresponding Author : Ji-Yeon Lee(soomi0501@gmail.com)

Received December 27, 2018

Accepted March 20, 2019

Revised February 7, 2019

Published March 28, 2019

1. 서론

1.1 연구의 필요성

국내 암 발병률은 1999년 인구 10만 명당 214명에서 2015년 421명으로 16년 만에 약 200% 상승된 수치를 기록하였다[1]. 또한 2011년부터 2015년까지 암 발생자의 5년 생존율은 70.7%로, 암환자 10명중 7명은 5년 이상 생존하고 있다[2]. 이처럼 암 발생률이 증가하고 암 생존율이 높아지면서 암은 장기적으로 관리해야 하는 만성적인 질병으로 인식되고 있다.

암환자는 암을 진단받는 순간부터 심리적인 충격과 치료 과정 중 겪게 되는 다양한 신체적 변화로 인한 스트레스를 경험하게 된다[3]. 또한 암환자를 돌보는 가족들도 신체적, 정신적, 사회경제적 고통을 경험한다[4]. 가족 유대관계가 매우 밀접한 우리나라의 경우 환자 돌봄을 가족이 전적으로 담당하고 있어[5], 가족구성원이 암환자로 진단받는 순간부터 가족원은 암환자를 돌보는 일에 스트레스와 부담을 느끼게 된다[6]. 또한 의료기관에서는 암환자들에게 수술, 항암화학요법, 방사선 조사 등의 치료를 마치는 대로 조기퇴원을 권하고 있어 면역이 떨어진 암환자의 자가관리와 일상생활의 보조의 부담을 가족원이 떠맡고 있는 실정이다[5].

이처럼 환자가 암 진단을 받은 후 그 가족원이 주 돌봄제공자 역할을 하면서 겪게 되는 부담을 돌봄부담(care burden)이라고 한다[7]. 암환자를 장기간 돌보게 되면서 가족원은 피로, 통증, 수면장애 등의 신체적 증상을 호소하기도 한다[8]. 또한 암환자의 직업 상실로 인한 가구 소득의 저하와 암환자의 장기적인 치료로 인한 의료비 지출의 상승은 경제적으로도 큰 부담을 야기한다[9]. 암환자를 돌보는 가족에게는 환자의 치료와 회복을 돕는 능동적인 참여자로서의 역할이 요구되지만 치료과정에서 필요한 건강정보에 대한 접근과 이해에는 한계를 경험하게 된다[10].

건강정보이해력(health literacy)이란 개인의 건강증진 및 유지를 위한 수단으로 정보를 접하고 이해하며 사용하는 동기 및 능력을 결정하는 인지 및 사회기술로 정의된다[11]. 적절한 건강정보이해력을 갖추게 되면 건강유지에 필수적인 정보를 읽고 이해할 수 있으며, 자신과 가족의 건강문제에 대처할 수 있게 된다[12]. 암환자를 돌보는 가족원에게 건강정보이해력은 필수적인데, 건강정보에 접근하여 환자에게 필요한 정보를 선별하여 습득하

고 환자가 적절한 의사결정을 내릴 수 있도록 하여 건강결과 향상에 중요한 역할을 하기 때문이다[13]. 건강정보이해력이 낮은 가족원은 부적절한 자가관리 방법으로 자신의 건강상태를 악화시킬 뿐만 아니라 환자의 사소한 증상만으로도 의료서비스기관을 자주 방문하거나[14] 질병으로 인한 증상을 간과하는 등 환자의 건강관리에도 부정적인 영향을 미쳐 돌봄부담의 증가를 초래할 수 있다[15].

사회적 지지는 개인이 필요할 때마다 사회적, 경제적, 정서적 도움을 제공하는 모든 대인관계를 말하며, 지각된 사회적 지지는 개인이 타인과의 상호작용을 통해 얻게 되는 긍정적인 감정과 느낌을 말한다[16]. 암환자와 가족원의 사회적 지지는 가족, 친구, 의미 있는 타자로부터 얻을 수 있으며 암의 치료와 관리 과정에서 적절히 대처하는데 긍정적으로 작용한다[7]. Noohi 등[17]에 따르면 사회적 지지의 증가는 가족원의 돌봄부담을 감소시키며 사회적 지지 정도가 건강상태에 영향을 미칠 수 있다고 하였다. 특히 가족원들 간의 지지는 재정적, 의학적, 감정적인 모든 위기 상황에서 서로를 지원함으로써 어려움을 극복할 수 있게 하고 의료인으로부터 제공받는 사회적 지지는 환자를 안전하게 돌보는데 필수적인 요소라고 하였다[17] 지각된 사회적 지지는 대인관계로부터 받은 실제적인 도움보다 개인이 주관적으로 느끼는 안녕에 대한 강력한 예측인자가 되므로 매우 중요하며[18], 암환자의 가족원이 경험하는 스트레스의 부정적인 영향을 완충시켜주어, 돌봄부담을 줄이는데 핵심적인 역할을 한다[19].

현재 병원이나 지역사회에서 이루어지고 있는 암환자 가족 교육프로그램은 환자를 위한 치료와 증상관리를 주제로 한 것이 대부분이기 때문에 가족원의 피로 관리, 휴식 및 활동, 자가관리 등 가족원의 신체적, 정서적 증상관리까지 그 주제를 확장할 필요가 있다[20]. 국외에서는 암환자 증상 및 치료와 관련된 질문을 할 수 있는 대면 교육이나 전화 교육프로그램, 암환자를 돌보는 가족원의 걱정, 어려움과 같은 감정을 표현할 수 있는 중재프로그램 등을 다양하게 볼 수 있으며 이런 교육프로그램을 통해 가족원의 돌봄 스트레스가 유의하게 감소시켰음을 확인하였다[21].

그러나 암환자를 돌보는 가족원의 건강정보이해력과 사회적 지지가 돌봄부담에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구는 찾아보기 어려웠다. 암환자에게 양질의 간호를

제공하기 위해서는 가족원이 스트레스에 잘 적응하도록 돕는 일이 간호 실무에 있어서 중요한 분야로 고려되고 있어, 암환자를 돌보는 가족원의 건강정보이해력과 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향을 알아보려고 한다.

1.2 연구의 목적

본 연구는 암환자를 돌보는 가족원이 인식하는 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지 및 돌봄부담 정도를 확인하고, 돌봄부담에 미치는 영향요인을 파악하는데 목적이 있다.

2. 연구 방법

2.1 연구설계

본 연구는 암환자를 돌보는 가족원의 돌봄부담에 영향을 미치는 요인을 탐색하기 위한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상

본 연구의 표적모집단은 치료 중에 있는 암환자를 돌보는 가족원이며, 연구대상은 경상남도 J시에 소재한 G대학병원에 항암화학요법, 방사선 요법, 수술 등의 치료를 받기 위해 입원하였거나 외래를 통원하는 환자들을 돌보는 가족원이다. 또한 암환자 가족의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담에 대한 광범위한 자료를 얻기 위해 소화기계, 호흡기계, 혈액계, 비뇨생식계 등의 다양한 암 종류와 치료시기에 있는 암환자를 돌보는 가족원을 대상으로, 2018년 7월 17일부터 11월 17일까지 수행되었다.

연구대상자 수는 G*power 3.1.9.2 프로그램을 사용하여 산출하였으며[22], 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기는 회귀분석의 중간크기 수준인 .15로 하였으며, 탈락률을 고려하여 130명을 대상으로 수집하였고 결측자료가 없어 모두 분석에 활용하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 성별, 연령, 환자와의 관계, 교육정도, 간병 참여자수, 가구 월소득 6문항, 암환자 관련 특성으로 성별, 연령, 진단명 3문항, 총 9문항으로 구성되었다.

2.3.2 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 한국노동연구원[23]에서 개발한 단일문항 도구로, 대상자가 스스로의 건강상태에 대해 어떻게 생각하는지에 대해 묻는 5점 Likert 척도를 이용하였다. ‘매우 나쁨’이 1점, ‘나쁜 편’이 2점, ‘보통’이 3점, ‘좋은 편’이 4점, ‘매우 좋음’이 5점으로 점수가 높을수록 건강상태가 좋음을 의미한다.

2.3.3 건강정보이해력

본 연구에서는 암환자를 돌보는 가족원의 건강정보이해력을 평가하기 위한 도구로 Yuen 등[13]이 개발한 The Health Literacy of Caregivers Scale-Cancer (HLCS-C)를 원저자에게 사용 승인을 받은 후 Waltz 등[24]이 제시한 이중 번역 방법을 적용하여 확정된 한국어문항을 G대학교병원 암병동 수간호사 1명과 5년 이상 경력간호사 3명, 암환자를 돌보는 가족원인 남녀 배우자 각 2명, 간호학과 교수 2명에게 내용타당도를 검증받았다.

이 도구는 총 46문항으로 구성되어 있으며, 하위영역으로 자발성과 결정(4문항), 암과 암 관리에 대한 충분한 정보(4문항), 의료인 지지(5문항), 사회적 지지(4문항), 환자와의 암 관련 의사소통(4문항), 환자의 요구와 선호도의 이해(6문항), 자가간호(5문항), 의료서비스의 이해(6문항), 건강정보의 가치(4문항), 의료인과의 적극적 관계(4문항)가 포함된다. 각 문항은 4점 Likert 척도이며, “전혀 그렇지 않다” 1점부터 “매우 그렇다” 4점으로 구성되어 있고, 점수 범위는 최저 46점에서 최고 184점이며, 점수가 높을수록 건강정보이해력이 높은 것을 의미한다. 원 도구 개발 시 신뢰도는 Cronbach’s α =.94이었고, 본 연구에서는 Cronbach’s α =.96이었다.

2.3.4 사회적 지지

지각된 사회적 지지를 측정하기 위해 Zimet 등[25]이 개발한 The Multidimensional Scale of Perceived Social Support를 이영선[26]이 번역 수정 보완한 도구를 사용하였다. 본 도구는 총 12문항으로 구성되어 있으며, 가족으로부터 받는 지지(4문항), 의미 있는 타자로부터 받는 지지(4문항) 및 친구로부터 받는 지지(4문항)가 포함된다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점부터 “매우 그렇다” 5점으로 구성되어 있고, 점수 범위는 최저 12점에서 최고 60점이며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높은 것을 의미한다. 이영선[26]의 연구에서 도구

의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.94$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.96$ 이었다.

2.3.5 돌봄부담

암환자를 돌보는 가족원의 돌봄부담을 측정하기 위해 Given 등[27]이 개발한 The Caregiver Reaction Assessment (CRA) 도구를 이영선 등[28]이 번역하여 수정 보완한 한국형 돌봄 경험 평가도구를 사용하였다. 본 도구는 총 24문항으로, 돌봄제공자가 환자를 돌보면서 겪는 경험을 자기효능감, 생활패턴 변화, 가족의 협조 부족, 경제적 부담, 신체적 부담의 5개 차원이 포함된다. 각 문항은 5점 Likert 척도인 “전혀 그렇지 않다” 1점부터 “매우 그렇다” 5점으로 측정하도록 구성되었다. 평점평균으로 계산하여 점수가 높을수록 돌봄부담감이 높은 것

을 의미한다. 이영선 등[28]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.84$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.77$ 이었다.

2.4 자료수집방법

본 연구를 위해 경상남도 J시에 소재한 900병상의 3차 종합병원인 G대학교병원의 생명윤리심의위원회 심의를 거쳐 승인(GIRB 2018-05-021)을 받은 후 진행하였다.

대상자 모집은 게시판 등에 연구 관련 공고문을 붙여 대상자가 자율적으로 연구에 참여할 수 있도록 하였으며, 연구에 대해 설명한 후 동의한 사람을 대상으로 하였다. 연구자가 연구대상자에게 연구의 목적, 익명성, 비밀유지, 설문지를 통한 자료 수집에 대해 설명하고 연구 참여에 동의한 대상자들은 서면동의서를 작성하였다. 설문지

Table 1. Difference in Perceived Health Status, Health Literacy, Social Support and Caregiver Reaction according to General Characteristics (N=130)

Variables	Categories	n(%)	Perceived Health Status		Health Literacy		Social Support		Caregiver Reaction	
			M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)	M±SD	t/F(p)
Gender	Men	35(26.9)	2.91±0.95	1.951	125.29±26.90	0.784	44.23±12.15	-0.718	69.03±9.52	-2.392
	Women	95(73.1)	2.61±0.72	(.053)	121.52±15.26	(.437)	45.73±9.91	(.474)	73.98±10.79	(.018)
Age(yr)	20~29 ^a	10(7.7)	3.20±0.63	4.357	138.80±32.91	1.951	53.90±6.92	2.608	63.40±7.25	4.960
	30~39 ^b	17(13.1)	2.94±0.43	(.001)	120.53±9.64	(.091)	47.59±8.40	(.028)*	71.18±8.37	(<.001)
	40~49 ^c	33(25.4)	2.91±0.68	e<a, c	124.12±16.40		45.97±8.79		69.03±11.10	e>a, c
	50~59 ^d	31(23.8)	2.68±0.79		121.48±16.77		43.58±11.05		74.35±11.18	
	60~69 ^e	28(21.5)	2.21±0.83		128.29±22.09		41.50±12.23		79.18±9.44	
	≥70 ^f	11(8.5)	2.45±1.04		119.82±14.13		46.73±11.03		71.82±7.15	
Relation with patient	Spouse ^a	56(43.1)	2.50±0.87	2.370	120.13±20.63	1.671	42.57±12.56	1.497	77.39±10.59	4.145
	Children ^b	43(33.1)	2.81±0.55	(.038)*	125.02±19.00	(.134)	47.84±8.42	(.184)	68.53±9.31	(.001)
	Parents ^c	10(7.7)	2.50±0.71		123.80±13.05		46.66±7.78		70.80±5.33	a>b
	Brothers ^d	9(6.9)	3.42±1.00		137.50±16.15		50.08±8.22		68.50±12.81	
	Others ^e	12(9.3)	2.75±0.93		118.13±13.61		43.94±8.67		71.50±9.22	
Education	Illiteracy ^a	2(1.5)	2.50±0.71	4.536	122.00±14.14	2.957	40.50±10.61	1.697	74.00±7.07	1.565
	Primary ^b	12(9.2)	1.92±0.52	(.002)	109.33±17.14	(.023)	42.83±11.49	(.155)	76.33±9.37	(.188)
	Junior high ^c	15(11.5)	2.60±0.99	b<d,e	116.67±21.36	b<e	40.53±13.05		75.93±8.73	
	Above high school ^d	58(44.6)	2.69±0.84		122.50±15.15		45.38±5.98		73.12±11.32	
	College or higher ^e	43(33.1)	2.95±0.68		128.33±21.77		47.84±9.70		69.77±10.43	
Number of Caregivers	Personally ^a	57(43.8)	2.53±0.91	1.874	119.56±22.07	0.706	42.02±12.34	3.266	76.32±11.34	4.281
	2 ^b	39(30.0)	2.79±0.62	(.119)	123.64±18.51	(.589)	47.97±8.38	(.014)*	71.49±9.62	(.003)
	3 ^c	18(13.8)	3.00±0.69		126.33±16.52		45.72±9.44		66.89±9.07	a>c
	4 ^d	10(7.7)	2.50±0.53		125.30±7.73		48.50±4.04		71.00±6.62	
	≥5 ^e	6(4.6)	3.00±1.10		127.50±8.41		53.00±4.38		65.33±8.62	
Monthly income (10,000 won)	<100 ^a	24(18.8)	2.25±0.68	4.637	117.58±19.07	2.094	42.58±10.95	2.452	76.04±10.44	4.081
	100~200 ^b	15(11.7)	2.20±0.94	(.001)	111.60±22.33	(.071)	39.80±14.76	(.037)*	78.07±9.46	(.002)
	200~300 ^c	19(14.8)	2.95±0.97	a,b<f	128.58±14.47		47.37±6.95		74.79±9.97	b>f
	300~400 ^d	22(15.6)	2.70±0.80		123.00±12.47		47.10±8.78		74.08±7.54	
	400~500 ^e	16(12.5)	2.81±0.54		127.38±27.29		50.94±6.49		69.06±9.89	
	≥500 ^f	34(26.6)	3.00±0.60		125.21±17.28		44.59±11.12		67.47±10.92	

* Scheffé test 결과 항목 간 유의한 차이 없음

작성시간은 15~20분이었으며, 설문지를 완료하면 연구자가 직접 수거하였다.

2.5 자료분석방법

자료의 통계적 분석을 위해 SPSS/WIN 23.0을 이용하였으며, 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 가. 암환자와 그 가족원의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 나. 대상자의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담 정도는 평균, 평균평점, 표준편차로 분석하였다.
- 다. 대상자의 일반적 특성에 따른 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담 정도의 차이는 independent t-test, one-way ANOVA로 분석하고 사후분석은 Scheffé test를 이용하였다.
- 라. 대상자의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.
- 마. 대상자의 돌봄부담에 영향 미치는 요인을 파악하기 위하여 대상자의 특성, 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지 등 주요 변인에 대해 입력방법의 다중회귀분석(enter multiple regression analysis)을 실시하였다.

3. 연구 결과

3.1 대상자의 일반적 특성

대상자는 총 130명으로 남자는 26.9%, 여자는 73.1%였다. 연령은 평균 51.13±13.62세이었다. 환자와의 관계는 배우자가 43.1%, 자녀가 33.1% 순이었다. 교육 수준은 고등학교 졸업이 44.6%였고 대학교 졸업 이상이 33.1%였다. 간병참여 가족 수는 본인만 43.8%, 2명이 30.0%, 3명이 13.8% 순이었다. 가구 월평균 소득은 평균 383.51±733.9만원이었다(Table 1 참고).

대상자가 돌보고 있는 암환자의 성별은 남자가 69.2%였고, 연령은 평균 60.85±17.00세였으며, 진단명은 혈액암이 37.7%, 폐암 17.7% 순이었다(Table 2 참고).

3.2 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담

대상자의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담 정도에 대한 결과는 Table 3과 같다. 대상자의 주관적 건강상태는 평균점수 2.69±0.80점으로, 좋다 53.1%, 아주 좋다 29.2%, 조금 나쁘다 9.2% 순으로 나타났다.

건강정보이해력은 평균 122.53±19.06점이었으며 하위영역별로 100점 환산 시 사회적 지지 74.19±17.50점, 환자의 요구와 선호도 이해 71.04±11.21점, 의료인과의 적극적인 관계 68.63±12.75점 순으로 나타났다.

사회적 지지는 평균 45.32±10.53점이었고 하위영역별로 100점 환산 시 가족지지는 79.10±18.85점, 의미 있는 타자는 74.60±18.50, 친구는 72.90±20.15점 순이었다.

Table 2. Differences in Perceived Health Status, Health Literacy, Social Support and Caregiver Reaction according to Patient Characteristics (N=130)

Variables	Categories	n(%)	Perceived Health Status		Health Literacy		Social Support		Caregiver Reaction	
			M±SD	t/F(p) Scheffé	M±SD	t/F(p) Scheffé	M±SD	t/F(p) Scheffé	M±SD	t/F(p) Scheffé
Gender	Men	90(69.2)	2.56±0.82	-3.334	119.74±18.78	-2.553	45.02±.11	-0.524	74.14±10.71	2.451
	Women	40(30.8)	3.00±0.64	(.001)	128.80±18.41	(.012)	46.00±9.19	(.602)	69.28±9.84	(.016)
Age(yr)	<20	7(5.4)	2.86±0.69	0.528	121.29±12.91	0.854	48.00±9.04	0.670	67.86±9.12	1.677
	20~29	2(2.1)	3.00±0.00	(.812)	131.50±0.71	(.710)	47.50±4.95	(.697)	72.00±1.41	(.121)
	30~39	3(2.3)	3.00±1.00		133.33±17.62		47.00±8.54		67.33±9.61	
	40~49	9(6.9)	2.67±1.12		131.00±23.80		39.56±14.35		75.33±11.99	
	50~59	26(20.2)	2.81±0.80		124.31±25.49		45.31±11.62		74.04±11.74	
	60~69	31(23.8)	2.55±0.81		119.74±22.09		45.71±10.28		76.84±10.57	
Cancer type	≥70	52(40.0)	2.815±1.03		122.62±12.12		47.63±8.41		69.62±10.2	
	Blood	49(37.7)	2.51±0.79	1.103	123.61±19.99	1.424	44.98±10.70	1.816	71.37±9.42	1.756
	Lung	23(17.7)	2.83±0.83	(.365)	116.83±19.20	(.202)	47.35±7.95	(.090)	70.65±9.45	(.102)
	Liver	14(10.8)	2.50±0.76		114.64±13.35		38.29±13.47		80.00±12.25	
	Others	44(33.8)	2.91±0.80		127.93±16.61		65.85±6.07		72.29±10.94	

돌봄부담 정도는 평균 72.65±10.66점으로 나타났으며, 하위영역별로 100점 환산 시 일정에 미치는 영향 65.68±17.32점, 가족경제에 미치는 영향 65.63±12.20점, 자존감에 미치는 영향 60.27±19.40점 순이었다.

3.3 일반적 특성 및 환자의 특성에 따른 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담의 차이

대상자의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담 정도에 대한 결과는 Table 1, Table 2와 같다.

암환자를 돌보는 가족원의 주관적 건강상태에 차이를 보인 변수는 대상자 연령, 환자와의 관계, 교육수준, 월평균 소득이었으며 환자의 성별에서 유의한 차이를 나타냈다. 사후분석 결과 연령이 60~69세인 그룹보다 20~29세, 40~49세인 그룹에서(F=4.357, p=.001), 교육 수준에서 초등학교 졸업 그룹보다 고등학교, 대학교 졸업 이상인 그

룹이(F=4.536, p=.002), 월 평균 소득이 100만원 미만이나 100~200만원보다 500만원 이상인 그룹이(F=4.637, p=.001) 주관적 건강상태가 높게 나타났다. 환자와의 관계는 사후분석 결과 유의하지 않았다.

암환자를 돌보는 가족원의 건강정보이해력에 차이를 보인 변수는 교육수준과 환자의 성별이었다. 사후분석 결과 교육수준이 초등학교 졸업보다 대학교 졸업 이상에서 높게 나타났다(F=2.957, p=.023).

사회적 지지에 차이를 보인 변수는 가족원의 연령, 간병참여 가족 수, 월평균 소득으로 나타났으나, 사후분석 결과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

돌봄부담에 차이를 보인 변수는 가족원의 성별, 연령, 환자와의 관계, 간병 참여 가족 수, 월평균 소득, 환자의 성별이었다.

사후분석 결과 20~29세, 40~49세 그룹보다 60~69세인 그룹이(F=4.960, p<.001), 환자와의 관계가 자녀보다 배우자가(F=4.145, p=.001), 간병인 참여수가 3명보다 본인인 경우(F=4.281, p=.003), 월평균 소득이 500만원 이상보

Table 3. Differences in Perceived Health Status, Health Literacy, Social Support and Caregiver Reaction according to Patient Characteristics (N=130)

Variables	Items	Range	M±SD	M±SD (out of 100)
Perceived Health Status	1	1-5	2.69±0.80	53.80±16.00
Health Literacy	46	46-184	122.53±19.06	66.59±10.36
Proactivity and determination	4	4-16	10.26±2.24	64.13±14.00
Adequate information and cancer and cancer management	4	4-16	9.75±2.18	60.94±13.63
Supported by Healthcare Providers	5	5-20	13.25±2.72	66.25±13.60
Social support	4	4-16	11.87±2.80	74.19±11.21
Cancer-related communication with the care recipient	4	4-16	10.72±2.16	67.00±13.50
Understanding care recipient needs and preference	6	6-24	17.05±2.69	71.04±11.21
Self-care	5	5-20	11.88±2.52	59.40±12.60
Understanding the healthcare providers	6	6-24	16.37±3.15	68.21±13.13
Capacity to process health information	4	4-16	10.32±2.20	64.50±13.75
Engagement with healthcare providers	4	4-16	10.98±2.04	68.63±12.75
Social support	12	12-60	45.32±10.53	75.53±17.55
Family	4	4-20	15.82±3.77	79.10±18.85
Significant others	4	4-20	14.92±3.70	74.60±18.50
Friends	4	4-20	14.58±4.03	72.90±20.15
Caregiver reaction	24	24-120	72.65±10.66	60.54±8.88
Disrupted schedule	5	5-25	16.42±4.33	65.68±17.32
Financial problems	7	7-35	22.97±4.27	65.63±12.20
Lack of family support	5	5-25	12.16±3.91	48.64±15.64
Health problems	4	4-20	11.89±3.58	59.45±17.90
Caregiver self-esteem	3	3-15	9.04±2.91	60.27±19.40

다 100만원 이상~ 200만원 미만인 사람에서($F=4.081, p=.002$) 높게 나타났다.

3.4 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지, 돌봄부담 간의 관계

대상자의 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지 및 돌봄부담과의 상관관계분석 결과는 아래 Table 4와 같다.

대상자의 건강정보이해력은 주관적 건강상태($r=.280, p=.001$) 및 사회적 지지($r=.358, p<.001$)와 유의한 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

대상자의 사회적 지지는 주관적 건강상태($r=.194, p=.025$)와 정적 상관관계를 보이는 것으로 나타났다.

대상자의 돌봄부담은 주관적 건강상태($r=-.400, p<.001$), 건강정보이해력($r=-.177, p=.044$), 사회적 지지($r=-.256, p=.003$)에서 모두 유의한 부적 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 건강정보이해력의 하위영역에서 암과 암 관리에 대한 충분한 정보 건강정보이해력($r=-.188, p=.033$), 자가간호 건강정보이해력($r=-.411, p<.001$)에서 부적 상관관계가 있었다.

Table 4. Correlation among Health Status, Health Literacy, Social Support and Caregiver Reaction (N=130)

Variable	Health Status	Healthy Literacy	Social Support	Caregiver Reaction
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
Health Status	1			
Healthy Literacy	.280 (.001)	1		
Social Support	.197 (.025)	.358 (<.001)	1	
Caregiver Reaction	-.400 (<.001)	-.177 (.044)	-.256 (.003)	1

3.5 돌봄부담에 영향을 미치는 변인들의 영향력 분석

대상자의 돌봄부담에 영향을 미치는 변인들의 영향력 분석한 결과는 Table 5와 같다.

돌봄부담에 유의한 차이를 보인 대상자와 환자의 성별, 대상자의 연령, 환자와의 관계, 간병인 참여 가족 수,

월평균 소득, 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지를 투입하여 다중회귀분석을 실시하였다. 변수 중 명목변수인 환자의 성별, 환자와의 관계는 더미변수로 처리하여 분석하였다. 분석 전 오차항들간 자기상관이 있는지 알아보기 위하여 Durbin-Watson 통계량을 구한 결과 2.037로 2근방의 값으로 나타나 오차항들간의 자기상관은 없는 것으로 확인되었다.

표준화 잔차를 구한 결과 하나의 케이스를 제외하고는 모두 ± 3 이내의 값으로 나타나 오차항의 분포를 정규분포로 가정할 수 있었다. 독립변수들간 다중공선성(multicollinearity)이 있는지 알아보기 위하여 공차한계(tolerance limit)와 VIF (Variance Inflation Factor, VIF)를 구한 결과 공차한계는 0.304~0.833으로 .10이상의 값으로 나타났으며, VIF는 1.200~3.291로 10이하의 값으로 나타나 독립변수들간 다중공선성은 발생하지 않은 것으로 상정하였다.

회귀분석 결과 환자와의 관계가 배우자일 때($\beta=.252, p=.002$), 주관적 건강상태($\beta=-.207, p=.012$), 건강정보이해력 하위영역에서 자가간호($\beta=-.411, p<.001$), 의료인과의 적극적 관계($\beta=.247, p=.037$), 환자의 요구와 선호도의 이해($\beta=.268, p=.042$)가 돌봄부담에 유의한 영향요인으로 나타났다. 암환자를 돌보는 가족의 돌봄부담에 가장 큰 영향요인은 자가간호 건강정보이해력이었으며, 환자와의 관계가 배우자 일 때, 주관적 건강상태가 낮을수록, 의료인과의 적극적 관계에 대한 이해가 높을수록, 환자의 요구와 선호도의 이해가 높을수록 가족원의 돌봄부담은 높았다. 본 회귀모형은 유의하게 적합한 것으로 나타났으며($F=5.92, p<.001$) 전체 설명력은 37.9%였다.

4. 논의

본 연구는 암환자를 돌보는 가족원의 건강정보이해력과 지각된 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향을 알아보고자 수행되었다.

본 연구에서 암환자를 돌보는 가족원 중 여성이 73.1%로 가장 많았으며, 이는 Tan[29]의 연구에서 폐암 환자를 돌보는 가족원 중 여성이 65.1%로 나타난 것과 비슷한 비율이다. 이들은 가족의 건강 유지를 위한 일상적 역할뿐 아니라 암환자를 대신해 사회·경제적으로 확대된 역할로 인해 부담을 호소하게 된다[29,30].

본 연구에서 대상자의 주관적 건강상태는 5점 만점 평균 2.69점이었는데, 이는 만성질환자를 돌보는 배우자와의 관계만족의 영향요인에 대한 연구[31]에서 배우자의 주관적 건강상태가 2.81점이었던 것과, 치매 환자 가족원의 자가 건강 평가의 예측요인을 분석한 연구[32]에서 가족원의 자가 건강 평가 점수가 평균 3.03점이었던 것보다 낮은 수준이었다. 이는 암환자 가족원과 치매 환자 가족원의 돌봄 정도를 비교한 Kim[33]의 연구에서 암환자를 돌보는 가족원의 경우 치매 환자의 가족원에 비해 환자 돌봄 기간은 짧았으나 그 밀도가 높아 단위 시간당 돌봄 강도는 유사한 것으로 나타난 결과를 고려할 때, 암환자의 가족원에게는 다른 질병을 가진 환자를 돌보는 가족원과는 차별화된 지지가 필요한 것으로 보인다. 암은 치매나 뇌졸중 등 일반적인 노인성 질환과는 다르게 발병 시기가 이르고 진단부터 완치 판정 이후에도 장기간의 추적 관찰이 요구되며[34], 암환자의 가족원은 환자의 증상관리뿐 아니라 진단 및 치료의 전반적인 단계에 따라 발생할 수 있는 암환자의 심리적인 문제까지 보살펴야 하기 때문에[8], 암의 치료 및 추후 관리 과정에서 암환자와 가족원 모두 에너지가 소진되거나 다른 질병이 발생하지 않도록 세심한 주의를 기울여야 한다.

본 연구에서는 주관적 건강상태와 돌봄부담은 유의한 부적 상관관계를 나타냈다($r=-.400, p<.001$). 폐암환자 배우자의 돌봄 부담에 대한 연구[35]에서 가족원이 경험하는 피로는 환자의 신체적, 정서적 요구를 충족시킬 수 없게 하는 요인이 되며, 환자 역시 고통 받게 된다고

하였다. 가족원은 암환자의 임상 증상을 우선적으로 생각하며 본인의 건강상태 악화를 간과하거나 쉬워 건강관리에 소홀해질 수 있기 때문에 환자의 건강관리를 계획할 때 암환자를 돌보는 가족원을 포함시켜 주관적 건강상태가 향상되면서 돌봄의 부담이 낮아질 수 있도록 해야 할 것이다.

본 연구에서 건강정보이해력은 100점 환산 평균 66.6점이었으며 하위영역 중, 자가간호는 59.4점, 암과 암 관리에 대한 충분한 정보가 60.9점으로 낮았으며 사회적 지지가 74.2점으로 가장 높았다. 같은 도구를 사용한 연구를 찾을 수 없어 직접적인 비교는 어렵지만 본 연구대상자와 비슷한 성별과 연령대인 중년여성을 대상으로 한 강수진 등[36]의 연구에서 건강정보이해력은 75.1점이었으며, 본 연구에서 환자의 나이가 평균 60.9세임을 고려하여 외래진료소를 방문한 노인 환자 가족원을 대상으로 한 Garcia 등[37]의 연구를 살펴보면 건강정보이해력이 83.6점으로 나타나 본 연구대상자보다 상당히 높은 수준이었음을 알 수 있었다. 본 연구에서 건강정보이해력은 암환자를 돌보는 가족원 건강정보에 대한 접근, 이해, 평가 및 사용 능력, 그리고 가족원과 의료제공자와의 상호작용을 통해 최적의 돌봄을 제공할 수 있는 가족원의 능력을 의미한다[38]. 반면 강수진 등[36]의 연구에서 건강정보이해력은 일반적인 건강정보에 대한 이해와 활용에 대한 어려움과 자신감, 타인에 대한 도움 요청 여부에 대한 응답자의 주관적인 평가로 정의되었으며, Garcia 등[37]의 연구에서는 건강정보를 이해할 때 요구되는 읽는

Table 5. Factors Affecting Caregiver Reaction of the Family Caregivers for Persons with Cancer

(N=130)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	85.535			13.992	<.001
Gender (Women)	4.145	2.136	.175	1.940	.055
Age (60~69 years)	-6.051	3.578	-.158	-1.691	.094
Relation with Patient (Spouse)	5.325	1.661	.252	3.207	.002
Number of Caregivers (Personally)	-2.949	2.328	-.127	-1.266	.208
Monthly Income (1000k~2000k won)	1.409	3.298	.044	.427	.670
Perceived Health Status	-2.766	1.085	-.207	-2.550	.012
Health literacy	-.021	.048	-.038	-.440	.661
Self-care	-1.680	.406	-.411	-4.134	<.001
Engagement with healthcare providers	1.265	.598	.247	2.116	.037
Understanding cancer patient needs & preference	1.042	.506	.268	2.059	.042

Adjusted R²=.379, F=5.922, p<.001

능력, 독해력, 수치 이해력에 대한 평가를 뜻하였다. 이처럼 건강정보이해력의 개념과 측정 도구는 다양하며 도구를 구성하는 문항에 대한 차이로 인하여 측정결과가 다양하게 나타난 것으로 보인다.

선행연구[36,37]에서는 건강정보이해력을 측정하기 위해 단순히 읽기, 독해, 이해에 대한 평가 도구를 사용했으나 본 연구에서는 건강정보이해력을 10개의 하위영역으로 구분된 도구를 사용하여 환자에 대한 건강정보뿐 아니라 가족원의 자가관리, 사회적지지, 의료인과의 지지, 환자의 요구에 대한 이해 등 개인의 건강증진 및 유지를 위한 다양한 능력에 대한 개념을 측정하였기에 암환자 가족원이 돌봄에 제공하는 데 있어서 작동할 수 있는 대부분의 영역에 대한 이해를 헤아리고자 한 점에서 기존 도구와 차별된다.

본 연구에서 대상자의 건강정보이해력은 주관적 건강상태와 유의한 정적 상관관계를 나타냈는데($r=.280, p=.001$), 이는 같은 측정도구는 아니지만 60세 이상의 노인 516명을 대상으로 건강정보이해력과 정신건강 및 사회적 지지의 관계를 분석한 최은영 등[39]의 연구에서 건강정보이해력이 높을수록 주관적 정신건강상태가 좋은 것으로 나타난 결과($\beta=.12, p<.01$)와 비슷한 맥락이다. 본 연구에서는 대상자의 우울을 측정하지 않았지만 최은영 등[39]의 연구에서는 건강정보이해력과 우울 사이에서 사회적 지지가 조절 효과가 있는 것으로 나타나, 암환자를 돌보는 가족을 대상으로 우울과 건강정보이해력 및 사회적 지지의 관계를 살펴볼 필요가 있으며, 개인의 건강증진 및 유지를 위한 정보를 쉽게 접할 수 있는 방법과 연령, 이해능력과 상관없이 암환자의 가족원이 제공받았을 때 쉽게 이해할 수 있는 교육프로그램이 요구되며, 프로그램 운영 시에는 환자와 가족원이 까다롭지 않은 절차를 통해 사회적 도움을 받을 수 있는 안내 소책자 등을 통해 지각된 사회적 지지를 높일 필요가 있다.

본 연구에서 지각된 사회적 지지는 100점 환산 시 75.5점으로 나타났고 하위영역 중 가족 지지는 79.1점, 의미 있는 타자는 74.6점, 친구는 72.9점 순이었다. 백혈병 환자의 부모를 대상으로 한 연구[40]에서 지각된 사회적 지지는 평균 74.9점으로 본 연구와 유사한 수준이었다.

Jensen[41]의 연구에서 젊은 성인의 경우 친한 친구나 의미 있는 타자와의 네트워크를 유지하는데 중점을 두지만 나이가 들어감에 따라 가족과 같이 주변에 가장 가까운 사람에게 사회적 지지를 받는다고 하였다. 백혈병 환

아의 부모들의 평균 나이는 33세로 친구나 의미 있는 타자로부터 사회적 지지를 주로 받았으며, 본 연구 대상자의 평균 나이는 51.1세로 가족으로부터 사회적 지지를 주로 받는 것을 알 수 있었다. 이를 통해 암환자를 돌보는 가족원의 연령에 맞는 적절한 사회적 지지를 확인하여 병원 내 사회적 지지를 향상시킬 수 있는 자조그룹의 결성과 의료진의 참여를 통해 암환자의 돌봄에 대한 정확한 정보를 제공받고 정서적인 공감을 통해 암환자의 이해능력을 높이기 위한 접근이 필요한 것으로 보인다.

연구결과 대상자의 돌봄부담은 5점 만점에 평균 3.02점이었고, 하위영역 중 생활패턴 변화가 3.28점으로 가장 높았다. 재가 암환자의 가족보호자를 대상으로 한 선행연구[42]에서 돌봄부담은 평균 2.81점이었고, 하위영역 중 생활패턴 변화가 2.97점으로 가장 높은 것으로 나타나 본 연구결과를 지지하였다. 최근 인구 고령화에 따른 만성질환자의 증가와, 재원일수를 줄여 가정에서의 돌봄을 격려하는 의료정책으로 인해 돌봄 수요는 증가하는 반면, 가구원 수의 감소와 공동체 의식의 약화로 암환자 가족원의 돌봄부담이 더욱 가중되고 있다[8]. 따라서 임상현장에서는 간호 간병 통합서비스의 확대를 통해 가족원들의 돌봄부담을 완화시키고 퇴원 후에는 암환자를 돌보는 가족원들의 적정휴식시간 확보와 사회생활 도모를 위한 방문 간호 등의 제도적 노력이 필요하다.

건강정보이해력의 하위영역 중 자가간호 건강정보이해력은 돌봄부담에 유의한 부적 상관관계를 나타냈다($r=-.411, p<.001$). 김진현[43]의 연구에 따르면 건강정보이해력 수준이 높을수록 건강증진행동이 증가하며, 이는 의료인과의 의사소통을 촉진시켜 진료의 질을 향상시키는 결과를 가져올 수 있다고 하였다. 최근 모바일을 이용한 헬스케어 어플리케이션의 보급이 일반화되어 건강관련 정보 제공과 건강정보 기록, 웨어러블 기기 연동과 같은 형태로 활용되고 있지만 심훈 등[44]은 용이성과 흥미성이 떨어져 그 활용도가 낮다고 지적하였다. 따라서 암환자와 그 가족원의 자가간호 요구도와 선호도를 고려하여 조작법이 단순한 어플리케이션 적용을 통해 암환자와 가족원의 건강증진을 도모하는 것도 한 전략이 될 것이다. 뿐만 아니라 서면으로 된 건강정보지를 제공할 때에는 그림이나 도식이 포함된 자료가 이해하기 쉽고, 시각적 효과에 따른 기억이 강화되어 건강정보이해력을 향상시키는데 도움이 된다고 하였으므로[45], 그림이나 동영상도 포함된 어플리케이션을 개발하여 암환자와 가족원

뿐만 아니라 암에 관심이 있는 사람들이 정보를 공유할 수 있는 웹 또는 모바일 기반 프로그램을 개발하는 것이 중요하다. 문서에 대한 이해능력과 상관없이 누구나 쉽게 이해할 수 있는 그림이나 동영상이 포함된 어플리케이션을 개발하여 시간이나 장소의 제한 없이 필요할 때 볼 수 있으며 일정 시간에는 쌍방향 상담 기능도 가능한 프로그램을 마련할 필요가 있다.

암환자 가족원의 돌봄부담에 영향을 미치는 요인은 환자와의 관계가 배우자일 때, 주관적 건강상태, 건강정보이해력 하위영역 중 자가간호, 의료인과의 적극적 관계, 환자의 요구와 선호도의 이해였으며 이 중 가장 큰 영향요인은 자가간호 건강정보이해력($\beta=-.411, p<.001$)이었다.

Hyde 등[46]에 의하면 암환자의 배우자는 가족원으로서의 역할뿐 아니라 이전에 환자가 맡고 있던 역할을 대신 해야 하며, 여성 배우자의 경우 환자의 암 치료가 효과적이고 암 특유의 고통에서 환자가 좋아졌다고 표현했음에도 불구하고 2년 동안 돌봄에 대한 부담감은 감소하지 않았으며 오히려 시간이 지날수록 환자의 암 재발에 대한 불안 증가로 인해 부담감이 커질 수 있다. 남성 배우자의 경우 가사 일에 대한 경험이 적어 돌봄에 대한 부담감과 함께 좌절감을 느끼며 암환자 돌봄의 복잡성과 가족 책임이 더해져 환자에서 더 나은 보살핌을 제공하지 못했다는 죄책감을 느끼며 그로 인한 돌봄부담이 증가한다고도 하였다[47]. 하지만 배우자의 존재만으로 암환자와 다른 가족원을 돌보면서 발생할 수 있는 심리적, 신체적, 물질적 부담에 대해 함께 이야기 할 수 있는 중요한 지지체계로 서로 기능할 수 있는 긍정적 측면도 있다[48]. 이러한 선행연구 결과를 토대로 배우자 간의 특별한 관계성을 고려하여 암환자 가족 부부가 함께 경험하는 질병과정과 일상적 갈등에 대한 상담 및 의사소통 훈련 기회를 제공한다면 배우자간의 지지체계를 강화할 수 있을 것이다.

암환자 가족원의 건강정보이해력의 하위영역 중 하나인 ‘의료인과의 적극적 관계’는 의료인과 상호작용하고 정보를 얻기 위해 질문을 하는 가족의 인지적, 사회적 능력뿐만 아니라 건강에 대한 다양한 전략을 수행하는 의료인을 적어도 한 명 이상 두고 있는 것을 말한다[38]. Ploeg 등[49]의 연구에서는 만성질환의 치료과정에서 목표 설정 및 관리 계획에 환자와 가족의 참여 정도에 따라 의료서비스 제공의 차이가 있었다고 하였다. 그러나 시

간에 쫓기는 의료인에게 가족들은 질문할 기회를 얻기 힘들고 이 과정에서 실망감과 무력감을 느낀다고 표현하였다[49]. Xie 등 [50]의 연구에서 암환자의 가족원은 의료인으로부터 다양한 정보를 받길 원하지만 결과적으로 전달받은 정보는 언제나 부족함을 호소하고 정보 간의 불일치가 발생하였으며 의료인과의 적극적인 관계를 통해 진단, 치료계획에 관련된 정보와 함께 지역사회의 제도나 사회심리적인 부분에 대한 정보의 요구도가 높고 언제 어디서나 수월한 접근성을 바라는 것으로 나타났다. 이처럼 암환자와 가족원은 의료인과의 적극적인 관계를 유지하기 위해 환자를 돌보는 시간 외에 다른 시간을 이용하여 환자의 진단 및 치료 과정 부분에 대해 개인적으로 정보를 찾아보며 의료인과의 적극적인 자세를 취하게 되면서, 암환자 돌봄뿐 아니라 의료인과의 관계 유지를 위한 부담도 추가로 발생하게 된다고 볼 수 있다. 따라서 의료인은 환자와 가족원이 정보를 공유할 수 있는 기회를 제공함으로써 모두가 동의하는 목표를 설정하여 가족원이 건강관리 정보의 이해와 결정에 어려움을 느끼지 않도록 진단 단계부터 모든 치료과정에 가족원이 참여할 수 있는 정기적인 상담창구를 마련할 필요가 있다.

본 연구에서 자가간호 건강정보이해력은 돌봄부담에 가장 큰 영향요인이었다. 자가간호 건강정보이해력은 돌봄을 제공하는 동안 가족의 건강 및 복지 관리에 적극적인 참여를 이야기하며 암환자를 돌보는 가족은 환자의 건강뿐만 아니라 자신의 건강상태도 돌봐야 하며 이를 위해 스스로 시간을 내야하는 것을 의미한다[38]. Dionne-Odom[51]의 연구에서 암환자를 돌보는 가족원이 자신의 건강이나 스트레스 관리를 잘 하지 못하면 돌봄제공자로서의 준비도 불충분하게 되어 자신뿐 아니라 환자의 건강관리도 비효율적으로 이루어지는 악순환에 빠지게 되므로 가족원의 자가간호에 대한 정보와 피드백 제공에 우선순위를 뒤야 할 것이다.

본 연구는 일개 병원의 암환자의 가족원을 대상으로 시행하였기에 일반화하기에는 제한이 있다. 하지만 암환자 가족원의 주관적 건강상태, 건강정보이해력 및 돌봄부담간의 관계와 영향을 확인하여 암환자 가족원의 돌봄부담을 최소화할 수 있도록 병원 및 지역사회에서 지원체계를 개발할 수 있도록 기초자료를 제공하는데 의의가 있다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 암환자를 돌보는 가족을 대상으로 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향을 확인하고자 시행하였다. 그 결과 돌봄부담에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강상태, 건강정보이해력, 사회적 지지로 나타났으며, 이에 영향을 미치는 요인은 환자와의 관계가 배우자일 때, 주관적 건강상태, 건강정보이해력 하위영역 중 자가간호, 의료인과의 적극적인 관계, 환자의 요구도와 선호도의 이해였으며 설명력은 약 37.9%였다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

1. 본 연구는 경남지역의 일개 대학병원에 내원하는 암환자를 대상으로 편의 표출하여 시행하였으므로 추후 지역별 차이를 반영하여 대상자를 확대한 후속연구가 필요하다.
2. 본 연구에서의 종속변수 외에 돌봄부담에 영향을 주는 우울 등의 심리사회적 변수를 포함하여 그 영향력을 확인하는 연구를 제언한다.
3. 본 연구결과를 바탕으로 암환자를 돌보는 가족원의 돌봄부담을 감소시키기 위해 건강정보이해력을 향상시킬 수 있는 전략을 포함하여 개별화된 암 관리 간호중재 프로그램을 개발 및 적용하는 연구가 진행되어야 할 것이다.

REFERENCES

- [1] Korean Statistical Information Service. (2016). *Cancer statistics*. Statistics Korea.
http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=D#SubContont
- [2] National Cancer Information Center. (2017). *5 year relative survival rate*.
<https://www.cancer.go.kr/lay1/S1T648C650/contents.do>
- [3] K. E. Lee & Y. G. Son. (2016). Research Trends of Quality of Life after Gastrectomy among Gastric Cancer Patients in Korea. *Asian Oncology Nursing*, 16(2), 55-66.
DOI: 10.5388/aon.2016.16.2.59
- [4] Q. P. Li, Y. W. Mak & A. Y. Loke. (2013). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 60(2), 178-187.
DOI: 10.1111/inr.12000
- [5] Y. S. Choi, J. H. Bae, N. H. Kim & Y. S. Tae. (2016). Factors Influencing Burden among Family Caregivers of Elderly Cancer Patients. *Asian Oncology Nursing*, 16(1), 20-29.
DOI: 10.5388/aon.2016.16.1.20
- [6] E. Y. Yang & Y. A. Kim. (2015). Burden and Quality of Life in Terminal Cancer Patient's Family Caregivers in the area of Jellanam-do. *Journal of the Korea Academia-Industrial*, 16(6), 3954-3962.
DOI: 10.5762/KAIS.2015.16.6.3954
- [7] Y. S. Lee. (2009). A study of effect on quality of life of cancer patient's caregiver: focusing on the mediating effect of feeling of burden and growth. *Korean Journal of Social Welfare*, 61(2), 325-348.
- [8] Y. M. Kim, C. S. Carver, K. M. Shaffer, T. Gansler & R. S. Cannady. (2015). Cancer caregiving predicts physical impairments: roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. *Cancer*, 121(2), 302-310. DOI: 10.1002/cncr.29040
- [9] D. Y. Yang, H. L. Kim, E. S. Kang, D. E. Kim, E. Y. Bae & J. H. Kim. (2017). Pattern and determinants of catastrophic health expenditure in the households with cancer patients. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 23(1), 53-70.
- [10] M. J. Hong, Y. S. Tae & M. Y. Noh. (2012). Relationships between Stress, Ways of Coping and Burnout of Family Caregivers of Cancer Patients. *Asian Oncology Nursing*, 12(1), 92-99.
DOI: 10.5388/aon.2012.12.1.92
- [11] H. Ishikawa, T. Takeuchi & E. Yano. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
DOI: 10.2377/dc07-1932
- [12] Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2018). *Healthy People 2020 Consortium*.
<https://www.healthypeople.gov/>
- [13] E. Yeun et al. (2018). Measuring cancer caregiver health literacy: Validation of the Health Literacy of Caregivers Scale - Cancer (HLCS - C) in an Australian population. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 330-344.
DOI: 10.1111/hsc.12524
- [14] T. T. A. Ranhman. (2014). Health literacy: prevalence among elderly care givers and its impact on the frequency of elderly hospitalization and elderly health related quality of life. *Advances in Aging Research*, 3(5), 380-387.
DOI: 10.4236/aar.2014.35048

- [15] E. Y. Yeun, T. Knight, L. A. Ricciardelli & S. Burney. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 191-206.
DOI: 10.1111/hsc.12368
- [16] Y. Tang. (2008). Social support of elderly caregivers. *International Journal of Business and Management*, 3(8), 81-84.
DOI: 10.5539/ijbm.v3n8p81
- [17] E. Noohi, H. Peyrovi, Z. I. Goghary & M. Kazemi. (2016). Perception of social support among family caregivers of vegetative patients: A qualitative study. *Consciousness and Cognition*, 41, 150-158.
DOI: 10.1016/j.concog.2016.02.015
- [18] K. L. Siedlecki, T. A. Salthouse, S. Oishi & S. Jeswani. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research*, 117(2), 561-576.
DOI: 10.1007/s11205-013-0361-4
- [19] I. J. Lee & M. Y. Kim. (2012). The moderating effects of social support on the relationship between care burden and marital adjustment in cancer patients' spouse. *Korean Journal of Social Welfare studies*, 43(3), 125-150.
- [20] C. C. Hendrix et al. (2016). Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 327-336.
DOI: 10.1007/s00520-015-2797-3
- [21] Z. K. Nejad, A. M. Adhdam, H. Hassankhani & Z. Sanaat. (2016). The effects of patient-caregiver education and follow-up program on the breast cancer caregiver strain index. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(3), e21627.
DOI: 10.5812/ircmj.21627
- [22] F. Faul, E. Erdfelder, A. Buchner & A. G. Lang. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
DOI: 10.3578/bm.41.4.1149
- [23] Korea Labor Institute. (2008). <https://www.kli.re.kr/kli/index.do>
- [24] C. Walts, O. L. Strickland & E. Lenz. (2010). *Measurement in nursing and health research*. New York : Springer Publishing Company.
- [25] G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet & G. K. Farley. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2
- [26] Y. S. Lee. (2009). *A Study of Effect on Quality of life of Cancer patient's Caregiver: Focusing on the Mediating effect of Feeling of burden and Growth*. Doctoral dissertation, Ewha Women University, Seoul.
- [27] B. A. Given, C. W. Given & S. Kozachik. (2010). Family support in advanced cancer. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213-231.
DOI: 10.3322/canjclin.51.4.213
- [28] Y. S. Rhee, I. Y. Han, I. J. Lee & E. J. Nam. (2009). Cross Cultural Validation of the Caregiver Reaction Assessment (CRA) for Cancer Patient's Caregiver. *Korean Journal of Health Promotion and Diseases Prevention*, 29(3), 189-198.
- [29] J. Y. Tan, A. Molassiotis, M. Lloyd Williams & J. Yorke. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12691.
DOI : 10.1111/ecc.12691
- [30] J. Y. Lee, H. K. Chang. (2018). Factors influencing family caregivers' self-management of acute stroke survivors. *Korean Journal of Adult Nursing*, 30(6), 669-380.
DOI: 10.7475/kjan.2018.30.6.669
- [31] J. K. Monin, B. Levy, M. Doyle, R. Schulz & T. Kershaw. (2017). The impact of both spousal caregivers' and care recipients' health on relationship satisfaction in the caregiver health effects study. *Journal of Health Psychology*, 1359105317699682.
DOI : 10.1177/1359105317699682
- [32] I. Abdollahpour, S. Nedjat, M. Noroozian, Y. Salimi & Majdzadeh, R. (2014). Caregiver burden: the strongest predictor of self-rated health in caregivers of patients with dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27(3), 172-180.
DOI : 10.1177/0891988714524627
- [33] Y. KIM & R. Schulz. (2008). Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503.
DOI : 10.1177/0898264308317533
- [34] Asian Oncology Nursing. (2018). *Oncology Nursing: Treatment and Care 3rd edition*. Seoul: Fomurse
- [35] K. Milbury, H. Badr, F. Fossella, K. M. Pisters & C. L. Carmack. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in*

- Cancer*, 21(9), 2371-2379.
DOI : 10.1007/s00520-013-1795-6S.
- [36] S. J. Kang, T. W. Lee, G. S. Kim & J. H. Lee. (2012). The levels of health literacy and related factors among middle-aged adults in Seoul, Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 29(3), 75-89.
- [37] C. H. Garcia, S. E. Espinoza, M. Lichtenstein & H. P. Hazuda. (2013). Health literacy associations between Hispanic elderly patients and their caregivers. *Journal of health communication*, 18(sup1), 256-272.
DOI :10.1080/10810730.2013.829135
- [38] E. Y. Yuen, T. Knight, S. Dodson, L. Ricciardelli, S. Burney & P. M. Livingston. (2014). Development of the Health Literacy of Caregivers Scale-Cancer (HLCS-C): item generation and content validity testing. *BMC Family Practice*, 15(1), 202.
DOI : 10.1186/s12875-014-0202-9
- [39] E. Y. Choi et al. (2017). The Relationship between Health Literacy and Mental Health of Older Adults: Focusing on the Moderating Effect of Social Support. *Korean Journal of Gerontological Social*, 72(3), 251-282.
- [40] D. Demirtepe-Saygılı & Ö. Bozo. (2011). Perceived social support as a moderator of the relationship between caregiver well-being indicators and psychological symptoms. *Journal of Health Psychology*, 16(7), 1091-1100.
DOI : 10.1177/1359105311399486
- [41] M. P. Jensen, A. E. Smith, C. H. Bombardier, K. M. Yorkston, J. Miró & I. R. Molton. (2014). Social support, depression, and physical disability: age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal*, 7(2), 164-172.
DOI : 10.1016/j.dhjo.2013.11.001
- [42] K. H. Kim & Y. S. Shin. (2017). The Effect of Caregiver Reaction on Psychological Well-being among Family Caregivers of Cancer Patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 29(6), 647-656.
- [43] J. H. Kim. (2018). Meta analysis of the correlation between health literacy and health related variables. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 35(1), 101-113.
- [44] H. Shim, Y. J. Kim & M. J. Park. (2016). Differences on satisfaction of healthcare applications by smartphone users's characteristics. *Journal of the Korea Academia-Industrial*, 17(7), 410-419.
- [45] S. H. Kim. (2010). Older adults' self-reported difficulty in understanding and utilizing health information. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(4), 1281-1292.
- [46] M. K. Hyde et al. (2018). Predictors of long-term distress in female partners of men diagnosed with prostate cancer. *Psycho-oncology*, 27(3), 946-954.
DOI : 10/1002/pon34617
- [47] W. Duggleby, H. Doell, D. Cooper, R. Thomas & S. Ghosh. (2014). The quality of life of male spouses of women with breast cancer: Hope, self-efficacy, and perceptions of guilt. *Cancer Nursing*, 37, E28-E35.
DOI : 10.1097/NCC.0b13e318027ca807
- [48] I. J. Lee. (2018). Predictors on the Health-Related Quality of Life in Families with Cancer Survivor: Focusing on the Comparison with Families of Cancer Patient Receiving Treatment. *Journal of the Korea Convergence Society*, 9(11), 443-454.
DOI : 10.15207/JKCS.2018.9.211.443
- [49] J. Ploeg et al. (2017). Managing multiple chronic conditions in the community: a Canadian qualitative study of the experiences of older adults, family caregivers and healthcare providers. *BMC Geriatrics*, 17(1), 40.
DOI : 10.1186/s12877-017-0431-6
- [50] B. Xie, Z. Su, Y. Liu, M. Wang & M. Zhang. (2015). Health information wanted and obtained from doctors/nurses: a comparison of Chinese cancer patients and family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 23(10), 2873-2880.
DOI : 10.1007/s00520-015-2651-7
- [51] J. N. Dionne-Odom et al. (2017). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Supportive Care in Cancer*, 25(8), 2437-2444.
DOI : 10.1007/s00520-017-3650-7

박 상 언(Park, Sang Un)

[학생회원]

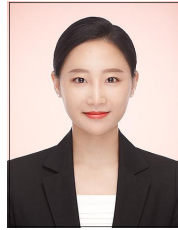


- 2015년 2월 : 한국국제대학교 간호학과(간호학사)
- 2018년 3월 ~ 현재 : 경상대학교 간호학과(간호학 석사과정)
- 2015년 9월 ~ 현재 : 경상대학교 병원 간호사

· 관심분야 : 임상 간호, 암 환자
· E-Mail : tkddjs3@naver.com

길 초 룡(Gil, Cho Rong)

[정회원]



- 2011년 2월 : 진주보건대학교 간호학과(간호학사)
- 2018년 2월 : 경상대학교 간호학과(간호학석사)
- 2018년 3월 ~ 현재 : 경상대학교 간호학과(간호학 박사과정)

· 2018년 7월 ~ 현재 : 경상대학교 건강과학연구원
· 관심분야 : 임상 간호, 노인간호
· E-Mail : saymyname29@naver.com

김 희 진(Kim, Hee Jin)

[학생회원]



- 2015년 2월 : 경상대학교 간호학과(간호학사)
- 2018년 3월 ~ 현재 : 경상대학교 간호학과(간호학 석사과정)
- 2015년 3월 ~ 현재 : 경상대학교 병원 간호사

· 관심분야 : 암 환자 간호, 감염관리
· E-Mail : scml109@naver.com

이 지 연(Lee, Ji Yeon)

[정회원]



- 2012년 2월 : 초당대학교 간호학과(간호학사)
- 2018년 2월 : 경상대학교 간호학과(간호학석사)
- 2018년 3월 ~ 현재 : 경상대학교 간호학과(간호학 박사과정)

· 2012년 2월 ~ 현재 : 성균관대학교 삼성창원병원 간호사
· 관심분야 : 재활간호, 돌봄 제공자 자기관리
· E-Mail : soomi0501@gmail.com

김 점 남(Kim, Geum Nam)

[정회원]



- 2011년 2월 : 경상대학교 간호학과(간호학석사)
- 1988년 8월 ~ 현재 : 경상대학병원 수간호사
- 관심분야 : 암 환자 간호, 간호관리, 노인간호

· E-Mail : gdr597@hanmail.net

장 희 경(Chang, Hee Kyung)

[정회원]



- 1995년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학사)
- 2002년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학석사)
- 2013년 2월 : 서울대학교 간호학과(간호학박사)

· 2013년 9월 ~ 2015년 8월 : 서울여자간호대학교 조교수
· 2015년 9월 ~ 현재 : 경상대학교 간호대학 조교수
· 관심분야 : 노인간호, 재활간호, 스트레스 관리
· E-Mail : hchang@gnu.ac.kr

박 혜 정(Park, Hye Jeong)

[정회원]



- 1991년 2월 : 진주보건대학교 간호학과(간호학사)
- 2006년 8월 : 경상대학교 노사관계학과(노사관계학석사)
- 1995년 5월 ~ 현재 : 경상대학교 병원 수간호사

· 관심분야 : 임상 간호, 암 환자
· E-Mail : dol_3@hanmail.net