

결핵 환자의 가족 지지와 환자 역할 행위에 관한 연구

서 송 미*

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

만성질환자는 질병의 조절은 가능하나 완치되지는 않는다는 점과 증상이 뚜렷하지 않아도 평생 동안 치료와 자가 간호를 이행하지 않으면 회복을 지연시키거나 질병을 악화시키게 된다(Kasl, 1975 ; Baekeland and Lundwell, 1975).

특히 결핵은 혈류나 임파관을 따라 몸의 어느 기관에 서나 발생할 수 있고 또 전파될 수 있는 것으로 유병률이 높고 만성 결과를 취하는 질병으로 아직은 세계적으로 문제가 되고 있는 대표적인 만성전염병이며(김, 1984 ; 김외, 1983) 우리나라에서도 국가 보건에 중요한 문제로 삼고 있다.

결핵 관리 사업은 1965년 제1차 전국결핵실태조사시 5.1%의 결핵유병율을 매5년마다 거듭 실시하여 15년후인 1980년 2.5%, 1990년 1.8%인 72만 8천명으로 현저하게 감소되는 성과를 거두었으나, 약에 대한 과신, 남용, 부적절한 처방 등으로 약에 내성이 생겨 치료하기가 어려운 난치성 환자가 많이 늘어나고 있다(진, 1990).

또한 보건부 통계에 의하면 10대사망 원인 중 전염성 질환으로 결핵이 유일하게 포함되어 있고 요즘 크게 문제가 되고 있는 AIDS(후천성 면역 결핍증)가 결핵과

관련성이 있어 결핵감염자는 AIDS에 걸릴 확률이 높다고 보도됨으로서 더욱 문제시되고 있다.

이처럼 결핵은 초기에는 두드러진 증상이 없으나 만성화되고 장기화되어 치명적인 영향을 주기 때문에 환자로서 지켜야 하는 적절한 치료와 간호를 계속 이행하도록 지지해 주는것이 매우 중요하다.

결핵 환자의 지지체인 의료전문인, 가족 및 주위 사람의 태도 또한 특징적이어서 입원한 급성 환자를 대할 때 보다 집에서 장기적인 치료를 받는 환자를 더 소홀하게 생각하고 대하는 경향이 있으며 주위 사람은 폐결핵을 난치병 또는 전염병으로 생각하여 지지하기보다는 기피하는 경향이 있다. 이런 경향은 환자로 하여금 그가 속한 사회 및 가정이라는 사회적 조직망(Social network)으로부터 소외 상태에 빠지게 하고 정상인의 역할과 환자역할 사이에 갈등을 느껴 오히려 환자 역할을 포기하게 만든다(최, 1983).

Kasl(1974)은 그의 경험적 연구에서 결핵 환자 준비 이행 환자에게서 두드러진 요인은 사회적 소외라고 보고하고 있는나 의사나 간호사에 의한 직접적이고 일방적인 치료와 정보제공에 못지않게 환자의 환경인 가족과의 상호작용을 통한 사회적 지지가 건강 회복의 결정 요인 임이 제시되고 있다(Wierenga, 1979 ; Rakel, 1977).

이에 환자역할행위에 영향을 미치는 하나의 요인으로

* 기독병원 간호전문대학

서 가족 지지에 관심을 갖고 결핵 환자의 가족 지지와 환자행위이행과의 관계를 파악하고 이행에 영향을 미치는 요인 및 가족지지정도를 조사해 봄으로서 결핵 환자의 이행을 증진 시키고자 본 연구를 시도하였다.

2. 용어의 정의

본 연구에 사용된 용어는 다음과 같다.

1) 가족지지

가족 지지 행위란 가족 성원으로 구성되는 가족 체제가 가족 구성원들 간의 상호작용을 통하여 사회적 규범으로 인정된 사랑과 지지의 교환이라는 주요 기능을 하는 것으로 특히 본 연구에서는 환자에게 의미 있는 가족 구성원이 환자를 돌보아 주고 사랑하고 존중하며 가치감을 가지게 해주고 환자가 의사소통과 상호 책임의 조직망에 속한다는 것을 믿도록 해주는 정보(Cobb, 1976)라고 할 수 있다. 이 개념의 측정은 의미 있는 가족 구성원이 실제로 환자인 가족 구성원에게 주는 그 지지 정도를 5점 척도로 측정하였다.

2) 환자역할행위

환자역할행위란 의사의 진단을 받은 후 환자가 의료인 및 의료 기관과 장기간의 접촉을 하면서 치료를 받는 행위로서 환자라는 사회적 지위에 대하여 사회가 규범적으로 합의하고있는 환자역할행위 기대인 권리와 의무를 수행함을 뜻한다(Becker, 1974).

본 연구에서 환자역할행위는 결핵에 대한 의학적 지식 및 권고에 대한 이행 행위(Compliance)개념과 같으며 이 개념의 측정은 의사의 추후 방문 지시, 차기검사 지시, 약물요법 지시, 적절한 휴식 및 활동의 권유 및 식이요법 지시에 대해 환자의 주관적인 지각 정도를 5점 척도로 측정하였다.

II. 문헌고찰

1. 사회적 지지

1) 사회적지지의 개념

인간은 환경속에서 타인과 관계를 맺고 상호지지를 주고 받으면서 살아간다. 이것은 인간이 타인과의 사회적 상호작용을 통해서만이 충족될 수 있는 기본적인 욕구들을 가지기 때문이다(도, 1982). 상호작용이란 각 개

인이 타인과 협동하여 자신이나 타인에게 특수한 결과를 제공하는 과정에 참여하는 것으로 사회적 교류를 말한다(Longabaugh, 1966). 생리적 욕구가 인간이 생물학적 존재라는데서 발생하는데 반하여 사회적 욕구는 인간이 사회적 존재라는데서 발생하는 욕구이다(교육학사전 편찬위, 1983). 이와같이 인간의 사회적 욕구를 충족시키기 위하여 타인과의 상호작용을 하게 되고 또 이를 통해서 지지를 얻게 되는 것이다.

지지(support)란 Webster 사전(1959)에서 찾아보면 '넘어지고, 미끄러지고, 빠지는 것'을 예방하고 용기를 주고 신뢰를 갖게 해주고, 인정을 해주고, 돈이나 생계를 유지 또는 제공해주고, 변호 또는 확증을 제시하고 버티주는 행위'라 하였다.

Kaplan(1977)등은 사회적지지를 우리가 의지할 수 있는 사람, 우리를 돌봐주고 사랑하고 가치있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용가능성이라 하였다. Weiss(1974)는 애착, 사회적통합, 양육의 기회, 가치의 확신, 신뢰할 수 있는 유대감, 지도, 지침의 획득등 6가지 관계 제공을 사회적지지로 정의하고 있었고 Cobb(1976)는 대상자로 하여금 돌봄과 사랑을 받고 있다고 믿게하는 정보인 정서적지지, 존경을 받고 가치있다고 믿게 하는 정보인 존경지지, 대화할 수 있는 상호의무가 있는 망에 속한 구성원임을 믿게 해주는 정보인 망지지를 사회적지지의 개념에 포함시켰다. 이는 Weiss(1974)의 개념과 유사한 차원에서 해석될 수 있다. 즉 정서적지지의 정보는 Weiss의 '애착'과 존경지지의 정보는 '가치의확신', 망지지의 정보는 '사회적 통합' 및 '유대감'과 유사하다. 그러나 Cobb(1976)가 사회적지지를 도구적지지 또는 상담, 능동적지지 또는 모성애, 물리적지지 또는 물건, 봉사과 구별함으로써 사회적지지가 전적으로 정보로 이루어 진다는 견해를 고집하고 있는 반면에 Kahn과 Autonucci는 사회적지지를 애정, 긍정, 도움의 요소 중 하나 또는 그 이상을 포함한 대인관계적 협상이라고 정의하면서(Norbeck and Sheiner, 1982) Cobb가 사회적 지지와 구별하여 도구적, 능동적, 물질적지지로 이름붙인 내용을 도움의 요소에 포함시켰으며 애정에는 좋아함, 동경, 존경, 사랑의 표현을, 긍정에는 어떤 행동이나 진술에 대한 동의 또는 알고있음의 표현을, 도움에는 물건, 돈, 정보, 시간등을 포함한 직접적인 도움을 제공하는 거래를 표현하는 것으로 서술하였다.

Kahn(1979)은 사회적지지만 개인간의 상호작용으로서 타인에 대한 호감(Affectiu), 타인의 언행에 대한 인정(Affirmation)그리고 타인에 대한 상징적거나 물

질적 도움(Aid)등의 지지적 작용이라 하였고, Wierenga(1979)는 사회적지지를 치료 결과를 획득하도록 환자를 도우려는 의도를 가지고 환자의 가족 구성원 또는 가까운 친구에 의해 제공되는 투입이라고 하였다.

Pinneau(1975) 역시 비슷하게 분류했는데 돈이나 다른 자원을 객관적으로 주는 실체적지지(Tangible Support), 지식이나 인지체계에 공헌하는 심리적 도움의 형태인 정보의 지지(Informational Support), 그리고 기본적인 사회적 정서적 욕구를 직접 충족시키는 의사 소통이나 경청, 호감의 표현등의 정서적 지지(Emotional Support)라고 하였고 이 세가지 형태의 지지중에서 정보의 지지와 정서적지지를 합하여 심리적 지지라고 불렀다.

Caplan(1974)은 지지 체제로서는 전문가의 공식적인 사회 시설 뿐만 아니라 가족, 비 전문적이고 비 공식적인 사회 단위, 개인, 상부상조 기구 등을 포함시켰고 지지적 내용을 네가지로 분류했는데, 첫째, 정서적 지지 둘째, 기구적인 지지 즉 돈을 주거나 일을 돕는 것과 같은 직접적인 도움, 셋째, 정보의 제공 즉 문제점을 대처하는데 사용할 수 있는 정보를 제공하는 것이다. 넷째, 평가적 지지(Appraisal Support)로서 자기 자신을 확인하고 평가할 수 있도록 개인의 행동에 대한 Feed Back을 마련하는 것이다.

이상이 사회적 지지에 대한 여러 학자들의 문헌을 통해 요약해 보면 사회적 지지란 사회적 유대, 의미 있는 사회적 접촉, 사회적 조직망에의 소속, 사회·심리적 자산(Assets). 지지체계의 상호협동 관계제공등의 복합적인 개념을 내포하고 있고 지지의 근원으로는 부모, 배우자, 친척, 동료, 성직자, 교사, 전문가의 공식적, 비공식적, 사회 시설과 기구 등이 있다.

그러므로 대상자가 목적을 향하여 움직여 나가도록 가족구성원에 의해 직접 제공되는 가족지지는 중요하다고 본다.

2) 사회적 지지의 본질

사회적지지의 본질에 대한 학자들의 견해를 살펴보면 Kaplan(1977)등은 사회적지지를 형태적 특성과 상호작용적 특성으로 구분하였는데 형태적 특성에는 개인이나 집단이냐에 관련되는 주체와 접촉용의성, 그리고 접촉의 범주가 포함되며 상호작용적인 특성에는 조직망내에 있는 사람들이 그들의 관계에 부여되는 의미, 즉 내용, 호혜의 양에 관련되는 지향성과 강도, 상호작용의

빈도가 포함된다.

House(1981)는 사회적지지를 주고 받는다는 것은 대체로 상호작용을 통해서인데 낯선 사람들 가운데서 일시적이며 불안정한 상호작용이라기 보다는 대체적으로 안정된 사회맥락에서 일어나기 때문에 지지의 근원으로는 부모, 배우자, 친구등, 직장동료, 전문가등이며 이와 같은 구조적인것 뿐만 아니라 이들 관계에서 얻어지는 지지의 내용이나 질이 또한 중요하다고 했다.

Norbeck(1981)등은 사회적지지에 대한 Kahn(1979)의 이론을 기반으로 하여 조직망 특성으로 호위자의 크기, 안정성, 유용성, 조직망의 수, 관계의 기간, 접촉의 빈도를 기능적 특성으로 정서(affect), 긍정(affirmation), 조력(aid)을 포함 시켰고 지지의 근원으로는 배우자, 가족 또는 친척, 친구, 직장 또는 학교의 동료, 이웃, 의료제공자, 상담자 또는 치료자, 목사, 성직자, 승려등이라 하였다.

Thoits(1982)는 Kaplan(1977)등의 이론을 기반으로 하여 사회적 지지체의 구조 및 기능적 특성을 제시하였다. 구조적 특성에는 지지의 크기, 지지의 밀도, 지지 접촉의 용이성, 접촉빈도 등을 기능적 특성에는 다양한 지지의 근원으로부터 제공받는 사회정서적(socioemotional) 그리고 기구적(instrumental)조력에 대한 지각 양과 그 적절성을 포함시키고 있고 사회적지지의 근원으로는 배우자, 친구, 친척 동료 및 성직자, 교사, 상담자, 사회사업가라 하였다.

사회적지지의 기능에 대하여 Brandt와 Weinert(1981)는 사회적지지의 주요기능을 ①인간의 존중받고 있다는 표시 ②집단의 통합된 부분이라는 것 ③애착/친밀의 제공 ④양육의 기회 ⑤정보, 정서적, 물질적 도움의 유효성등의 5가지로 제시 하였다.

Pines등(1980)은 쇠진상태에 처한 사람들 지지할 수 있는 기능으로 대상자에 대한 경청(Listening), 기술적 인정(technical appreciation), 기술적도전(technical challenge), 정서적지지(emotional support), 정서적 도전(emotional challenge), 사회적 현실의 분담(Sharing social reality)등의 6가지로 지적하였다.

Dean과 Lin(1977)은 사회적 지지체중 특히 가족의 기능적 특성을 다음과 같이 확인하면서, 이러한 속성 즉 ①상호 책임감, 돌봄, 관심에 대한 강조 ②강한 상호 확인 ③일보다는 유일한 개인으로서 인간을 강조 ④상호 작용과 의사소통 ⑤친밀 ⑥가까운 관계 및 유대 ⑦지지, 정서, 안정, 반응의 제공등을 사회적지지의 기능으로 간주하였다. 이러한 여러한 여러 학자의 사회적 지지의 본

질은 두 가지의 기능적 특성인 실제적 지지와 심리적 지지에 포괄될 수 있으며 이 두 측면은 유기체의 건강결과에 영향을 줄 것이라고 요약할 수 있다.

3) 사회적지지가 건강에 미치는 영향

스트레스와 사회적지지 그리고 건강 이 세 변수에 대한 많은 연구에서 가장 일관성 있고 강력하게 지지를 받은 결과는 첫째, 사회적지지는 스트레스 발생을 예방 혹은 경감하고 둘째, 사회적지지는 인간의 기본적 욕구인 사회적 욕구를 충족시켜 줌으로써 건강자체를 증진시키며 셋째, 사회적지지는 스트레스의 강도를 완충시키는 작용을 하므로써 건강에 좋은 영향을 미친다고 하였다 (House, 1981).

Cobb(1979)는 그의 저서에서 생의 위기와 변화에 접했을 때 사회적지지는 스트레스와 건강사이에서 완충작용을 한다고 하였다. Homes(1956)는 이웃과 융화될 수 없는 소수의 인종집단에서, 혼자 살고 있었던 사람, 직업과 거주변동을 많이 경험했던 사람 및 독신이나 이혼한 사람에게 폐결핵의 발생률이 높았다고 지적하였다. Berkman과 Syme(1979)는 약5000명의 성인을 대상으로 추후 9년에 걸쳐 수행한 연구에서 사회적으로 격리된 사람이 충분한 사회적 접촉을 지닌 사람보다 2배 이상이나 죽음을 경험하기 쉬웠다고 보고하였다. 그들은 사회적지지가 숙주저항 및 질병에 대한 감수성에 영향을 준다고 주장하였다.

Henderson(1977)은 사회적지지가 결여되었을 때 정서적 그리고 내과적 이환율이 증가하였다고 보고하였다. Holmes와 Rahe(1967)의 연구에서 최근에 배우자의 죽음, 이혼, 가까운 가족의 죽음 등 큰 사건이 발생하여 유대와 지지를 상실한 사람은 질병 발생률이 높게 나타났다라고 했고 Back(1967)등은 대상자들의 혈관에 관을 꼽고 체혈을 서서히 하는 동안 어려운 문제를 풀게 한 후 혈액내에 지방산의 상승 정도를 관찰한 결과 친구들과 함께 온 사람들 가운데서 현저하게 지방산이 낮았다고 보고 했는데 이는 강한 스트레스에 대한 사회적지지의 완충효과를 나타내준 하나의 예라고 볼 수 있다.

최(1983)는 결핵환자를 대상으로 지지의 개념을 사회적지지에 두고 원하는 치료결과를 획득하도록 환자를 도우려는 의도를 가진 환자의 지지체인 간호사에 의해 제공되는 지지가 환자를 향한 긍정적 정서의 표현, 환자의 행동, 지각이나 표현된 견해에 대한 긍정 또는 시인, 환자에게 상징적, 또는 물질적 조력의 제공이라는 특성 중 하나 혹은 그 이상을 포함하는 대인적 상호작용이라

고 하였다.

Cobb(1976)에 따르면 생활 스트레스의 중재요인의 사회적지지는 병리적 상태로 위기에 처한 사람을 보호할 수 있을뿐 아니라 투약의 요구량을 감소시키고, 회복을 촉진시키며, 처방된 의학적 섭생에 대한 이행을 증가시킬 수 있다고 하였다.

사회적지지의 구조적 특성에 관련된 연구를 보면, 구조적 특성인 지지의 근원(source)에 초점을 두고 수행된 연구들은 대부분이 가족지지의 효율성을 다루고 있는데 Komarovsky(1940)는 실직한 사람을 향한 배우자의 태도와 이전의 부부유대력(prior strength of the marital band)이 실직과 경제손실에 대한 적응의 질을 결정하는데 있어서 중요하다고 하였고, 작업역할(work role)과 가족역할이 개인의 사회적 통합의 하부조직이라고 주장하였다. 이 연구에서 가족과 친구의 지지는 새로운 직업을 찾는 데 도움이 되지는 않았지만, 실직의 시기동안 다른 면에서 더 잘 대우받고 정상으로 빠르게 회복되었다. 따라서 지지가 객관적 스트레스를 변화시키지 않았지만, 명백히 스트레스의 심각도에 대한 지각을 완화하였고 잘 대처하도록 도왔다고 주장하였다.

Rakel(1977)은 배우자가 가장 유용하고 영향력있는 가족구성원이며, 그의 지지는 장기 질환의 관리에 필요한 구성요소라고 지적하였으며 McDonald(1970)도 가족지지가 유효하다고 주장하였다. Caldwell(1970)등의 연구에 의하면 고혈압치료 프로그램에 포함된 환자중에서 계속적인 치료를 받지 못한 환자의 14%가 가족지지의 결여로 기인되었고, 가족지지를 받은 환자의 38%는 계속적인 치료를 받았다고 보고하여 치료에 있어서 가족지지의 중요성을 제시하고 있다. 또한 Dean과 Lin(1977)도 사회적지지의 기능을 수행하는 집단으로 일차그룹을 들었는데 가족은 일차그룹의 가장 좋은 예가 된다고 지적하므로써 가족지지의 중요성을 강조하고 있다.

2. 환자역할 행위 이행

건강신념모형은 Lewin(1951)의 사회심리학 이론인 장이론에서 영향을 받아 Rosenstock(1974)이 가치기대이론을 병합하여 건강신념모형으로 수정제안하였고, Recker(1974)는 다시 환자역할행위 모형을, Kasl(1974)은 만성병환자의 역할행위 이행이라는 개념을 제안하였다. 건강신념모형은 원래 예방적 건강행위를 설

명하기 위해 만들어졌는데 Kasl과 Cobb이 건강행위(Health Behavior), 질병행위(Illness Behavior), 환자역할행위(Sick Role Behavior)로 분류하였다.

건강행위는 항상 성공적인 건강결과가 기본이 되며(Becker, Drauchman and Kirscht 1974) 그 행위가 바로 건강결과를 의미한다는 측면에서 볼때 개인의 건강유지, 증진 및 질병회복에 필수적인 요소이고, 질병행위는 자기가 아프다고 느끼는 사람이 자기의 건강상태를 진단받고 적절한 처방을 받기 위해 취해지는 행동이며, 환자역할행위란 질병에 이환되어 치료를 받고있는 사람이 취하는 행동으로 의료인 및 의료기관과 장기간의 접촉을 하면서 치료를 받는 행위를 뜻한다. 이와 같은 환자역할 행위를 통하여 질병으로부터 회복하게 되므로 적절한 건강행위의 이행은 필연적으로 성공적인 건강결과를 갖게하며 궁극적으로는 개인으로 하여금 건강의 유지, 증진 및 질병회복에 이르게 한다고 할 수 있다.

Kasl(1975)은 만성병 환자의 환자역할행위이행에 대한 건강신념모형을 제안하고 만성병 환자의 행위를 4가지 범주로 한정하였는데 첫째, 증상이 있을때 진찰받는 것 둘째, 전문가의 처방을 순응하는 것 셋째, 치료를 꾸준히 계속하는 것 넷째, 위험을 줄이기 위해 생활습관을 수정하는 것이라고 하였다. 그리고 이행을 다시 위의 네 가지가 다 포함된 복합적인 행동범주로 정의했는데 즉, 병원방문 약속일 지키는일, 치료를 꾸준히 계속하는일, 식이요법, 약물요법등 처방을 실천하는일, 그리고 개인의 행동을 억제 혹은 변경하는등의 여러 행동들이라고 정의했다. 따라서 결핵환자의 치유를 위한 치료적 행위 이행은 환자역할행위라 볼 수 있다.

Hulka는 울혈성 심부전 및 당뇨병을 가진 환자의 의학적 처방의 이행 행위에 대한 연구에서 심장환자의 단 27%, 당뇨병 환자의 40%만이 자신들의 의학적 처방에 대한 의사의 설명에 동의 하였다고 하였는데(Hulka, Kupper, Cassel, Efrid and Burdette, 1975) 이는 환자의 이행 행위에 의료인과 환자간의 의사소통이 중요한 측면이 되었음을 말하여준다. 이행행위에 대한 관심은 투약 행위만이 아니라 식이요법, 약숙이행과 같은 의학적 처방 외의 다른 측면에 대한 이행행위로 확대되었다. Davis와 Eichorn(1963)은 일과 휴식 습관을 변화시키기 위한 의사의 권고에 대한 심장환자의 이행행위를 연구한바, 두 가지의 권고를 받은 환자의 42%, 한가지의 권고를 받은 환자의 38%가 이행 행위를 한 반면, 세가지 권고를 받은 환자의 9%만이 이행행위를 한 사실을 밝히고 있다.

Tagliacozzo(1973)는 195명의 외래환자의 연구에서 복합적인 섭생을 하는 환자가 간단한 섭생을 하는 환자보다 약숙을 잘 지켰다는 사실을 밝혔다. 치료적 식이요법을 처방 받는 환자가 식이요법을 하지 않은 환자보다 치료를 오래 받았고, 복합적인 투약을 하게되는 환자가 그렇지 않은 환자보다 치료를 덜 중단한다고 보고하고 있다. 이러한 연구들은 두가지 방법으로 설명할 수 있는데 ① 식이요법과 복합적인 투약 계획은 환자에게 질병상태의 심각성을 전달하며 ② 섭생의 일부분에 어려움을 직면한 적이 있는 환자는 다른 이행행위에도 그 반응이 나타나게 된다는 사실이다. 이행행위의 연구에서 환자 집단의 성, 연령, 질병의 차이는 사회인구학적 및 질병요소의 역할에 대해서 일반화하기는 어려움이 있다. 대부분의 연구자들은 의학적 섭생의 복잡성과 더불어 가족지지 그리고 의료전문인-환자간의 상호관계의 본질이 의학처방 및 권고에 대한 환자의 이행행위에 관계가 있다는데 동의하였다.

환자역할행위와 건강행위에 대한 가족의 영향 또한 현저하다. 건강행위의 결정인자로서의 의미있는 타인의 지지와 신념은 점차 많은 문헌들에서 그 중요성이 제시되고 있다(Freidson, 1971). 의학적지시를 이행하는데 있어 자기보고식으로 가족지지의 역할을 설명하는 많은 연구에서 환자역할행위에 대한 사회적 영향을 지적하였다.

이와같은 환자역할행위이행에 대한 사회적 지지와 긍정적 효과는 비 이행행위자와 이행행위자의 인구학적 특성으로 부터 추론될 수 있다. 홀로사는 사람들이라고 항상 가족지지가 결여되는 것은 아니지만 이행행위에 필요한 강화와 조력이 부족함을 추측할 수 있다.

Wilcox(1965)는 정신과 외래환자들의 약물이행행위에 대한 연구에서 혼자사는 남자의 52%가 투약에 실패하는 반면, 부인과 사는 남자들은 35%실패하였다. 이에 상응하는 여자환자그룹은 별다른 차이가 없었음을 밝혔다. 고로 혼자사는 남자들이 부인과 함께사는 사람보다 비 이행행위를 한다는 사실은 계속적인 약물섭취에 대한 감시의 유일한 효과를 제시한다는 결론을 내릴수가 있겠다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 기간

연구대상은 1992년 7월 1일부터 7월 30일까지 광주시

내에 소재한 K종합병원 결핵 진료소에서 결핵으로 진단을 받아 통원치료를 받고있는 70명을 대상으로 자료 수집을 하였다.

2. 연구도구

본 연구에 사용된 환자역할행위이행 측정도구는 최(1983)가 개발한 것으로 정기적 병원방문, X-선검진, 객담진진, 규칙적인 약물요법, 적절한 운동과 휴식, 수면, 영양관리, 술담배, 체중관리, 기침, 객담처리 등의 이행정도를 “전혀 하고 있지 않다” “안하는 편이다” “보통이다” “하는 편이다” “아주 잘하고 있다”의 5점 척도를 가진 20문항으로 구성되었다. 본 도구의 신뢰도 검정을 위하여 문항분석한 결과 Cronbach's $\alpha=.88$ 의 신뢰도를 보였다.

가족지지행위 측정은 최(1983)가 개발한 것으로 가족 구성원이 환자를 사랑하고 신뢰하며 충분한 대화와 보살핌으로 지지했는가의 정도를 5점척도로 측정하고 있으며 15문항으로 구성되어 평점이 높을수록 높은 가족지지를 의미한다. 가족지지 행위 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.85$ 의 신뢰도를 보였다.

3. 자료분석방법

대상자의 일반적 특성과 구조적 특성은 실수와 백분율로 산출하였고 수집된 자료는 SPSS Program을 사용하여 전산처리 하였다. 대상자의 일반적인 특성, 구조적 특성에 따른 가족지지는 t-test와 ANOVA로, 가족지지정도는 평균점수와 항목별 Frequency로 산출하고 환자역할행위이행과 가족지지의 상관관계는 단순상관관계법(Pearson Correlation)으로, 환자역할행위이행은 평균점수로 하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>에서 보는 바와같이 성별은 남자가 58.6%로 여자 41.4%보다 많아 배인철의(1978)의 연구와 일치하였는데 이는 남자가 사회적 활동으로 인한 육체적 정신피로와 발병을 유발하는 환경에 노출되기 쉽기 때문으로 사료된다.

연령은 20대가 34.3%로 가장 많았고 50대가 5.7%로

<표 1> 대상자의 일반적 특성

특 성	구 분	실 수(%)	특 성	구 분	실 수(%)
성 별	남 자	41(58.6)	가족의월수입	50만원 이하	13(18.6)
	여 자	29(41.4)		51-70만원 이하	17(24.3)
연 령	10세-19세	11(15.7)		71-90만원 이하	14(20.0)
	20세-29세	24(34.3)		91만원 이상	26(37.1)
	30세-39세	17(24.3)	주 거 상 태	자 가	48(68.6)
	40세-49세	5(7.1)		전 세	15(21.4)
	50세-59세	4(5.7)		월 세	5(7.1)
	60세 이상	9(12.9)		기 타	2(2.9)
결혼상태	미 혼	35(59.0)	직 업	공무원	4(5.7)
	기 혼	33(47.1)		회사원	12(17.1)
	이 혼	1(1.4)		노 동	1(1.4)
	사 별	1(1.4)		상 업	11(15.7)
교육정도	무 학	1(1.4)		농 업	5(7.1)
	국 졸	12(17.1)		주 부	7(10.0)
	중 졸	5(7.1)		무 직	8(11.4)
	고 졸	28(40.0)		학 생	14(20.0)
	대 졸이상	24(34.3)	기 타	8(11.4)	

가장 적어 젊은 청년기에 결핵환자가 많은 것으로 나타나 이 결과는 이강오의(1985)의 연구결과와 유사함을 보였다. 결혼상태는 미혼이 50.0%이었고 기혼이 47.1%이었으며, 교육정도는 고졸 40.0%, 대졸이상이 34.3%로 이의(1985), 장(1988)의 연구보다 학력수준은 높게 나타났다.

가족의 월수입은 91만원이상이 37.1%로 가장 많았고 50만원이하가 18.6%로 가장 적어 비교적 경제수준이 높은것으로 나타났다. 직업은 학생 20.0%, 회사원 17.1%, 상업 15.7%이었고 주거상태는 자가 68.6%, 전세 21.4%, 월세 7.1%이었다. 가족수는 3명-4명이 32.9%로 가장 많았고 1명-2명은 17.1%로 혼자살거나 노부부만 지내는 가정이 상당수였으며 가족형태는 핵가족이 77.1%로 대부분이 핵가족이었다.

2. 구조적 특성

폐결핵 이환기간은 1년미만이 77.1%로 가장 많았고 6년-9년이 1.4%로 가장 적었으며 10년이상 된사람도 4.3%나 되었다. 이는 장(1988)의 연구에서 6년-10년 이상이 46.8%로 나온것과는 대조가 되었다. 가족중 결핵환자가 있는 사람이 28.6%로 장(1988)의 41.6%보다 적었으나 결핵이 전염성 질환이므로 가족관리 측면을 강조할 필요가 있다고 생각한다.<표 2>

폐결핵으로 사망한 가족이 있는 사람이 11.4%였고 결핵이 발병한 후 가족원 전체 X-ray 검진을 받은 경우가 44.3%, 가족원 일부만 X-ray 검진을 받은 경우가 34.3%, 전혀 검진을 받지 않은 경우가 21.4%나 되어 결핵에 대한 교육이 필요하다고 본다.

<표 2> 대상자의 구조적 특성

특 성	구 분	실 수(%)	특 성	구 분	실 수(%)
폐결핵이환기간	1년 미만	54(77.1)	가족수	1인-2인	12(17.1)
	1년-5만	12(17.1)		3인-4인	23(32.9)
	6년-9년	1(1.4)		4인-5인	17(24.3)
	10년 이상	3(4.3)		5인 이상	18(25.7)
가족중결핵환자	유	20(28.6)		가족형태	핵 가족
	무	50(71.4)	대 가족		16(22.9)
폐결핵으로 사망한 가족	유	8(11.4)	가족지자와 환자와의 관계	부 모	32(45.7)
	무	62(88.6)		부 부	26(37.1)
가족검진상태	가족원전체검진	31(44.3)		자 식	8(11.4)
	가족원일부검진	24(34.3)		형제자매	3(4.3)
	전혀검진안함	15(21.4)		기 타	1(1.4)
결핵 발진동기	자가 증상	38(54.3)	가족지자의 성별	남	31(44.3)
	집단 신체검사	10(14.3)		여	39(55.7)
	우연히 발견	21(30.0)	병원까지 걸리는 시간	30분미만	20(28.6)
	가족이나주변의원유	1(1.4)		30-1시간미만	22(31.4)
미만	20(28.6)				
약물의 부작용	유	17(24.3)	그 이상	8(11.4)	
	무	53(75.7)	치료비의 부담	유	25(35.7)
경험한 부작용	가려움증(두드러기)	5(23.8)		무	45(64.3)
	말초신경염	2(9.5)	치료중단경험	유	14(19.7)
	몸이 떨림	1(4.8)		무	56(78.9)
	위장 장애	6(28.6)	치 유 후 재발경험	유	19(27.1)
	두 통	1(4.8)		무	51(72.9)
	불면증	1(4.8)	처방된투약의 복용하는보약	유	26(37.1)
	전신마비	1(4.8)		무	44(62.9)
	시력저하	2(9.5)			
	이 명	2(9.5)			

결핵발견동기는 자가증상이 나타나 내원한 경우가 54.3%로 가장 많았고, 우연히 다른 질환검사시 발견한 경우 30.0%, 집단신체검사에서 발견한 경우 14.3%, 가족이나 주변의 권유로 검진한 결과 발견한 경우가 1.4%였다.

약물의 부작용을 경험한 사람은 24.3%로 높게 나타나 결핵의 부작용의 심각성을 보여 주고 있고 경험한 부작용의 증상으로는 위장장애는 28.6%로 가장 많았고 다음이 피부질환(두드러기) 23.8%, 말초신경염, 시력저하, 이명이 각 4.8%로 나타났다.

가족지지자가 부모인 경우 45.7%, 부부 37.1%, 자식 11.4%순이었고 가족지지자의 성별은 여자가 55.7%로 약간 많았고 병원까지 걸리는 시간은 30분-1시간미만이 31.4%, 30분미만과 1시간-1시간 30분 미만이 28.6%, 그 이상이 11.4%였고, 결핵치료에 경제적 부담을 느끼고 있는 사람이 35.7%나 되었으며, 처방된 투약의 보약을 복용하는 사람이 37.1%나 되었다.

치료 중단 경험이 있는 사람이 19.7%로 나타나 결핵의 장기치료에 어려움을 보여주고 있고 완치후 재발되는 경우도 27.1%로 지속적인 추후관리가 필요하다고 사료된다.

3. 대상자의 항목별 가족지지율

대상자가 정기적인 약물복용을 하도록 가족이 항상 도와준 경우는 29명(41.4%), 자주 도와준 경우 27명

(38.6%), 가끔 도와준 경우 10명(14.3%), 어쩌다 도와준 경우 2명(2.9%), 전혀 도와주지 않은 경우 2명(2.9%)이었다.<표 3>

영양섭취에 대해 가족이 골고루 먹도록 항상 해주는 경우 30명(42.9%), 자주 해주는 경우 26명(37.1%), 가끔 해주는 경우 11명(15.7%) 어쩌다 해주는 경우 2명(2.9%), 전혀 안해주는 경우 1명(1.4%)이었다.

집안일을 할 때 항상 거들어 주는 경우 11명(15.7%), 자주 거들어주는 경우 34명(48.6%), 가끔 거들어 주는 경우 16명(22.9%), 전혀 거들어 주지 않는 경우 4명(5.7%)이었다.

정기적인 병원방문을 하도록 항상 일깨워주는 경우 31명(44.3%), 자주 일깨워 주는 경우 19명(27.1%), 가끔 일깨워 주는 경우 15명(21.4%), 전혀 일깨워 주지 않는 경우 4명(5.7%)이었다.

대상자를 항상 아껴주고 사랑하는 경우 42명(60.0%), 자주 아껴주고 사랑하는 경우 17명(24.3%), 가끔 아껴주는 경우 7명(10.0%), 전혀 아껴주지 않은 경우 4명(5.7%)이었다.

대상자의 모든 일에 항상 관심을 갖어준 경우 22명(31.4%), 자주 갖어준 경우 36명(51.4%), 가끔 갖어준 경우 7명(10.0%), 어쩌다 갖어준 경우 5명(7.1%)이었다.

가족이 대상자에게 따지고 비판을 전혀 안한 경우 22명(31.4%), 어쩌다 한 경우 20명(28.6%), 가끔 한 경우 18명(25.7%), 항상 한 경우 4명(5.7%)이었다.

<표 3> 항목별 가족지지율

지지율	전혀안해줌	어쩌다해줌	가끔해줌	자주해줌	항상해줌
가족지지내용					
약물복용	2(2.9)	2(2.9)	10(14.3)	27(38.6)	29(41.4)
식사	1(1.4)	2(2.9)	11(15.7)	26(37.1)	30(42.9)
집안일 돕기	4(5.7)	5(7.1)	16(22.9)	34(48.6)	11(15.7)
병원 방문	4(5.7)	1(1.4)	15(21.4)	19(27.1)	31(44.3)
사랑해줌	.	4(5.7)	7(10.0)	17(24.3)	42(60.0)
관심을 갖어줌	.	5(7.0)	7(10.0)	36(51.4)	22(31.4)
비판하지않음	4(5.7)	6(8.6)	18(25.7)	20(28.6)	22(31.4)
존중하고 칭찬하기	2(2.9)	7(10.0)	13(18.6)	27(38.6)	21(30.4)
집안문제나 개인문제외는	6(8.6)	8(11.4)	14(20.0)	20(28.6)	22(31.4)
가족의지하기	2(2.9)	3(4.3)	16(22.9)	20(28.6)	29(41.4)
행동이나 생각의 찬성	3(4.3)	7(10.0)	18(25.7)	27(38.6)	15(21.4)
병상에 누웠을때 도움	1(1.4)	2(2.9)	10(14.3)	17(24.3)	40(57.1)
이야기 나누기	2(2.9)	7(10.0)	17(24.3)	27(38.6)	17(24.3)
친척이나 성직자 방문	34(48.6)	10(14.3)	12(17.1)	8(11.4)	6(8.6)
결핵을 앓고있는 사람과의 만남	34(48.6)	12(14.3)	10(14.3)	9(12.9)	5(7.1)

가족이 대상자를 존중하고 칭찬을 항상 해주는 경우 22명(31.4%), 자주 해주는 경우 20명(28.6%)이었고 대상자와 집안문제나 개인문제를 항상 의논하는 경우 22명(31.4%), 전혀 의논하지 않는 경우 6명(8.6%)이었으며, 대상자가 가족을 항상 의지하는 경우 29명(41.4%), 자주 의지하는 경우 20명(28.6%)이었다.

가족이 대상자의 행동이나 생각을 항상 찬성해주는 경우가 15명(21.4%), 자주 찬성해주는 경우 27명(38.6%)였고, 대상자가 쇠약해서 여러 주 동안 누워 있을 때 가족이 항상 도움을 준 경우 40명(57.1%), 자주 도움을 준 경우 17명(24.3%), 가족이 대상자와 항상 이야기를 하며 지낸 경우 17명(24.3%), 자주 이야기 하며 지낸 경우 27명(38.6%), 가끔 한 경우 17명(24.3%), 어쩌다 한 경우 7명(10.0%), 전혀 하지 않은 경우 2명(2.9%)로 다른 지지항목에 비하여 낮은 편이었다.

가족이 내가 어려움에 부딪혔을 때 친척 및 종교인을 만나보도록 항상 조언해 준 경우 6명(8.6%), 자주 조언해 준 경우 8명(11.4%), 가끔 조언한 경우 12명(17.1%), 어쩌다한 경우 10명(14.3%), 전혀 하지 않은 경우 34명(48.6%)로 대부분의 대상자들이 어려움에 부딪혔을 때 문제를 해결하도록 친척 및 종교인을 만날 수 있도록 가족들이 도움을 주는 경우가 매우 낮은 것으로 나타났다.

대상자가 결핵치료에 대해 비판적으로 생각하고 좌절해 있을 때 결핵을 경험한 사람과 만나서 이야기 하도록 권유하고 항상 기회를 만들어준 경우 5명(7.1%), 자주 기회를 만들어준 경우 12명(17.1%), 전혀 기회를 만들

어 주지 않은 경우 34명(48.6%)으로 대상자들이 자신과 같은 질병을 앓은 사람들과 함께 이야기하므로 새로운 경험과 투병의 용기를 얻을 수 있는 기회가 아주 낮은 것으로 나타났다.

4. 일반적 특성과 가족지지

대상자의 일반적 특성에 따라 지각된 가족지지 정도 <표 4>는 최대 75점, 최소 30점, 평균 55.5점(74.1%)으로 지지를 잘 받는 대상자와의 점수차가 45점이었다. 이는 장(1988)의 폐결핵환자를 대상으로 조사한 가족 지지보다 높은 점수를 나타냈다.

성별에 따른 지각된 가족지지 정도는 남자 55.9, 여자 55.0으로 남자가 가족지지를 다소 더받고 있었고, 연령별로는 10대가 53.9, 20대가 56.0, 30대가 52.9, 40대가 55.4, 50대가 55.4, 60대가 62.9로 나이가 많은 60대가 가족지지를 더 많이 받고 있어 이는 가족지지가 필요한 노인들이 가족지지를 잘 받고있는 바람직한 현상이라고 사료된다.

결혼상태별 가족지지는 미혼이 54.0, 기혼 58.0, 이혼 30.0, 사별 30.0로 기혼자가 자식이나 아내, 남편의 지지를 잘 받고 있는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다(P<0.01).

교육정도는 무학 56.0, 국졸 56.8, 중졸 56.3, 대졸이상 55.9로 교육정도에 따른 가족지지정도는 차이가 없는 것으로 나타났다.

<표 4> 일반적 특성과 가족지지

특성	구분	실수(%)	평균	표준편차1	T or F
성별	남자	41(58.6)	55.9	9.4	.39
	여자	29(41.4)	55.0	9.2	
연령	10세-19세	11(15.7)	53.9	12.2	1.62
	20세-29세	24(34.3)	56.0	6.2	
	30세-39세	17(24.3)	52.9	11.7	
	40세-49세	5(7.1)	55.4	8.7	
	50세-59세	4(4.7)	52.8	8.8	
	60세 이상	9(12.9)	62.9	4.3	
결혼상태	미혼	35(50.0)	54.0	9.0	** 4.07
	기혼	33(47.1)	58.0	8.3	
	이혼	1(1.4)	30.0	.	
	사별	1(1.4)	30.0	.	

특성	구분	실수(%)	평균	표준편차	T or F
교육정도	무학	1(1.4)	56.0	.	2.01
	국졸	12(17.1)	56.8	11.6	
	중졸	5(7.1)	45.2	6.2	
	고졸	28(40.0)	56.3	9.9	
	대졸이상	24(34.3)	55.9	6.8	
가족의월수입	50만원 이하	13(18.6)	56.0	12.9	1.78
	51-70만원	17(24.3)	51.2	8.9	
	71-90만원	14(20.0)	57.6	9.2	
	91만원 이상	26(37.1)	57.1	6.8	
폐결핵이환기간	1년 미만	54(77.1)	55.0	9.7	.46
	1년-5년	12(17.1)	57.3	7.2	
	6년-9년	1(1.4)	53.0		
	10년 이상	3(4.3)	60.0	11.8	
가족검진상태	가족원전체검진	31(44.3)	56.3	8.2	3.06
	가족원일부검진	24(34.3)	54.3	10.8	
	가족원전혀검진안함	15(21.4)	56.1	9.3	
결핵발견동기	자각 증상	38(54.3)	53.6	9.4	1.35
	집단 검진	10(14.3)	1158.9	7.3	
	우연히 발견	21(30.0)	57.5	9.6	
	가족, 주변권유	1(1.4)	58.0		
가족의 지지자와 환자와의 관계	부모	32(45.7)	53.8	8.6	.64
	부부	26(37.1)	57.5	8.8	
	자식	8(11.4)	54.8	14.1	
	형제, 자매	3(4.3)	58.0	8.7	
	기타	1(1.4)	54.0		
폐결핵으로 사망한 가족	유	8(11.4)	54.1	7.5	-.46
	무	62(88.6)	55.7	9.6	
가족증결핵환자	유	20(28.6)	51.4	10.8	*
	무	50(71.4)	57.2	8.2	-2.41
약물의 부작용	유	17(24.3)	56.8	8.5	.61
	무	53(75.7)	55.2	9.6	
치료비의 경제적 부담	유	25(35.7)	53.4	11.3	-1.46
	무	45(64.3)	56.8	7.9	
치료중단경험	유	14(19.7)	56.2	7.8	.29
	무	56(78.9)	55.4	9.7	
재발경험	유	19(27.1)	56.3	10.2	.38
	무	51(72.9)	55.3	9.0	

*P<.05 **P<.01

가족의 월수입에 따른 가족지지는 50만원이하가 56.0, 51만원-70만원 이하가 51.2, 71만원-90만원이하가 57.6, 91만원이상이 57.1로 월수입이 많을수록 가족지지를 잘 받고있어 장(1988)의 연구와 일치하였다. 폐결핵이환 기간이 1년미만 55.0, 1년-5년 57.3, 6년-9년 53.0, 10년이상 60.0으로 10년이상된 대상자가 가족지지를 더 잘받고 있는 것으로 나타났고 가족검진상태는 가족원 전체검진 56.3, 가족원일부검진 54.3 가족원이 전혀

검진을 안한 경우 56.1로 나타나 가족원 전체가 검진을 받은 경우에 가족지지가 다소 높게 나타났다.

가족지지자와 환자와의 관계에서 부모의 지지를 받은 경우 53.8, 부부의 지지를 받은 경우 57.5%, 자식의 지지를 받은 경우 54.8, 형제 자매의 지지를 받은 경우 58.0으로 나타났고 폐결핵으로 사망한 가족이 있는 경우 54.1, 없는 경우 55.7로 사망한 가족이 없는 경우에 다소 지지를 잘 받은 것으로 나타났다.

가족중 결핵환자가 없는 경우 57.2로 유의하게 지지를 잘 받고 있었으며($P < 0.5$), 약물의 부작용을 경험한 대상자가 가족지지이 더 높게 나타났다. 또한 치료비의 경제적 부담이 없는 경우 56.8, 치료중단경험이 있는 경우 56.2, 재발경험이 있는 경우 56.3에 가족지지를 더 받은 것으로 나타났다.

5. 환자역할행위 이행

대상자의 환자역할행위 이행정도는 총 100점중 최저 47점, 최고 100점으로 평균 76.4점 수준의 이행을 보였다. 이는 Hulka(1975)의 울혈성 심부전 및 당뇨병을 가진 환자의 의학적 처방 이행행위연구에서 심장환자의 27%, 당뇨병환자의 40%만이 자신의 의학적 처방에 동의하였다는 연구와 박(1986)의 당뇨병환자 이행을 48.6점 보다 높은 이행을 보였다.

6. 환자역할행위이행과 가족지지와의 상관관계

환자역할행위이행과 가족지지는 순상관 관계($r = .2094, p < .05$)를 보여 <표 5> 가족지지를 잘 받을수록 환자역할행위이행이 유의하게 높은 것으로 나타나 박(1985), 최영희(1983)의 연구와 일치하였다. 이는 가족지지이 환자역할행위 이행에 영향을 미치는 요인임을 시사해주므로 가족지지를 잘 받을 수 있도록 가족들의 교육이 계획되어야 한다고 본다.

<표 5> 환자역할행위이행과 가족지지와의 상관관계

변 수	이 행	지 지
이 행	1.000	.2094*
지 지	.2094*	1.0000

* $P < .05$

V. 결 론

본 연구는 환자역할행위와 지각된 가족지지정도 및 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 환자의 이행을 높이고자 1992년 7월 1일부터 1992년 7월 20일까지 K 종합병원결핵진료소에 폐결핵으로 통원치료를 받고 있는 70명의 대상자에게 질문지와 직접면담으로 자료수집 하였다.

1. 결핵환자의 구조적 특성

가족중 결핵환자가 있는 경우 28.6%였고 폐결핵으로 사망한 가족이 있는 경우도 11.4%나 되었으며, 결핵이 발생한 후 가족원 전체가 X-ray 검진을 받은 경우가 44.3%, 전혀 검진을 받지 않은 경우도 21.4%나 되었다. 결핵 발견동기는 자각증상이 나타나 내원한 경우 54.3%로 제일 많았고 약물의 부작용을 경험한 사람이 24.3%였고, 부작용의 종류로는 위장장애가 28.6%로 가장 많았다. 또한 치료중단 경험에 있는 대상자가 19.7%였고 완치후 재발한 경우도 27.1%나 되었다.

2. 결핵환자가 지각한 가족지지 상태

항목별 가족지지이 가족지지이 높은 항목은 규칙적인 약물복용(80.0%), 식사시 골고루 먹도록 지지(80.0%), 사랑해줌(84.3%), 관심갖어줌(82.8%), 병상에 누워 있을 때 지지(81.8%)이었고 이행정도가 낮은 항목은 어려움이 있을 때 친척이나 목사님 만나는 기회 마련(20%), 회복이 되지 않아 좌절할 때 결핵을 앓은 사람 만나 이야기 하도록 지지(20.0%)이었다.

3. 일반적 특성과 가족지지

대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 가족지지정도 최대 75점, 최소 30점, 평균 55.5(74.1%)의 높은 지지를 보였다.

구조적 변수와의 관계에서 가족중 결핵환자가 없는 경우($P < .01$)와 결혼상태에서 기혼인 경우에($P < 0.1$)에 가족지지이 유의하게 높았다.

4. 결핵환자 역할행위 이행정도

대상자의 역할행위 이행정도는 총 100점중 최저 47점, 최고 100점으로 평균 76.4점을 나타냈다. 이는 대상자들이 환자역할행위 이행을 잘 하고 있다고 볼 수 없으며 상황에 따라 불이행도 하고 있음을 말해준다.

5. 환자역할행위 이행과 가족지지와의 상관관계

환자역할행위이행과 가족지지는 순상관 관계($r = .2094, p < .05$)를 보여 가족지지를 잘 받을수록 환자역할행위이행을 하는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 기반으로 만성질환인 결핵은 대부분 치료가 가정에서 이루어 진다는 특성때문에 무엇보다도 가족내 의미있는 가족에 의한 사회적지지가 중요하며, 이를 증가 시키는 것이 역할행위이행을 증진시킬 수 있다는 결론을 내릴수 있다.

참 고 문 헌

- 간협신보(1990). 결핵감염자 AIDS결렬확률높다, 3, 29.
- 교육학사전 편집위원회(1983). 교육대학사전, 서울 : 교육출판공사, 478.
- 결핵의 예방과 치료, 대한결핵협회, 1991.
- 김정순(1984). 역학개론, 서울 : 신광출판사, 384-406.
- 김화중의 1인(1983). 보건소등록 결핵완치 퇴락자와 중단퇴락자의 비교연구, 결핵및 호흡기질환, 30(20), 68-78.
- 도복늬(1982). 사회적지지가 스트레스에 대응하는 방법과 정신건강에 미치는 영향, 중앙의학, 42(2), 135.
- 박오장(1985). 사회적지지가 당뇨병 환자의 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 박오장(1986). 당뇨병환자의 역할행위이행에 대한 조사연구, 전남대학교 논문집, 31.
- 배인철·진병원(1989). 보건소 신규등록 결핵환자의 사회의학적조사, 결핵및 호흡기 질환, 4, 138-149.
- 서승미(1989). 고혈압환자의 역할행위이행에 관한 조사연구, 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 이강오·유경원(1985). 폐결핵이 자아개념과 신체상에 미치는 영향, 조선대학교 병설간호 전문대학 논문집, 139-159.
- 이희승(1982). 국어대사전, 서울 : 민중서점, 272.
- 장선옥(1988). 폐결핵환자가 지각한 가족지지와 상태 불안간의 상관관계, 안동간호보건 전문대학, 10, 183-209.
- 진병원(1990). 우리나라의 결핵실태, 결핵관리, 3-18.
- 최영희(1983). 지지적 간호중재가 가족지지행위와 환자역할행위에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 박사학위논문.
- 한글편찬위원회(1980). 한국어대사전, 서울 : 현문사, 1533.
- Baekeland, F. and Lundwall, F.(1975). Dropping, out of Treatment : A Critical Review, Psychological Bulletin, 82, 738-783.
- Becker, M.H.(1974). The Health Belief model and sick role behavior, The Health belief Model and personal Health Behavior, Thorofare, New Jersey, Charles B.Slack, 89.
- Becker, M.H., Drauchman, R.H., and Kirscht, J.P. (1974). A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low Income Populations, American Journal of Public Health, 64(3), 205-215.
- Berkman, L.F., and Syme S.L.(1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality : A Nine-Year Follow up study of Alameda country Residents, Amer.J. Epidemiology, 109, 186-204.
- Back, K.W., and Bogdonoff, M.D.(1967), Buffer conditions in Experimental stress, Behavioral Science, 12, 384-390.
- Brandt, P.A., and Weiner, C.(1981) The PRQ-A Social support Measure, Nursing Research, 30 (5), 277-280.
- Caplan, G.(1974). Support Systems and Community Mental Health, New York : Behavioral Publication.
- Caldwell, J.R., Cobb, S., Dowling, M., and Jongh, D. (1970). The Dropout problem in Anti-Hypertensive Treatment : A Pilot study of social-Emotional Factors Influencing a patients Ability to Follow Anti-Hypertensive Treatment, Journal of Chronic Disease, 22, 579-592.
- Cobb, S.(1976). Presidential Address ; Social Support as a Moderator of Life stress, Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.
- Cobb, S.(1979). Social Support and Health Through the life Course, Quoted in M.W.Riley, ed., Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives, Washington D.C. : American Association for the Advancement of Science, 93-94.
- Davis, M.S. and Eichorn, R.L.(1963). Compliance with Medical Regimens : A Panel Study, Journal of Health and Human Behavior, 4, 240.

- Dean, A., and Lin, N. (1977). Stress - Buffering Role of Social Support, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403-417.
- Fredison, E. (1971). *Patients' View of medical Practice*, New York : Praeger.
- Henderson, S. (1977). The Social Network and Neurosis, *British Journal of Psychiatry*, 131, 185-191.
- House, J.S. (1981), *Work Stress and Social Support*, MA : Addison - Wesley.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Scale, *Journal of Psychomatic Research*, 11, 213-218.
- Homes, T. (1956). *Multidiscipline Study of Tuberculosis, Personality Stress and Tuberculosis*, ed, by J.O. Sparer, New York : International University Press.
- Hulka, B.S. Kupper, L.L., Cassel, J.C., Efrid R.L., and Burdette, J.A. (1975). Medication use and Misuse, *Physician - Patient Discrepancies*, *Journal of Chronic Disease*, 28, 7-21.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and Social Support, *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives*, ed. by M.W., Riley, American Association for the Advancement of Science, Selected Symposium, Boulder, colo : westview press, 30.
- Kaplan, B.H. et. al. (1977). Social Support and Health, *Medical care*, 115(5), 47-58.
- Kasl, S.V., Cobb, S. and Arbor, A. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior, *Arch Environ Health*, 12, 531-541.
- Kasl, S.V. (1974). The Health belief model and behavior related to chronic illness, *The health belief model and personal health behavior*, ed. by Becker, M.H., Charles B. Slack. Inc, 106-121.
- Kasl, S.V. (1975). Social - Psychological Characteristics Associated with Behaviors which Reduce Cardiovascular Risk, *Applying Behavioral Science to cardiovascular Risk*, ed. by A.J. Enelow and T.B., Henderson, New York : American Heart Association.
- Komarovsky, M. (1940). *The Unemployed man and his Family*, New York : Dryben.
- Lewin, A. (1951). *The Nature of Field Theory*, In Marx MH (ed) *Psychological Theory*, New York : Macmillan.
- Longabaugh, R., et. al. (1966). *The Interactional World of the Chronic Schizophrenic Patient*, *Psychiatry*, 29(1), 78.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., and Carrieri, V.L. (1981). The Development of an Instrument to Measure Social Support, *Nursing Research*, 30 (5), 264-269.
- Norbeck, J.S. and Scheiner, M. (1982). Sources of Social Support Related to Single - Parent Functioning, *Research in Nursing and Health*, 5, 3-12.
- Pinneau, S.R. (1975). *Effects of Social support on Psychological and Physiological Strains*, Doctoral dissertation, university of Michigan.
- Pines, A.M. and Ronson, E.A. (1980). *Burnout from Tedium to Personal Growth*, New York : The Free press, A Division of Mack - Millan Publishing Co., 120-140.
- Rakel, R.E. (1977). *Principles of Family Medicine*, Philadelphia : Saunders Co.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model, *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, ed. by M.H. Becker, New Jersey : Charles B. Slack, Inc., 1-8.
- Taliacozzo, D.M. and Lashof, J.C. (1973). Influencing the Chronically ill : The role of prescriptions in premature termination of outpatient Care, *Medical Care*, 11, 21-29.
- Webster's New World Dictionary, (1959). *Webster's New World Dictionary of the American Language*, Cleveland : World Publishing Co., 1465.
- Weiss, R.S. (1974). The Provisions of Social Relationships, Quoted in Z. Rubin, ed., *Doing Unto others*, Englewood cliffs, N.J. : Prentice - Hall, 23-24.
- Wierenga M.E. (1979). *The Interrelationship Between Multidimensional Health Locus of Con-*

trol, Knowledge of Diabetes, Perceived Social Support, Self Reported Compliance and Therapeutic outcome Six Weeks After the Adult patient has been Diagnosed With Diabetes mellitus, Ann Arbor : University of Michigan.

Wilcox, D.R. et.al.(1965). Do Psychiatric Out-patient take their drug? *British Medical Journal*. 2, 780-782.

- Abstract -

A Study on Support by Families of Patients with pulmonary Tuberculosis and Compliance with Sick Role Behavior

*Suh, Soong Mee**

The purpose of this study was to identify compliance with sick role behavior and support by families of patients with pulmonary tuberculosis and to identify factors affecting these variables and factors that increase compliance with sick role behavior

This study was a survey design done in K. general hospital from 1992. 7. 1 to 1992. 7. 20. The data were collected through personal interviews with 70 subjects who had pulmonary tuberculosis. A questionnaire was used to collect the data.

1. Demographic characteristics of the subjects

The factor causing the tuberculosis for 28.6% of the subjects was that they lived with another family member who had pulmonary tuberculosis, 11.4% of the subjects had a family member who died of tuberculosis, 24.3% of the subjects had experienced an adverse reaction to medication. Gastroenteric

disorders(28.6%) had the highest rate for this kind of adverse reaction to medication.

2. Support by families for patients with pulmonary tuberculosis

The items which showed high support for compliance were taking medicine regularly(80.0%) eating a balanced diet(80.0%), loving them(84.3%), taking care of them(82.8%), getting the support from people for being sick(81.1%)

The items which showed low support for compliance were meeting relatives or clergymen(20%), talking with the people suffering from pulmonary tuberculosis to relieve frustrated because they were not recovering.

3. General characteristics and family support

The degree of family support showed that 75 was highest score and 30, the lowest score with 55.5(74.1%) the average score.

The degree of family support appeared similar in cases where the person was married and where the person did not have a family member with pulmonary tuberculosis($P < .01$)

4. The degree of compliance with sick role behavior by patients with pulmonary tuberculosis

The degree of compliance with sick role behavior showed that 100 was the highest score, the lowest score and 76.4, the average score out of a possible score of 100.

5. Correlation between compliance with sick role behavior and family support

The compliance with sick role behavior and family support showed a positive correlation($r = .2094$, $p < .5$) So for patients with pulmonary tuberculosis, compliance with sick role behavior is related to the support given by their families.

* Christian Hospital College of Nursing