호스피스 환자 간병 가족의 우울 수준

원저

김삼철, 정다운, 손효림*

광주 보훈병원 가정의학과

Depression Level among Family Caregivers of Hospice Patients

Sam Cheol Kim, MD, Da Woon Jeoung, MD, Hyo Rim Son, MD*

Department of Family Medicine, Gwangju Veterans Hospital, Gwangju, Korea

Background: It is expected that the number of families who provide caregiving for hospice patients will be increased in this society. Family caregiver will have financial, psychological, social burden and stress related to this responsibility. Hospice patients, facing death, need not only biomedical therapy, but also systematic and continuous treatments such as mental or psycho-social intervention. The purpose of this study was to investigate the family caregiver's depression level and the associated factors.

Methods: The survey was conducted with 62 family caregivers of the hospice patients who had been hospitalized at the Gwangju Veterans Hospital from December 2005 to May 2006. The questionnaire consisted of the general characteristics of the subjects, Beck's depression inventory (BDI) evaluating the depression level and family APGAR score evaluating the family function.

Results: The mean age of the subjects was 58.2 years. The relationship with patients as 'spouse' accounted for 42 individuals (67.7%). The mean ($\pm$ SD) BDI score was 25.3 ($\pm$ 10.1) points and 58 percent of the subjects were suggested to have depression tendency (≥ 21 point). There was no relationship between the caregiver's depression level and their gender, religion, household income and Family APGAR score. However, the depression level was significant related to the total caregiving duration ($P = 0.001$), visiting frequency of visitors ($P = 0.004$) and caregiving hours per day ($P = 0.005$).

Conclusion: More than half of the family caregivers were suggested to have depression tendency. The depression level was influenced by the burden of caregiving and the visiting frequency of visitors. There is a need to activate social resources to share the burden of caregiving and to develop continuous and comprehensive care for hospice patients and their families.

Keywords: Hospice; Caregiver; Depression

서론

생명공학과 의학의 발전이 인간의 평균 수명을 연장시키는 데 지대한 공헌을 하였음은 주지의 사실이다. 그러나 생명연장에 대한 기술적인 면만이 강조되어 인간의 존엄성 상실이 만연되고, 수명이 연장되므로 인해 만성퇴행성질환 및 악성종양 환자가 증가되는 부작용이 따르게 되었다. 호스피스 운동은 이와 같은 부작용에 대한 반작용으로 전개되기 시작한 인간성 회복운동이라고 볼 수 있다. 최근들어 임종을 맞이하는 만성퇴행성질환 및 말기암 환자의 호스피스 등록이 증

접수일: 2006년 7월 31일, 승인일: 2009년 2월 28일

*교신저자: 손효림

Tel: 062-602-6267, Fax: 062-602-6932

E-mail: dfms@paran.com

Korean Journal of Family Medicine

Copyrights © 2009 by The Korean Academy of Family Medicine

가하고 있는 실정이며, 우리 사회가 삶의 질(quality of life)의 중요성을 제기하고 강조하게 되면서, 의학 분야에서도 삶의 질 향상을 도모하기 위해 많은 노력을 하고 있다.

1960년대 이후 호스피스는 전인적 인간 개념의 철학에 바탕을 두고 발전되어 왔다. 호스피스란 말기환자와 그 가족을 위한 프로그램으로 편안하게 죽음을 맞이할 수 있도록 의학적으로 관리함과 동시에 말기에 발생할 수 있는 여러 가지 부정적 증상을 경감시키기 위해 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위해 지지와 격려를 제공하는 총체적인 돌봄이라고 할 수 있다.¹⁾

죽음을 앞둔 환자들의 감정상태의 변화에 관해서는 많은 연구가 이루어져 있다.²⁾ 특히 호스피스환자에게서는 통증, 식욕변화, 체중변화, 무기력, 불면증 등의 다양한 신체적인 변화가 있고 이와 함께 부정, 분노, 우울, 슬픔 등의 감정의 변화가 있다. 또한 환자 가족들의 감정상태의 변화에도 민감하게 된다. 하지만 이런 감정의 변화들은 대부분 정상적인 일련의 과정으로 볼 수 있으며 이밖에 우울증이 동반되어 있을 시에는 이에 대한 약물 치료와 함께 정신적인 치료도 함께 요구된다.

가족은 인간의 정신 건강뿐 아니라 신체질환의 상당부분에도 막대한 영향을 끼친다.^{3,4)} 호스피스환자가 곁에서 지켜보는 가족들의 반응에 힘들어하듯이 가족들도 환자를 돌보는 기간은 힘든 기간이다. 더구나 환자를 매일매일 곁에서 간병을 하면서 지켜보는 가족 간병인에게서는 간병의 짐과 더불어 정신적 육체적 스트레스가 더해지고 있다. 따라서 간병을 하는 가족의 육체적, 정신적인 건강이 좋지 않으면 환자의 정신 건강에 악영향을 미치게 된다. 간병인은 일반인보다 우울증에 빠질 위험성이 높아지고 면역 기능이 약해져서 질병에 걸릴 위험성이 크며, 또한 스트레스가 많은 가족간병인의 경우 일반인이나 객관적으로 큰 짐을 갖지 않은 간병인에 비해서 사망률이 높다고 발표한 연구도 있다.⁵⁾ 이에 본 연구는 호스피스환자 가족간병인에 대한 관심과 대책이 요구되는 현실에서 이들의 우울수준을 파악하여 호스피스 진료를 담당하는 가정의가 보다 나은 호스피스환자 가족환경을 위한 노력을 더할 수 있는 계기를 제공하고자 한다.

방법

1. 연구 대상

2005년 12월부터 2006년 5월까지 광주광역시 일개 2차종합병원의 호스피스병동(산재형)에서 호스피스 등록신청을 한 말기암과 만성 질환자들을 주로 책임지고 간호하는 가족

간병인으로서 연구에 참여를 허락하고 설문내용을 이해하여 의사소통이 가능한 대상자 62명을 대상으로 실시하였다.

2. 연구 방법

구조화된 자기 기입식 설문지를 사용하여 설문 조사를 실시하였으며, 연구자가 직접 질의 응답으로 대상자가 작성하도록 하였다. 수집하는 동안 자료의 누락을 줄이기 위하여 직접 작성여부를 확인하고 미 작성 부분은 재작성 하도록 양해를 구한 후 회수하였다.

조사의 내용으로는 간병인의 인구 사회학적 특성으로 나이, 성별, 간병인과 환자와의 관계, 학력, 종교를 조사하였다. 또한 하루 중 간병하는 시간과 환자가 발병한 이후에 간병한 기간, 간병인이 현재 가지고 있는 질병의 유무, 입원기간 동안의 방문객의 방문 빈도, 주 부양자의 수입, 사회 활동 유무로 조사하였다. 간병인의 우울 상태 평가는 Beck's depression Inventory (BDI) 21문항을 사용하였고 가족 기능은 가족기능지수(Family APGAR score) 5문항을 사용하였다.

BDI는 정신과적 진단과는 무관하게 우울증상의 심도를 측정하기 위해 1961년 Beck이 고안하였고 발표된 이래 현재 가장 널리 사용되고 있는 우울증 척도중의 하나이다. 이 척도는 전체 21개 문항으로 구성되어 있으며 각 문항마다 슬픔, 실패, 불만족, 죄책감 등 증상에 따라 나누어져 있다. 각 증상항목에 대해 4단계로 나누어 0점에서 3점으로 채점을 하며 총점의 범위는 0점에서 63점까지이다. 21점 이상을 우울증으로 진단하며 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것으로 평가된다.⁶⁾

가족기능지수는 Smilkstein 등^{7,8)}이 고안한 가족기능 설문지이며, 가족의 기능을 평가하기 위해 5개 분야를 측정한다. 가족의 적응력, 동반관계, 성장, 감정에 대한 대응, 문제 해결 영역에 대한 5개 문항으로 구성되어 있다. 채점 방식은 각 문항당 '그렇다' 2점, '약간 그렇다' 1점, '아니다' 0점을 부여한다. 총점은 10점 만점이며, 0-3점인 경우 '중증의 가족 기능장애', 4-6점인 경우 '중등도의 가족기능장애', 7-10점을 '건강한 가족기능'상태로 판정한다.

3. 자료의 분석

수집된 자료는 SPSS WIN ver. 10.0 프로그램을 사용하였다. 각 변수들의 차이에 따른 평균 우울 점수의 비교는 t-test, one way ANOVA와 Dunnett 사후검정방법을 사용하였다. 여기에서 통계적으로 유의한 차이가 보인 변수들을 독립변수로 하고 우울 점수를 종속변수로 하여 다단계 다중회귀분석(stepwise multiple regression analysis)을 실시하여 관련된 독립변수의 영향을 검토하였다. 통계적인 유의수준은 0.05 이하로 하

였다.

결과

1. 연구 대상자들의 인구 사회학적 특성

연구 대상자의 평균($\pm$ 표준편차) 연령은 58.2 ($\pm$ 12.0)세였으며, 62명 중 남성이 8명, 여성이 54명으로 여성이 대부분을 차지하였다. 가족 간병인이 간병을 하고 있는 호스피스환자의 병명으로는 위암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 폐암, 뇌졸중 합병증, 다제 내성 폐결핵 등 다양하게 나타났다. 간병인과 환자와의 관계는 배우자, 자녀, 부모, 며느리 순이었다. 학력은 평균($\pm$ 표준편차) 6.3 ($\pm$ 5.1)년이었고 학교를 전혀 다니지 않은 간병인은 9명(14.5%)이었다. 종교로는 “종교가 없다”가 20명(32.3%), 불교, 천주교 등의 “종교를 가지고 있다”가 42명(67.7%)이었다. 하루 중 간병하는 간병시간으로는 16시간 이상이 46명(74.2%)으로 가장 많았다. 간병기간으로는 3-4년이 17명(27.4%)으로 가장 많았고 4년 이상이 16명(25.8%), 2-3년 14명(22.6%)이었다. 간병인이 현재 가지고 있는 질병으로는 “있다”가 45명(72.6%)이었다. 사회생활을 하면서 간병을 하는 사람은 13명(21%)이었으며 간병만을 전적으로 하는 가족 간병인은 49명(79%)이었다. 병실을 찾아오는 방문객의 방문 빈도로는 “방문객이 없다”가 31명(50%)으로 가장 많고 “하루 단위로 방문한다”가 3명(4.8%), “일주일 단위로 방문한다”가 6명(9.7%), “한 달 단위로 방문한다”가 22명(35.5%)이었다. 환자의 치료비를 부담하는 주요 부양자의 수입으로는 100만원 미만 이 7명(11.3%), 200만원 미만이 26명(41.9%), 200만원 이상은 29명(46.8%)이었다. 가족기능지수는 0-3점이 20명(32.3%), 4-6점이 27명(43.5%), 7-10점이 15명(24.2%)으로 대부분이 중등도 이상의 가족기능장애를 보이고 있었다(표 1).

2. 간병인의 특성에 따른 우울 점수의 차이

BDI 점수는 평균($\pm$ 표준편차) 25.3 ($\pm$ 10.1)점이었으며 우울증의 기준점을 21점으로 하였을 때 우울증이 있다고 볼 수 있는 21점 이상이 36명(58.0%)이었다. 간병인의 우울 수준은 간병인의 연령(<0.041), 환자와의 관계(<0.011), 학력(<0.048), 간병기간(<0.001), 하루 중 간병하는 간병시간(<0.005), 현재 질병의 유무(<0.005), 사회적 활동 유무(<0.003), 병원 방문객의 방문빈도(<0.004)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 그러나 간병인의 성별이나 종교, 주 부양자의 수입, 가족기능지수와 간병인의 우울수준과는 연관이 없었다. 나이별로 보면 나이가 많은 군일수록 BDI의 평균점수가 높았으나 사후 검정에서

Table 1. Socio-demographic features of study group.

Variable	No. (%)
Age (y)*	
20-39	10 (16.1)
40-59	24 (38.7)
60 ≤	28 (45.2)
Gender	
Female	54 (87.1)
Male	8 (12.9)
Relationship to patient	
Spouse	42 (67.7)
Children	14 (22.6)
Parent	4 (6.5)
Daughter-in-law	2 (3.2)
Religion	
Yes	42 (67.7)
No	20 (32.3)
Education	
None	9 (14.5)
Elementary school	24 (38.7)
Middle school	10 (16.1)
High school	13 (21.0)
College	6 (9.7)
Hours caregiving (h/d)	
< 8	9 (14.5)
8-16	7 (11.3)
16 ≤	46 (74.2)
Caregiving duration (y)	
<1	9 (14.5)
1-2	6 (9.7)
2-3	14 (22.6)
3-4	17 (27.4)
4 ≤	16 (25.8)
Current disease	
Yes	45 (72.6)
No	17 (27.4)
Social activity	
Yes	13 (21.0)
No	49 (79.0)
Income (10,000 KRW/mo)	
< 100	7 (11.3)
100-200	26 (41.9)
200 ≤	29 (46.8)
Total	62 (100.0)

KRW: Korean won, *Mean $\pm$ SD: 58.2 $\pm$ 12.0.

차) 우울점수가 25.6 (± 1.4)으로 남성보다 높았으나 통계적으로는 유의한 차이가 없었다. 환자와의 관계에서는 간병인이 부모일 때, 즉 자식이 아팠을 때 우울 점수가 30.7 (± 9.9)로 가장 높게 나타났다. 학력에 있어서는 학력이 낮은 군일수록 우울 점수가 높게 나왔으나 사후 검정에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 종교로는 무교일 경우 우울 점수가 높게 나왔으나 통계적인 차이는 없었다. 하루 중 간병하는 간병 시간에 따른 우울 점수는 0-8시간이 17.2 (± 4.4)점, 8-16시간이 19.4 (± 8.9)점, 16시간 이상이 25.9 (± 11.3)점이었고 사후 검정에서 8-16시간 간병하는 군이 0-8시간 간병하는 군보다 유의하게 높았다($P < 0.05$). 간병 기간으로는 1년 이하에서는 19.9 (± 9.0)점, 1-2년 22.4 (± 4.5)점, 2-3년 29.3 (± 11.5)점 등으로 기간이 길어질수록 평균($\pm$ 표준편차) 우울 점수가 통계적으로 유의하게 높아졌으며 간병기간이 1년 이하의 군이 2-3년인 군과 4년 이상인 군에 비해 우울 점수가 통계적으로 유의하게 낮았다($P < 0.01$). 사회적 활동 유무에서는 간병만 하는 군에서 우울 점수가 유의하게 높았다($P < 0.01$). 병실을 찾아오는 방문객의 방문 빈도에 따른 평균($\pm$ 표준편차) 우울 점수는 “하루 단위로 방문한다”가 19.9 (± 9.6)점, “일주일 단위로 방문한다”가 19.1 (± 10.0)점, “한 달 단위로 방문한다”가 30.4 (± 10.3)점, “방문객이 없다”가 29.2 (± 9.0)점이었으며 사후검정에서 한달 단위의 군이 일주일 단위인 군에 비해 우울 점수가 통계적으로 유의하게 낮았다($P < 0.01$)(표 2).

3. 우울 정도에 관련된 요인

조사 대상 간병인의 우울점수에 영향을 미치는 변수들의 상대적인 중요도와 각 변수들의 우울 수준에 미치는 효과를 측정하기 위해서 위에서 통계적으로 유의하게 나온 변수인 나이, 환자와의 관계, 학력, 하루 중 간병하는 간병 시간, 간병 기간, 현재 질병의 유무, 사회적 활동 유무, 방문객의 방문 빈도를 독립변수로 하여 다단계 다중회귀분석을 실시하였다.

그 결과 방문객의 방문 빈도가 우울 점수에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 선정되었으며 방문 빈도가 낮을수록 우울 점수가 높아지는 것으로 나타났다. 두 번째로 간병기간이 영향을 미치는 변수로 나타났으며 기간이 길수록 우울 점수가 높아지는 것으로 나타났다. 세 번째로는 하루 중 간병하는 간병시간이 길어질수록 통계적으로 유의하게 우울 점수가 높아진 것으로 나타났다. 이들 세 변수들에 의한 설명력은 총 43.5%이었다(표 3).

Table 2. The difference of depression score by the characteristics of caregivers (mean $\pm$ SD).

Variable	Depression score	P-value
Age (y)		
20-39	16.3 $\pm$ 7.4	0.041 [†]
40-59	26.0 $\pm$ 12.0	
60 $\leq$	29.4 $\pm$ 9.1	
Relationship to patient		
Spouse	29.9 $\pm$ 10.2	0.011 [†]
Parents	30.7 $\pm$ 9.9	
Children	17.2 $\pm$ 7.0	
Education		
None	28.2 $\pm$ 10.6	0.048 [†]
Elementary	29.6 $\pm$ 9.1	
Middle	27.8 $\pm$ 10.9	
High school	21.2 $\pm$ 8.1	
College	20.8 $\pm$ 13.2	
Hours caregiving (h/d)		
< 8	17.2 $\pm$ 4.4	0.005 [†]
8-16 [‡]	19.4 $\pm$ 8.9	
16 $\leq$	25.9 $\pm$ 11.3	
Caregiving duration (y)		
< 1	19.9 $\pm$ 9.0	0.001 [†]
1-2	22.4 $\pm$ 4.5	
2-3 [§]	29.3 $\pm$ 11.5	
3-4	28.2 $\pm$ 6.2	
4 $\leq$ [§]	33.7 $\pm$ 9.3	
Current disease		
Yes	34.3 $\pm$ 9.1	0.005*
No	20.2 $\pm$ 10.3	
Social activity		
Yes	25.4 $\pm$ 11.4	0.003*
No	31.1 $\pm$ 9.1	
Visitors visiting frequency		
Daily	19.9 $\pm$ 9.6	0.004 [†]
Weekly	19.1 $\pm$ 10.0	
Monthly	30.4 $\pm$ 10.3	
None	29.2 $\pm$ 9.0	
Family APGAR score		
0-3	27.7 $\pm$ 10.2	0.564 [†]
4-7	23.3 $\pm$ 11.9	
8-10	25.7 $\pm$ 9.7	
Total	25.3 $\pm$ 10.1	

*by t-test, [†]by one way ANOVA test, [‡]P < 0.05 compared with less than 8 h group by Dunnett's Post Hoc Tests, [§]P < 0.05 compared with less than 1 y group by Dunnett's Post Hoc Tests, ^{||}P < 0.05 compared with weekly group by Dunnett's Post Hoc Tests.

Table 3. Stepwise multiple regression analysis for the characteristics of caregivers on depression score.

	B	S.E	Partial R ²	P-value
Visitor visiting frequency	-6.911	0.301	0.229	0.011
Total duration of caregiving	0.191	0.344	0.133	0.003
Caregiving hours per day	0.432	0.290	0.073	0.014

Overall R²: 0.435. Independent variables: age (y), relationship to patient, education, hours caregiving (h/d), caregiving duration (y), current disease, social activity, visitors visiting frequency.

고찰

만성 질병으로 임종을 앞둔 환자를 돌보는 간병인은 정신적, 육체적인 건강에 나쁜 쪽으로 영향을 줄 수 있다는 연구가 점차 많이 보고되고 있지만 아직도 더 많은 연구가 필요하다.

본 연구에서는 전체 연구 대상자의 58%가 우울증이 있는 것으로 나왔으며 이는 호스피스 진료를 받지 않는 말기 암환자 가족간병인의 우울 수준에 대한 연구결과⁹⁾와 별 차이가 없었다. 본 연구자는 연구를 시작하기 전에 호스피스를 신청한 환자 가족은 스트레스나 부담감이 줄어 우울수준이 호스피스를 신청하지 않은 환자 가족간병인보다 낮을 것이라고 예상하였으나 그렇지 못했다. 하지만 우리나라의 경우 호스피스 제도나 시설 및 운영상황이 미흡하고, 가족원의 우울감에 영향을 미치는 스트레스와 불안 등의 요인을 감소시키는 가족 훈련프로그램이 부족하다¹⁰⁾는 것이 반영된 것이라 하겠다. 우울증에 가장 영향을 미치는 인자로는 총 간병기간이 나왔으며 간병기간이 길어질수록 육체적으로 지치게 되고 사랑하는 가족을 잃는다는 불안감에 정신적인 스트레스가 증가한다는 연구 보고가 있다.⁴⁾ 하루 중 간병하는 간병시간도 길어질수록 우울 점수가 높게 나왔다.

Meyers와 Gray 등¹¹⁾은 호스피스 간병을 하는 사람들의 간병의 짐과 삶의 만족도와와의 관계에 관한 연구에서 수입과 학력, 직업이 간병인의 삶의 만족에 영향을 줄 것이라고 기대하였으나 결과는 총 간병 기간과 간병 지역만이 관련이 있게 나왔다. 따라서 간병인이 처해있는 상황에 따라 의료팀이 주기적인 면담을 통하여 우울 수준을 측정하는 것이 필요하며 우울증이 의심될 때에는 지지적인 상담과 필요에 따라서는 약물 요법이 필요하다. 또한 가족면담을 통해서 미리 교육해서 일부에게 간병의 짐이 집중되지 않도록 하는 것이 중요하다.¹²⁾ 다음으로 병원에 친척이나 친구들 등 방문객이 찾아오는 횟수가 적을수록 우울 수준에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 말기암환자의 가족간병인의 우울 수준에

영향을 미치는 인자로서 육체적, 정신적인 간병의 짐과 환자 와 간병인을 지지하고 격려해 줄 수 있는 사회적 자원(social resource)이라는 것을 의미한다.¹³⁾ 이런 결과는 여태까지 나온 대부분의 연구와 비슷하다.

Haley 등¹⁴⁾은 간병을 하는 본인의 마음가짐(간병을 얼마나 큰 짐으로 여기는가)과 간병을 함으로써 얻는 이익의 여부가 삶의 만족도에 영향을 미친다고 발표하였고 이는 앞으로 간병인의 스트레스를 조절하는 데 중요한 요소가 될 수 있다고 하였다. 또한 사회적인 자원, 특히 간병인의 사회적 활동과 가족, 친지, 친구들과의 만남이 많을수록 삶의 만족도가 높고 우울증의 확률이 낮은 것으로 나타났다.¹³⁾

간병을 하는 것이 반드시 정신적 육체적으로 해로운 영향만을 주는 것만은 아니다. Brown 등¹⁵⁾은 간병을 좀 더 자세히 이해하고 경험하고 있다면 오히려 간병인 자신에게 이롭게 작용할 것이라고 보고하였다. 또한 Cohen 등¹⁶⁾은 289명의 간병인을 대상으로 우울증, 간병의 짐, 건강 등의 부정적인 측면 뿐 아니라 긍정적인 측면을 조사한 연구에서 companionship (22.5%), fulfilling/reward (21.8%), enjoyment (10.4%) 등 전체의 73%에서 간병을 하면서 이로운 점이 있다고 보고하였다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 표집에 있어 광주광역시 내에 위치한 종합병원 한 곳을 임의로 선정하였기 때문에 공간적으로 광범위한 표집이 되지 못하여 지역적으로 편중되어 있어 연구결과를 일반화시키기는 어렵다. 둘째, 표집대상자의 수가 부족하여 이를 전체적인 호스피스환자 가족간병인에게 적용하기에는 한계가 있다. 셋째, 기존의 질문지와 척도 안을 주로 사용하였기 때문에 현재 시점에서 조사대상자에 대한 실정이 정확히 반영되었다고 보기 어려운 면이 많다. 넷째, 설문지 기입방식의 문제점으로 우울 점수를 측정하기 위한 BDI는 한국판으로 번역되어 Rhee 등¹⁷⁾에 의하여 신뢰도와 타당도가 입증되었지만 객관화된 문장이기 때문에 노인 간병인의 경우 읽어도 무슨 뜻인지 이해하지 못하는 경우가 있었다. 이런 경우에는 다른 쉬운 언어로 대체하여 설명을 하였다. 이 과정에서 설문 조사자의 주관적인 생각이 개

입되었을 가능성이 있으며 결과에 약간의 오차를 제공하였을 것이라 생각한다. 다섯째, 이번 연구는 단면적 연구로서 시간에 따른 변화 인자는 무시한 채 현재의 상황만이 평가가 되었으며 앞으로의 변화도 알 수가 없다. 따라서 어느 정도의 기간을 두고 비교하는 것이 필요할 것이다.

이상의 연구 결과를 볼 때, 호스피스환자 가족간병인의 절반 이상에서 우울증이 있었으며 방문객의 방문빈도, 하루 중 간병하는 시간 그리고 간병기간이 우울 수준에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 앞으로 이러한 요인들을 개선하기 위해 호스피스환자 진료시 가족 간병인의 우울에 영향을 미치는 스트레스와 불안 등의 요인을 감소시키는 가족 훈련프로그램을 적극 활용하고, 가족에게 위안과 기쁨을 줄 수 있는 격려와 관심을 잊지 말아야겠다.

요약

연구배경: 국민소득의 증가와 보건의료수준의 향상으로 인하여 질병의 조기발견과 치료율이 높아지고 있으나 완치가 불가능한 말기암과 만성질환자들의 호스피스 등록은 증가하고 있다. 특히 이들은 더 이상 치료서비스를 제공받을 수 없어 의학적인 관심에서 제외되게 되고, 이들을 간호하는 가족들은 스트레스와 부담감을 갖게 된다. 이에 본 연구에서는 호스피스환자의 가족간병인의 우울 수준과 그에 영향을 미치는 인자를 알아보고자 하였다.

방법: 2005년 12월부터 2006년 5월까지의 기간 동안 광주광역시 일개 2차종합병원에 입원한 호스피스환자들의 가족 간병인 62명을 대상으로 사회인구학적인 사항과 총 간병기간, 하루 중 간병시간, 방문객들의 방문빈도, 우울수준을 평가하는 Beck's depression inventory (BDI), 가족기능지수를 조사하여 우울수준과 관련된 인자를 알아보았다.

결과: 조사 대상자의 평균(±표준편차) 연령은 58.2 (±12.0)세였고 간병인과 환자와의 관계로는 배우자가 42명(67.7%)으로 가장 많았다. BDI 점수의 평균(±표준편차)은 25.3 (±10.1)점이었으며 우울증의 기준점을 21점으로 하였을 때 36명(58%)에서 우울증이 의심되었다. 간병기간이 길수록($P=0.001$), 병원 방문객의 방문 빈도가 적을수록($P=0.004$), 간병인이 하루 중 간병하는 간병시간이 길수록($P=0.005$) 우울수준이 높아졌고 이들 세 변수의 설명력은 43.5%였다. 간병인의 성별이나 종교, 주 부양자의 수입, 가족기능지수 등은 간병인의 우울수준과 연관이 없었다.

결론: 호스피스환자 가족간병인의 절반 이상에서 우울증이

의심되었으며 간병시간과 하루 중 간병시간이 길수록, 그리고 방문객의 방문빈도가 적을수록 우울 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. 앞으로 이러한 요인들을 개선하여 호스피스환자 진료시 가족 간병인에 대한 배려로서 하루 중 간병시간을 가족들이 서로 분담하거나 주변 방문객들의 격려를 자원으로 활용하는 방안을 모색하는 것이 필요할 것으로 생각한다.

중심단어: 호스피스환자; 가족간병인; 우울수준

참고문헌

1. Choi YS, Hong MH. Care of the dying patient. In: The Korean Academy of Family Medicine, editor. The introduction of family medicine. 2nd ed. Seoul: GaeChuk MunHwaSa; 2003. p. 243-54.
2. Patterson LB, Dorfman LT. Family support for hospice caregivers. Am J Hosp Palliat Care 2002; 19: 315-23.
3. Ha JS, Yea SJ, Park SH, Kim I, Shin SS, Bae CY, et al. A study of the relationship between health risk factors and family function. J Korean Acad Fam Med 1993; 14: 647-52.
4. Park HK, Park HS, Kim YE, Seo HG, Kim CY, Hwang IH, et al. A study on impact of illness on the family. J Korean Acad Fam Med 1990; 11: 1-11.
5. Andrews SC. Caregiver burden and symptom distress in people with cancer receiving hospice care. Oncol Nurs Forum 2001; 28: 1469-74.
6. Park HJ, Kim HN, Kim IB, Jeon SA. Reliability of the Beck depression inventory in adolescence. J Korean Acad Fam Med 2000; 21: 244-53.
7. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.
8. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
9. Han KH, Jung JG, Oh SK, Kim JS, Kim SS, Kim SY. Depression level among family caregivers of terminal cancer patients. J Korean Acad Fam Med 2005; 26: 752-8.
10. Ryu HG. A study of the system for a introduction of the hospice in BUSAN area. J Korean Hosp Assoc 1991; 190: 21-35.

11. Meyers JL, Gray LN. The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28: 73-82.
12. Park ES. The effects of the solution-focused brief therapy approach. *J Korean Acad Fam Med* 1996; 17: 1392-403.
13. Chang BL, Brecht ML, Carter PA. Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women Health* 2001; 33: 39-61.
14. Haley WE, LaMonde LA, Han B, Burton AM, Schonwetter R. Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *J Palliat Med* 2003; 6: 215-24.
15. Brown LJ, Potter JF, Foster BG. Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 455-60.
16. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 184-8.
17. Rhee MK, Lee YH, Park SH, Sohn CH, Chung YC, Hong SK, et al. A standardization study of Beck depression inventory I-Korean version (BDI): reliability and factor analysis. *Korean J Psychopathol* 1995; 4: 77-95.