

만성질환 환자의 가족간호

신 경 립

(이화여자대학교 간호대학)

I. 서 론

A. 만성질환환자 가족간호의 필요성

현대사회는 산업화, 과학화, 의료술의 발달, 그리고 급속한 경제 성장으로 일상 생활에 많은 변화가 있었으며 질환의 형태에도 급성질환에서 만성질환 형태로의 커다란 변화를 가져왔다. 그러나, 건강을 다루고 있는 상황의 대부분은 아직도 급성 환자를 위한 목적에 집중을 두고 있는 현실이다. 아직도 만성질환과 관련된 연구과제 지원부족, 그리고 정부기관, 의료보험혜택에 있어서 적은 양의 예산은 이를 증명해 주고 있다. 그러므로 만성질환의 진행과정은 예상되어 질 수 있는 확률은 낮고, 또 만성질환 환자를 위한 삶의 질을 향상시킬 수 있는 기회, 그들의 간호를 위한 좀 더 많은 기회 그리고 의료 혜택은 상대적으로 낮아지고 있다.

더 나아가서 만성질환 환자들의 의료비용 절감을 위한 조기 퇴원으로 인하여 만성질환 환자 뿐 아니라 그들을 간호하는 가족들의 건강 간호 서비스에 대한 불만족이 커져가고, 가족의 건강에도 많은 문제점이 발생 된다고 여러 문헌을 통해서 보고되었다(Romeis, 1989; Schulz et., 1950).

이와 같이 만성질환은 환자 개인, 가족 그리고 더 나아가서 사회적인 의료, 건강문제로 대두되고 있다. 가족은 전체로서 기능을 하므로 환자 개인의 경험하는 어떤 사건도 가족 전체의 변화를 초래하여서 만성질환은 불확실성, 불안, 그리고 상

실감을 느끼게 된다(McCubb와 Patterson, 1983). 따라서 만성질환 환자 뿐 아니라 그들을 간호하고 있는 가족의 건강유지, 증진, 예방을 위한 간호는 현대 간호에 있어서 매우 중요하다고 본다. 또한 우리 정부의 비체계적이고 일관적이지 못한 건강관리 분야에 대한 지원에 편승하여 우리나라는 가족주의 가치가 지배적이어서 아직도 사회는 가족 구성원의 질병에 대한 책임을 가족에게 위임하고 있는 실정이어서 가족은 만성질환자 간호를 하는데 많은 어려움을 경험하고 있다.

B. 연구목적

본 연구목적은 다음과 같다.

1. 만성질환의 개념, 체험과정, 추세를 확인, 분석한다.
2. 만성질환 환자 간호를 하는 가족의 문제점과 그에 관련된 가족의 건강 변화를 확인한다.
3. 만성질환 환자에 대한 가족간호 접근 방안을 제시하고자 한다.

II. 본 론

A. 만성질환

1. 만성질환의 개념

Deamond와 Jones(1983)는 만성질환을 3가지 개념 즉 만성병(chronic disease), 만성적인 아픔(chronic illness), 그리고 만성적인 병세(chronic sickness)로 구분하였다.

만성병은 의학적인 상황에서의 묘사이며, 신체 의학적이고 치료적인 시각에 기초하고 있다는 것이다. 만성적인 아픔은 특정한 상태와 개인적인 경험과 연관된다. 만성적인 병세는 사회적인 과제와 관심에 집중하는 것을 포함한다. 만성질환 간호에 있어 심신적 접근법을 고려하는 것은 간호의 초점이 만성병에만 있을 수 없고 만성질환 자체의 개인적이고 사회적인 영향도 직시해야 한다. 본 연구에서도 3가지 측면인 만성질환 간호의 신체의학적 측면과 개인적 경험의 측면 그리고 사회적인 시각 모두를 포함한다.

2. 만성질환의 추세

만성질환이 발생하는 숫자를 정확하게 가늠해 보는 것은 명확한 임상적 표시 또는 기능의 제한점을 정의 내리기 전에는 매우 어렵다. 그럼에도 불구하고 만성질환으로 이름 붙여진 환자의 숫자는 세계적으로 증가 추세에 있어서 의료보험 혜택에 많은 부담을 주고 있고, 사회적인 큰 문제로 대두되고 있다. 특히 노령화된 인구의 증가는 급성질환의 증가 추세에서 만성질환 증가 추세로 변화시키는데 큰 역할을 했다고 볼 수 있다.

미국의 경우에는 다음과 같은 5가지 만성질환을 구체적으로 보고하였다.

관절염 : 3천만명에게 남자들보다 여자들에게, 흑인보다 백인에게 더 많이 발생한다.

고혈압 : 2천 9백만명으로 추산되며 남자들보다 여자들에게, 백인보다 흑인에게 더 많은 영향을 미친다.

당뇨병 : 6백만명이며 남자들보다 여자들에게 조금 더 많이 그리고 백인보다 흑인에게 비교적 많이 일어난다.

호흡장애 : 여자들의 흡연 숫자가 높아졌기 때문에 남자들보다 여자들에게 약간 더 많이 그리고 백인과 흑인 비슷하게 일어난다.

만성적 정신병 : 2백 9만명 또는 미국 인구 전체의 1%에 영향을 미치며 정신 분열증, 주요 영향적 정신질환, 다른 종류의 정신병 그리고 본질적 학대 질환 등을 포함한다. 고질적인

정신질환을 볼 때, 25%에서 40%가 집이 없는 사람들이다. 집이 없는 여자들이 집이 없는 남자들보다 정신질환을 겪을 가능성이 더 높다. 더 나아가서 암이나 에이즈 같은 병은 한 때 치명적이라고 여겨졌으나 지금은 만성질환이라고 분류되는 경우가 많다 (Association of State and Territorial Chronic Disease Program Directots, 1991).

호주의 경우 (Rose, 1984)는 11,416명의 환자를 상대로 연구한 결과 노령화가 될수록 만성질환이 일어나는 숫자가 증가했고, 만성질환 문제는 성인 집단에서 두드러지게 증가했다고 보고하였다. 20대와 30대, 그리고 50대와 60대 그룹에서 가장 많은 비율을 나타냈다.

한국의 경우도 마찬가지로 만성질환은 점점 증가 추세에 있다. 즉 당뇨병의 경우 80년대 들어 환자수가 증가되어 현재에는 전체인구의 5%선인 2백만명 정도가 되며 (대한 당뇨협회, 1994), 사망원인을 보면 암환자, 뇌혈관 질환, 호흡기 질환 등의 만성질환으로 나타났고, 뿐만 아니라 노인 인구의 증가와 더불어 노인성 치매가 증가하고 있다. 이와같이 세계적으로 각종 만성질환 환자가 늘어나고 있는 것은 가족간호를 필요로 하는 숫자의 증가를 의미하며 이에 따라 가족간호에 대한 간호 증재에 대한 대책이 시급하다고 볼 수 있다.

3. 만성질환 환자의 체험과정

Lindgren (1993)은 만성질환자를 간호하는 가족의 경험을 3단계의 운명적인 수행과정으로 기술하였다.

처음 마주치는 단계에서 : 간호 제공자들은 진단과 이전의 생활 패턴의 상실을 직면하며 가정간호 기술을 획득한다. 이 단계에서 주요구성은 간호 대상인의 진단을 받아들이고 이해하고 그 진단의 충격에 적응하면서 새로운 간호기술을 배우고 생활 스타일을 바꾸는 것이다.

중간 또는 인내하는 단계에서 : 간호 제공자 즉,

가족은 환자에게 필요한 막대한 간호행위를 견디어 내며 사회적 고립과 정신적 고통을 견디어 내려한다. 이 단계에서는 많은 양의 일은 일상적인 간호습관이 성립된다.

최종적 또는 퇴장 단계에서 : 간호 제공자인 가족은 아픈 배우자의 죽음이나 의료기관에 옮김으로써 어느정도 책임으로부터 벗어난다. 이 단계에서는 결정, 활동, 그리고 역할을 포기하는 것과 연관된 적응이 포함된다.

Morse와 Johnson(1988)은 질환에 대한 인식을 목표로 한 모델은 다음과 같은 성질에 초점을 맞춰야 한다고 주장한다. 환자의 시각, 환자의 증세의 첫 감지로부터의 질환경험에 대한 전체성, 단지 질환 만이 아닌 질환경험에 대한 일반적인 행동습관, 그리고 질환에 대한 내용을 포함한다. (즉, 가족, 일, 사회 그리고 다른 독특한 환경) 참여 관찰에서 얻은 성립된 이론 접근방법을 사용하면서 Morse와 Johnson은 4단계 질환구성 모델을 발달시켰는데 이 모델은 모니터링, 직접간호, 가르치기 그리고 만성질환을 앓는 환자의 가족이나 사람들의 지지들을 제공하는 간호자들에게 유용한 지침서로써, 구성모델은 다음과 같이 묘사되어 있다.

* 불확실성의 단계 : 그 사람과 관계된 다른 사람들은 질환에 대해 의심하며 그것의 심각성과 의미를 알아보려 한다. 이 단계에서 질환을 경험하는 사람과 관계된 다른 사람 사이에서 시간적, 인지적 모순이 있을 수 있다.

* 분열의 단계 : 그 사람은 위기의식을 경험할 수도 있으며, 도움을 요청하고 건강 전문가들과 가족들에게 간호에 대한 모든것을 일임한다. 이 단계는 오래갈 수 있으며 만성질환 경험의 경우 조금 더 섬세하게 일어날 수 있다.

* 자신을 추스리는 단계 : 개인은 질환에 대해 어느정도 일관성을 찾으려고 하며 치료과정으로 자신을 유지하는 행동을 실시한다. 그는 자기 자신과 다른 사람들에게 질환의 한계에서도 일과 책임을 다 할 수 있다고 증명해 보이려 한다.

* 회복을 하는 단계 : 그 사람과 다른 사람들은 질환으로부터 회복 또는 한계에 대한 적응을 받아들인다.

Morse와 Johnson의 모델은 간호 수행자로 하여금 질환경험에 대한 개인과 가족들의 인간적인 반응 초점을 맞추게 하고, 가족들 역할측면에서 고려 한다면 매우 유용하게 간호에 적용할 수 있다고 본다.

Donnelly(1993)는 오랜동안 임상에서 만성질환자를 간호한 후 다음과 같은 내용을 배울 수 있었다고 보고했다. 장시간을 통한 환자들의 작은 변화가 일어나며, 가끔가다 부작용이 있는 느리고 무반응인 약물효과, 구체적이고 암시적인 자살기도, 공포에 질리고 어리둥절하거나 또는 화가 난, 교육과 지속적인 지지가 필요한 가족 구성원, 그리고 간호사의 최대한 노력에도 불구하고 환자와 가족들이 간호 지시를 따르지 않거나 그들의 경험이나 병세의 존재적 의미를 찾지 못 하는 것들이 다.

더 나아가 Donnelly는 다음과 같은 사항들을 만성질환 환자와 가족들에게서 발견하였다. 그들은 또한 어느 전문가보다 병을 겪는 경험을 이해하거나, 만성적인 질환을 다루는데 창조적인 전략을 가끔 발달시키고, 만성적인 질환에 대해서 놀라운 회복력과 개인적인 발전을 보이며, 환자들의 시각으로 볼 수 있도록 간호사들에게 그들의 행동을 조정하도록 가르칠 수 있다고 보고했다.)

B. 만성질환 환자가족 간호의 문제점

만성질환은 점진적인 과정을 거쳐 병리적 변화를 가져오는 질환으로 장기간의 치료를 요할 뿐 아니라, 가족 내의 상호작용에 중요한 부분을 이뤄왔던 일상적인 틀이 해체됨으로 인해 나타나는 불안정과 긴장의 상태를 가져 온다. 그러므로 간호하는 가족 건강에 있어서 어느 한 가족 구성원에 제한되어 있지 않고, 모든 가족 구성원에게 총체적으로 영향을 끼친다고 보고하였다(Olson et al, 1983).

만성질환 가족에 관한 간호를 제공하는 과정동안 간호 제공자의 반응은 긍정적, 부정적으로 나타났다, 대부분의 연구가 가족 구성원들에게 미치는 부정적인 영향에 초점을 맞추고 있다. 더 나아가서 만성질환자를 간호하는 가족의 역할은 하나의 평생 직업으로도 묘사되었다(Sayles-Cross, 1993).

만성질환은 완치를 할 수 있다는 확신감 보다는 장기간 치료 기간을 요하므로 가족은 만성질환자의 계속적인 건강 관리의 책임을 요구하고 있다. 그리고 가족을 간호하는 대부분의 일은 사회적 상호작용과 위기 상황 또는 간호 대상자 이외의 다른 사람들을 포함한 환경과의 상호작용은 고려하지 않으면 안된다. 새로와진 의료의 빠른 변화와 복잡성, 신체적인 간호 제공 책임 뿐 아니라 진단적 평가, 진단적인 결정 내리기 그리고 상황조절을 익히는 기술 등을 배워야 한다. 이런 다양한 요구는 간호를 제공하는 가족에게는 상당한 부담이 되어서 가족들의 역할가치, 기능, 가족 건강에도 변화를 초래한다(Wilson, 1989).

Hull(1990)은 만성질환자를 간호하는 가족들에게 가해지는 세가지의 스트레스 즉, 가족환자의 증상, 타인들과의 상호작용 그리고 자신을 향한 관심을 확인했는데 특히, 친척들의 정신적 변화는 매우 스트레스를 받게 되고, 환자에게 자주 발생하는 복잡증세, 다른 가족구성원의 죽음, 직업적 변화 그리고 경제적이 궁핍은 살 전체에 지속적으로 스트레스가 된다고 했다.

만성질환의 가족 구성원들의 사회 생활과 다른 가족들과의 관계에 제한을 받게되고 간호를 제공하는 가족에게 만족을 주기도 하지만 충격, 공포, 분노, 죄의식등이 진단 초기에 가족의 반응에서 발견되었다(Martens, 1990., Oberst & Hanes, 1985).

이런 정신적, 정서적 스트레스로 간호 제공자들은 정신과 약물을 많이 사용하는 것으로 나타났고, 심지어는 정신과 병원에 입원하는 경우도 늘어나고 있다(George & Gwyther, 1988). Koch(1992)는 그가 연구한 4가족 중 3가족이 건강과 정

신적인 문제를 호소했다고 보고했다. Craft & Willadson(1992)은 만성질환을 학교와 직장에서 다룰 때 정서적 어려움을 호소하였고, 경제적인 어려움, 만성질환의 불확실성과 그 질환에 끼칠 영향 그리고 가족이 앓고 있는 만성질환을 다른 가족들에게 얘기하는 어려움 등을 호소하였다. 그리고 형제들의 경우에는 고립감을 느꼈고, 만성질환을 앓고 있는 형제의 간호로 인하여 부모들과 같이 보낼 수 있는 시간의 감소, 가족들의 계획이 취소되고, 자신의 집안에서 해야하는 가사일들이 더 많아졌다고 보고하였다.

Welish(1983)에 의하면 가족들은 새로운 역할의 협상과 변화는 시간이 많이 걸리고 그 역할로 전환하는 것은 익숙해지기가 어렵다고 했다. Watson(1992)는 집안일의 배정과 아이돌보기 그리고 다른 가족들에 대한 업무들이 개인적인 목표들과 필요를 양보함에 따라 관계의 어려움을 만들어 낸다고 보고있다.

역할의 조직은 다른 가족 구성원들이 너무 많은 책임을 짊어짐에 따라 그러한 상태가 결과가 될 수 있다. 또한 치명적으로 아픈 환자의 한 가족 구성원이 오랜 기간동안 가사일에 너무 집중한다면 간호 제공자의 죽음후에 첫 몇 달 동안에 재적용하는 능력에 부정적인 영향을 미친다고 했다.

역할 변화나 갈등은 간호 제공자 역할과 연관되어 간호를 제공하는 관계에 사회적 거리감에 영향을 미쳤다. 사회적 거리감(이해의 부재)이 크다는 것은 간호를 하는데 드는 비용과 관계에서의 갈등과 연관되었다. 간호제공자들이 보았듯이 간호 제공은 그들의 자신감과 건강 안전, 그리고 자신의 만족도에 압박을 가했다. 간호 제공 상황을 변화시킬 수 없고 아무것도 할 수 없는 것으로 보았을 때 그들은 그 역할을 받아 들이고 개인적인 행동을 제한했다. 그들은 분노 또는 기분이 상하는 것으로 반응했다.

더 나아가서 만성질환자 가족을 간호하는 가족들은 간호를 제공하는데 필요한 구체적인 정보 부족과 전문적 역할의 재훈련의 부재가 간호하는데 장애를 주는 스트레스원이라고 보고하였다

(Preston, 1979). 즉, 간호 프로그램의 설정, 투약, 식이요법, 운동요법 그리고 재활 프로그램에 대한 매일 매일의 관찰 등을 건강 전문요원에게 제공하는데 있어서 가족의 자구에서 가족들은 정신적인 필요보다 정보에 대한 필요가 더욱 중요하다고 보고했다.

반면에 Mckeeve와 Taylor(1989)에 의해 인터뷰된 10명의 아버지중 5명의 경우 만성질환 자녀를 간호하면서 그들의 부부관계가 더욱 친밀해 졌다고 보고 하였다. 그리고 만성질환의 형제들은 간호에 많은 참여를 했을 때 인지적으로 아픔을 같이 나눌 수 있었다. 송남호(1989)의 연구에서도 만성질환 가족군이 정상가족군 보다 가족의 적응력과 가족 결속력이 높게 나타났다. 이와같은 긍정적인 연구 측면을 보고한 사례도 있다.

위와 같이 가족의 부정적인 스트레스, 즉 경제적, 정서적, 신체적인 압박에 대한 가족의 경험은 가족의 균형형태가 깨지고, 가족 구성원의 상호작용, 가족 구조, 역할 기능등과 관련된 대인관계와 적응행동에 장애를 가져오고, 더 나아가서 신체능력의 후사를 가져오며, 가족 구성원의 건강 변화에 막대한 영향을 끼쳐서 또 다른 가족 구성원에게 만성적인 건강 문제의 악화를 가져온다고 한다.

C. 만성질환 환자 가족간호를 위한 접근

1. 가족의 개념 및 파라다임의 변화

① 가족 개념의 변화

건강간호에 있어 가족은 미국 간호협회의 1985년 정책 발표와 많은 주의 간호에 대한 법적인 정의에서 강조되었으며 따라서 가족간호를 제공하는데 간호는 필수적인 것이다. Nightingale 이후로부터 가족들은 비공식적으로 간호의 대상자가 되어 왔지만 (Whall, 1986) 최근에 등장한 많은 도전들은 전통적인 초점의 개인 건강 간호가 간호안에서 인간의 개념 정의가(Travelbee, 1971; King, 1981; Orem, 1980) 재정의 되어 가족 단위의 가족을 포함하도록 구성하고 있음을 알 수 있다.

더 나아가서 가족 개념은 Robinson(1994)에 의하면, 그녀의 연구저서인 "가족, 만성질환, 중재에 대한 분석"에서 이 3가지 양상 즉 전통적, 전환적, 비전통적으로 개념화 되어야 한다고 주장하였다.

전통적인 것(traditional orientation)은 선형적 사고(linear thinking)에 의한 객관성(objectivity)을 중요시한 것이다. 즉, 간호중재는 전환에 대한 올바른 반응이 있다는 신념을 근거로 하고 또 자신의 행위는 이런 반응을 일으킬 수 있다는 전제하에 행해지는 것을 의미하며 전통 핵가족의 신념은 개인에 대한 차원, 가족이 반응하듯이 아픈 사람도 반응한다. 좋은(good) 가족은 올바른 방법에 반응한다. 하나의 단순한 가족의 반응이 있다. 전문적인 것은 가족의 설계자에게 필요하다. 변화는 유의한 관계를 통해 일어난다는 의미한다고 했다. 전환적인 것(transitional orientation)은 부분적으로 선형적(linear)이고 부분적인 체계적 관점(systemic perspective)의 객관성에 의한 것이다. 즉 간호사는 올바른 반응에 대해 접근하지만 중재는 관계의 영향력을 알기 때문에 다양하게 방향이 선다는 것을 의미한다.

가족과 아픈 사람은 합법적인 대상자에 속한다. 비전통적인 것(non-traditional orientation)에 대해서 Maturana(1988)는 객관성(objectivity)과 체계적인 사고(systemic thinking)로 볼 수 있는데, 이것은 질환에 대해 "좋고 나쁜"("good" "or" "correct")의 반응이 상황에 따라 다르므로 중재는 간호사에 의해 미리 결정될 수 없다는 것을 의미한다.

대상자는 가족 체계를 의미하고 비전통적인 가족의 신념에서는 사람은 가족 기능과 만성질환 사회의 상호적인 관계에 관심을 가져야 한다. 질환을 경험한 사람은 무엇이 일어나고 일어나야만 한다는 것에 독특한 견해를 가지고 있다. 변화를 위해 전후관계를 만드는 것은 중요한데 변화는 서로 상호 관련되어 있고 협동적이다.

1. 가족은 하나의 체계(system) 혹은 단위(unit)이다.

2. 가족 구성원들은 서로 서로 관계를 맺을 수

도, 안 맺을 수도 있고, 함께 살 수도 있고 혹은 안 살 수도 있다.

3. 그 단위(unit)에는 어린이를 포함할 수도 있고 포함하지 않을 수도 있다.

4. 단위 구성원들 사이에는 미래의 임무를 포함하는 애착과 공약이 있다.

5. 단위의 기능은 보호, 육성, 구성원들의 사회화이다.

가족(family)은 혈연이나 결혼에 바탕을 둔 관계를 초월하여 “상호간의 애정, 책임감, 일시적인 기간의 기대에 함께 존재하는 두 사람 또는 그 이상의 사람으로 구성된 사회적 체계이다.”라고 미국의 가족간호분과위원회(1984)에서는 정의하였다.

이 정의에는 전통적인 핵가족(남편은 직장 생활하고 부인은 집에서 아이를 돌보는)과 부부가 모두 직장생활을 하는 경우, 의붓 가족과 독신, 결혼해서 함께 거주하면서 동성 애적인 couples, 그 외에 서로간의 약속이나 의사결정, 공동의 목표를 특징으로 구성된 집단을 포함한다.

이런 정의를 깊이있게 다루는 것은 중요하다. 왜냐하면 사람은 항상 자신을 위해 가족에 대해 정의를 내리고 그들이 혈연, 결혼, 법적인, 입양, 공동거주가 아닐지라도 가치있는 관계를 유지하기 때문이다(Hanson, 1993).

가족을 하나의 체계로 보는 이론적 시각의 사용은 다양한 수행자 등에 의해 개인과 가족들을 돕고 만성질환에 적응하는 방법을 다져나가며 동시에 새로운 방법도 배울 수 있도록 계속해서 늘어가고 있다. 질환에 대한 개인적 믿음에서 행동적 습관과 결과를 이어주고 자신을 돌보는 것과 자신의 습관 이론들은 만성질환 환자들을 돌보는데 유용한 틀로 등장하고 있다. 그러므로 간호사가 가족이론을 이용할 때, 각 개인 구성원 모두를 치료하는 것에 초점을 맞추는 중재가 필요하다.

2. 만성질환 환자 가족간호의 이론적 틀

가족간호 실무를 안내하는데 이용된 가족에 대

한 이론적인 견해는 다양하다. 체계(system)이론, 사회 교환(social-exchange)이론, 발달(developmental)이론, 상호작용(interactionist)이론 등을 들 수 있다. 특히 가족 스트레스 이론과 가족 패러다임은 만성질환이 가족에 미치는 영향을 이해하는데 이용되어 왔다. 이러한 이론을 이용하기 위해 간호대상자로서의 가족에 초점을 맞추기 시작했다.

Anderson과 Tomlinson(1992)에 의해서 개발된 가족건강체계는 “a holistic family-as-unit” 견해를 나타낸다. 가족의 일부분으로서의 개인의 건강보다는 모든 가족 건강을 보며, 간호실무는 가족 경험에 있는 곳에 집중하고 있다.

5가지 영역은 상호작용과정, 발달과정, 대처과정, 통합과정 그리고 건강과정을 포함하고 있으며, 최적의 가족 간호를 이루기 위해서는 5가지가 서로 상호작용해야 한다고 했다. 이들의 간호 목적은 개인 중심에서 가족 중심으로 이동된 패러다임을 세우고, 만성질환에 가족이 잘 적응하도록 하며, 가족이 건강 생활주기(health lifestyles)를 유지하고 발달시키도록 하며, 만성질환이 있는 시점에서 최적의 안녕을 성취하도록 가족을 돕고, 그리고 가족의 삶의 질을 개선시키기 위함이다.

다섯가지 영역에 들어가서 간호중재를 설정하기 이전에 우선 Griffin(1980)의 9가지 가정을 염두해 두는 것이 바람직하겠다.

가정 1 : 가족 스트레스에는 예측할 만한 측면이 있다.

만성질환 증세가 정상적인 발달과정에 어긋난다면 스트레스는 예측할 만 하다.

가정 2 : 가족은 환자의 신체적 상태에 대한 내성의 수준에 따라 다양하다.

어떤 증상에 대해 관대하게 다룰 수 있고 관대하지 않을 수도 있다. 가족의 내성 단계를 사정하는 것은 중요하다. 어떤 가족은 장기 고통에 대해 적절한 지지 및 그러한 상황을 하나의 도전으로 인지함으로써 달 다룰 수 있으나 다른 가족은 고통

은 괴로움을 참을 수 없는 것으로 인지할 수 있으며 구성원들은 쉽게 화를 내거나 의존적이어서 문제해결능력에 장애를 받을 지 모른다.

가정 3 : 스트레스 상황에서 가족은 이전의 행동유형을 거절하는 경향이 있다.

가정 4 : 가족은 장애라는 진단에 따라 슬픔과 손실의 과정(Grief-Loss process)을 겪는다.

만성질환에 대한 진단은 가족들의 상실감과 환자가 겪는 고통에 대한 적응으로 나타나고, 다른 다양한 반응을 나타낸다.

건강 전문요원은 이러한 슬픔의 과정에 미숙하게 중재하지 말아야 하고 중재에 임하는 간호사는 애도과정이 요구 된다고 주장하지 마라야 하며 또한 가족 구성원들에게 특별한 애도기술을 강요하지 말아야 한다.

가정 5 : 가족은 만성적 질환자들을 특수한 치료에 참여시키는데 격려 또는 실망시킬 수 있는 중요한 역할을 한다.

가정 6 : 가족은 특수한 질환이나 행동에 반응을 보인다.

만성질환자는 가족 구성원들에게 대체로 의존하나 의존과 무력감의 표현에 대한 가족의 반응은 다양하다. 어떤 가족은 환자의 진정한 욕구를 받아들이는데 실패하기도 하지만 다른 가족은 의존을 북돋워준다. 그러므로 중재에 앞서 간호사는 장애가 있는 질환행동에 대한 가족의 반응을 사정해야 한다.

가정 7 : 많은 가족들은 질환에 대한 부적절한 정보 때문에 만성질환을 적응하는데 어려움을 갖고 있다.

가족은 질환과 관련된 최근의 정보를 필요로 한다. 그런 정보가 가족들에게 부끄러움이나 죄의식을 일으키거나 걱정을 불러 일으킬지라도 건강간호 전문인은 어떤 가족들은 그런 정보를 이해할

수 없다는 것을 인지해야 한다. 그러므로 간호사는 정보에 대한 가족들은 그런 정보를 이해할 수 없다는 것을 인지해야 한다. 그러므로 간호사는 정보에 대한 가족들의 욕구뿐 아니라 정보를 이해하는 능력을 사정해야 한다. 특히, 이해하는 능력이 부족할 시에는 중재노력에도 불구하고 정확한 정보를 갖고 있을지라도 부적당한 행위를 지속할 수 있음을 인지해야 한다.

가정 8 : 만성질환에 있어서 가족들은 서로 서로 변화하는 기대에 적응해야 한다.

만성질환자의 신체적 기능의 변화는 가족구성원들의 기대에 변화를 일으킨다.

이러한 변화는 종종 인지가 안되고 가족 분열을 일으킨다.

가정 9 : 질환에 대한 가족의 지각(perception)은 대처하는데 있어서 가장 영향력이 큰 능력이다.

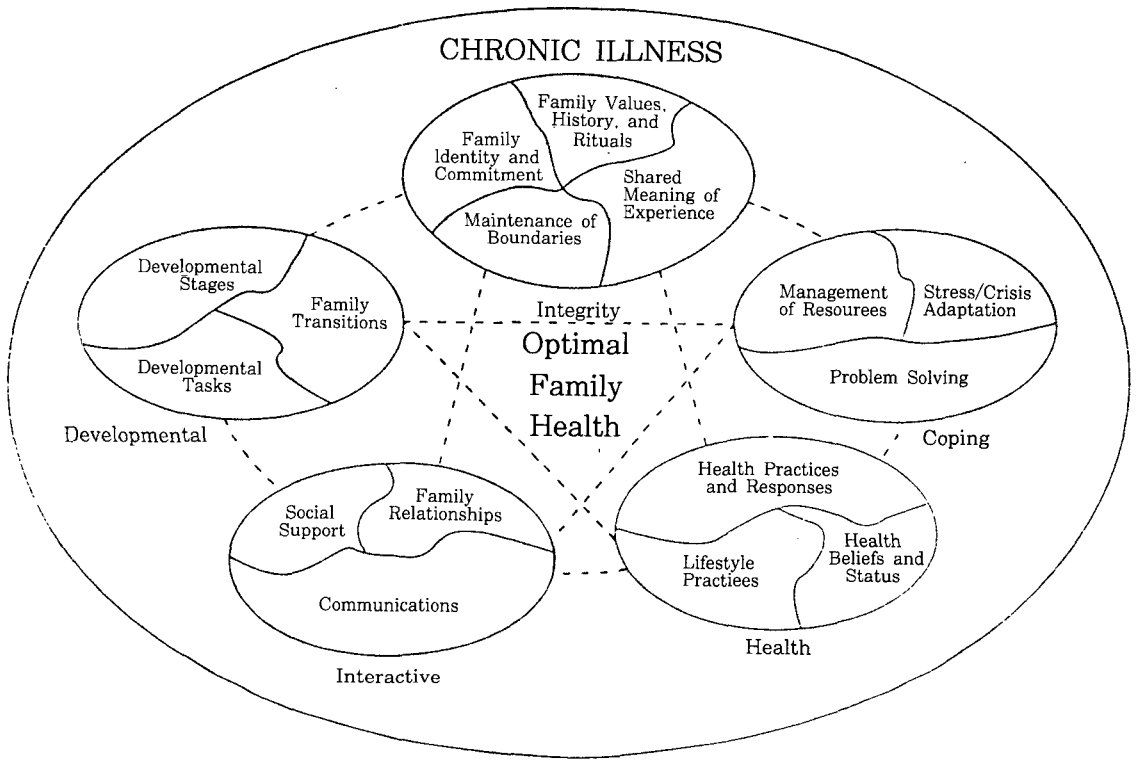
가족은 대처하기 위해 그 구조에 적응해야 하는 것 외에 "알려지지 않고 설명할 수 없고 합당하지 못한" 것에 확실감을 갖도록 질병에 대한 이해를 갖어야 한다.

이와같이 9가지의 가정을 사정시 충분히 고려하고, 다음 5가지 영역의 간호중재에 적용하도록 한다 (그림 I 참조).

상호작용 과정 : 가족의 상호작용과정의 주요구성은 의사소통, 가족관계, 사회적 지지로 이루어진다.

의사소통은 만성질환과 관련된 스트레스원을 해결하는 주요 요소로 보여진다.

의사소통은 가족내에서 가족 구성원들과의 관계를 강화, 약화 시키기도 하는 매개체이고, 태도, 생각, 애정, 사상등을 전달해주는 인간관계의 핵심적인 것이다(Myers & Myer, 1973). 만성질환은 건강 간호 전문가와 가족 구성원간의 상호관계로 효과적으로 관리 될 수 있다. 환자의 삶의질은



Anderson, K.H., & Tomlinson, P.,S.(1992). The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. Image:The Journal of Nursing Scholarship. 24(1). 57-63.

만성질환을 통해 가족관계를 유지함으로써 부분적으로 결정된다. 사회적 지지도 만성적인 환자와 그들의 가족을 위한 통합적 부분으로서 몇몇 학자들에 의해 인용되어 왔다.

만성질환으로 인한 고통과 동요에 적응하는데 사회적 지지가 중요하다. 결국 간단하게 말해서 사회적 지지란 다른 사람으로부터의 도움을 의미한다. 즉, 외부 자원 획득을 하여 어려움에 대처하는 외적 극복 방안으로써 정신적 지원, 사회적 지원, 공식적인 관계망에 의한 지원으로 나눌 수 있다. 대부분의 연구 조사자들은 적어도 6가지의 지지를 필요로 한다고 말한다. a) 개인의 믿음에 대한 인정 또는 동의, 태도나 감정, b) 긍정적 영향에 대한 표현, c) 감정과 믿음에 대한 개방적 표현, d) 작업에 있어서 도구적인 도움, e) 실질적인

도움의 제공, f) 그 사람이 조직의 한 부분인 것에 대한 정보의 제공등이다.

Saranson & Saranson (1985)은 지지를 감지된 지지와 운영된 지지로 나누고 있다. 필요한 도움을 획득할 수 있는 능력에 대한 믿음과 그러한 도움에 대한 만족은 감지된 지지의 차원을 구성하고 있다. 운영되는 지지는 실제로 제공되는 지지이다. 사회적 지지는 간호제공의 상황에 서 가장 많이 연구된 스트레스를 조절하는 변수이다. Gwyther와 George (1986)는 간호제공자들이 간호제공 책임이 없는 비슷한 나이의 사람들보다 낮은 정신 건강과 낮은 사회적 참여를 나타냈다고 보고했다. Alzheimer병 환자 가족들을 간호한 간호제공자들에 대한 연구에서 Scott, Roberto와 Hutton (1986)은 가족 지지가 간호 효과와 부담을 더는 것

과 긍정적으로 연결되는 것을 발견했다. Fiore (1986)와 Baille(1988) 그리고 Zarit(1986)는 친척들의 도움을 간호제공자의 정신건강(우울증)과 긍정적인 상호관계가 있음을 발견했다. Krause(1987)는 사회적인 지지가 자신이 보호받고 있다는 내적인 믿음을 증가시킴으로써 스트레스로부터 보호하는 방어벽을 제공할 수 있다고 보고했다.

상호작용과정에 대한 의사소통에 미치는 영향, 가족관계의 형태, 그리고 사회적 지지의 본질, 질, 시간, 양을 포함하여야 한다. 이러한 사정을 근거로 간호중재는 의사소통 상대자의 기능증진, 가족 구성원간의 개방적인 의사소통 격려, 질병과 상실에 관한 감정을 받아들이고 인식하도록 격려하는 것 등이 포함된다.

중재도 또한 만성질환의 다양한 단계에 따른 건 강한 가족관계를 신장시켜야 한다.

발달적 과정 : Anderson 과 Tomlinson에 의하면 발달적인 과정도 가족 발달단계, 개인의 발달, 발달과업, 가족 전환을 포함한다. 개인의 발달적 단계와 마찬가지로 가족의 발달단계를 결정하는 것도 매우 중요하다. 만성질환이 가족의 발달 단계 중 중요한 기점에서 발생한다면, 이것도 가족 구성원의 발달적 요구와 질환에 대한 그들의 적응에 영향을 미칠 수 있다.

따라서 간호사는 개인과 가족의 발달적 단계를 사정하고 그들의 발달 과업을 완성할 수 있는 정도를 사정해야 한다. 적절한 간호중재는 적절한 발달 단계에 도달할 수 있도록 가족을 돕는 것이다. 간호사는 안내를 제공하는 효과적인 전략을 이용해야하며 건강한 발달 과정을 증진하기 위해 각 단계의 주요과업에 대해 교육을 할 수 있다. 또한 가족이 얼마나 효과적으로 전환 할 수 있는가를 사정하는 것은 중요하다.

대처과정 : 대처 과정은 문제 해결, stress와 위기적용, 자원관리로서 확인되어 왔다. 가족의 대처능력은 개인 구성원의 대처기술과 가족 단위의 대처기술의 조합이다. 가족의 복지에 대해 이러한 조합된 대처능력의 영향도 반드시 사정되어야 한

다. 간호사는 개인과 상호활동 계획에서 어떠한 변화에 적응할 수 있는 능력과 마찬가지로 매일 활동과 질환의 요구를 관리할 수 있는 가족 구성원의 능력을 알아보도록 한다. 간호 중재도 질환, 질환에 따른 요구, 질환과 관련된 정상적인 감정, 가족이 이용할 수 있는 자원에 관한 정보를 주는 것이다. 간호사는 만성질환의 스트레스를 다루기 위한 효과적인 의사소통과 문제 해결 전략을 세우도록 가족을 도울 수 있다.

통합과정 : 경험에 통합적으로 기여하는 가족구성원의 의미, 가족, 가치, 역사, 관습, 가족 정체감이 통합적 과정에서 고려된다. 가족을 간호할 때 이러한 가족 경험 영역이 필수적임을 나타내고 있는데 가족의 가치, 관습, 역사는 행동에 영향을 미친다.

만성질환에 의해 영향받는 가족의 협조에서 가족가치체계를 사정한 후에 간호사는 가족을 간호하기 위한 계획을 발전시킬 수 있다. 만성질환이 있는 가족에서 발생하는 많은 역할 변화와 새로운 경계가 반드시 세워져야 한다.

따라서, 가족 구성원의 주요역할은 경제제공이며, 새로운 책임을 받아들이고 유지하도록 돕는 것이 중요한 간호중재가 된다.

건강과정 : 고려되는 가족 경험의 최종적인 과정은 건강신념과 상태를 포함한 건강, 건강수행과 반응, 그리고 습관이다. 가족 구성원의 건강 간호신념과 수행은 그들의 교육적 요구에 대한 중요한 지표로써 제공된다.

가족 건강과정에 대한 간호사정에는 건강신념, 각 구성원의 건강상태, 건강에의 정의, 건강간호에 관한 감정과 지각, 현재 건강 간호 관행, 최근의 생활 습관 관행을 포함한다.

중재는 가족 생활 관행을 개선하고 가족건강을 증진하기 위한 시도로서 교육, 병력, 상담을 포함하여야 한다.

Wright와 Leahey(1987)는 가족간호의 중재를 인지적, 감정적, 행동적 수준으로 나누어서 서술하고 있다. 인지적 수준에서의 간호중재는 가족에게

만성질환에 대한 원인, 과거력, 현재 및 잠재적 문제 등 질환자체에 대한 정보를 제공하고, 적절한 간호행위의 대처방안, 재활서비스 차원의 이용 및 가족이 의사결정을 하도록 돕는 것 등이 포함된다. 정서적 간호중재는 가족들이 문제해결에 장애가 될 수 있는 심각한 정서적 문제를 조절할 수 있도록 돕는 것이다. 만성질환의 과정동안 가족들이 경험하는 외로움, 두려움, 불신, 죄의식, 슬픔반응, 우울 등 다양한 정서반응에 대해 간호사는 그것이 정상적인 과정임을 인식하도록 돕고 적응할 수 있도록 중재한다. 가족 간호중재의 행동적 수준에서 보면 가족구성원 상호간에 더 효과적으로 반응하고 행동할 수 있도록 돕는 것이다. 간호사의 역할은 가족구성원에게 특수한 행동지침 및 내용을 할당시키고 감독하는 것이다.

이상과 같이, Anderson과 Tomlinson의 총체적 가족간호를 위한 이론적 틀, Griffin의 9가지 가정들, 그리고 Wright와 Leahey의 간호중재를 살펴보면, 간호수행에서는 간호대상자의 상황에 따라 보완 수정되어서 적용 가능하리라고 본다.

3. 총체적 지역사회 간호센터의 활성화

현재 대부분의 병원에서는 가족들이 간호 대상자와 같이 입원과 동시에 머물기 때문에 가족 간호중재를 좀 더 체계적으로, 연결성 있게(입원에서 퇴원 후까지) 순환적으로 잘 할 수 있으리라고 생각한다. 그러나 간호 대상자의 가족들의 역할을 보면 간호사의 보조적 역할, 즉 수동적인 역할을 담당하고 있을 뿐 매우 제한적이다. 이를 위하여 간호 대상자, 대상자 가족, 그리고 간호사 모두가 참여하여서 간호 사정을 하고 그에 따라서 자원 활용을 할 수 있도록 상호 전문인 팀(사회사업가, 영양사, 물리치료사)과 서로 협력을 할 수 있고, 간호대상자의 지역보건진료원과 연결가능하고, 퇴원 후 그 진료원에 의해서 간호가 이루어진다면 매우 바람직하리라고 본다.

더불어 만성질환 환자의 의료비 혜택부족, 그리고 경제적 부담으로 인하여 조기 퇴원을 하게 되면서 현재 간호 체계로는 병원에서의 간호 수행이

가정에서의 간호 수행과 연결성의 부족으로 재입원을 하게되는 경우가 증가하며, 이로 인해 간호를 담당하고 있는 가족들의 건강에도 많은 변화를 초래하고 있고, 경제적 부담도 크다.

이러한 의료 비용을 절약하고 간호대상자의 건강관리를 체계적으로 유지하기 위해서 간호사가 자율적이고 총체적 간호를 담당할 수 있고, 간호사에 의해서 운영되어지는, 그리고 지역 주민의 적극적 참여 아래에 지역 사회 간호 센터의 설립을 추진했으면 한다. 그 지역 주민 모두가 지역간호센터의 주인이 되도록 어린이로부터 노인까지 참여하게끔 권장한다. 그리고 그 센터에서는 가족간호 제공자의 교육, 훈련, 복합적 서비스 프로그램 제공(당뇨식이, 심장질환자의 식이, 물리치료 등), 자신을 돕고 그룹 지지(self-help), 가족상담 등을 할 수 있고 입원전, 입원시, 퇴원후 즉, 1, 2, 3, 4차의 간호의 체계성과 연계성을 유지하여서 새로 변화되는 의료 정보와 서비스 그리고 간호제공에 대한 효과적인 기술을 제공할 수 있다.

이 센터는 실무 간호사에 의해 관리되는 간호를 발전시켜야 한다. 실무 간호사들은 만성질환을 앓고 있는 간호대상자와 가족들을 위해 잠재적인 자원이 될 수 있고, 간호사들은 간호 대상자들의 간호요구를 확인, 치료개선, 변화에 평가를 하고, 상담을 하며, 다양하게 상호 다양한 팀에 의해 간호대상자와 그의 가족을 통합할 수 있는 준비가 될 수 있다.

예방에 대한 개념과 기능의 유지, 환자 참여도 등은 만성질환 가족간호를 성공적으로 이끄는데 절대 필요하다. 이것은 계속되는 간호를 제공하는 실무 간호사에 의해서 가장 잘 성취될 수 있다.

실무 간호사는 만성질환을 가진 간호 대상자들과 그들의 가족에게 간호를 여러 상황에서 제공할 것이다. 새로운 지역 사회 간호센터 환경이 더 많은 기회를 상호 전문인 팀들과 함께 실습의 복합적이고 상담적인 모델을 제공하며, 질과 비용 효과적인 서비스를 만성질환을 앓는 성인, 어린이 그리고 노인 인구들에게 우리나라 곳곳 도회지나 시골같은 환경에서 제공할 수 있을 것이다.

그러므로써 간호는 간호대상자 뿐 아니라 가족 사회인 모두에게 간호의 목표인 건강관리, 예방, 증진을 성공적으로 할 수 있으리라 본다. 그러나, 이러한 제도의 정착을 위해서는 국가적인 정책의 뒷받침과 간호 전문가들의 노력이 좀 더 구체적으로 따라야 한다.

4. 가족간호 전문간호사 프로그램 활성화

가족간호 전문간호사의 개인과 가족건강을 위한 증진, 유지, 회복, 가족자원의 고양, 그리고 지역사회, 사회, 건강서비스 같은 가족 밖의 자원에 대한 충당으로 가족과 사회 또는 가족과 가족 구성원들 사이에 상호관계를 역동적인 전체로써 유지하고 상호 협동적이 되어야 한다.

따라서, 학부교육의 측면에서 한국 가족상황을 고려할 필요성이 있다. 예를들어, 가족주의가 강조되는 문화로써 가족구성원간의 관계 중 부자관계를 우선시하는 가부장적 특성이 강하다는 점, 그리고 한국상황에서는 가족 전체를 통하여 간호중재하기가 어려운데, 권위적인 남편은 부부문제, 자녀문제를 집밖의 다른사람과 의논하는 것을 체면이 깎인다고 생각하므로 대부분 남편들은 가족내 문제는 부인이 알아서 처리하기를 기대하고 있다. 그러므로 간호사정시 가족구조내의 역동성을 진단하는 것이 필요하다고 본다. 한국 상황에서는 가족의 가풍, 관습과 비언어적 의사소통에 대한 이해가 고려되어야 한다. 대부분의 한국인들은 가족내에서 일어나는 사건들과 정서적인 측면을 외부의 사람에게 표현하는 것을 잘 하지 않으며, 한국 가족구조에서는 가족의 역사와 각 가족구성원의 생활사에 대한 진단을 중요시 해야한다. 과거 가족과의 관계, 시집과 친정과의 관계등이다(송정자, 1985).

따라서, 한국의 가족문화를 고려한 가족간호 전문간호사 프로그램의 활성화방안을 모색해야 한다.

Ⅲ. 결 론

이상으로 만성질환 환자의 가족간호를 위한 방

안을 모색하기 위하여 만성질환의 개념, 체험과정, 추세를 살펴보고, 가족간호를 위한 이론적 틀을 제시하였다. 그리고, 만성질환 환자의 가족간호를 위한 구체적인 방안으로 간호사에 의해 운영되는 총체적 지역사회 간호센터의 활성화 전략 및 한국적 가족문화를 고려한 가족간호 전문간호사의 프로그램 활성화 방안을 논하였다.

만성질환을 앓는 환자 및 가족은 따로 떼어서 볼 수 없는 하나의 단위(unit) 혹은 체제(system)로써 이해되어야 하며, 특히 가족중심문화권이 강한 한국상황에서는 더욱 그러하다.

이같은 가족전체 중심의 가족간호중재와 더불어 또 하나 고려해야할 점은 만성질환 자체에만 초점을 맞추어서는 안된다는 점이다. 다시말해, 의학분야에서 전통적으로 지향되어왔던 질환중심의 접근 및 치료방식은 인간의 삶의 질이 중요시되는 현대적 관점에서의 진부한 시각이다. 따라서, 질환의 신체적 간호는 물론 정서적 경험, 나아가 사회적으로 뒷받침 해 줄수 있는 총체적인 간호 접근방안이 절실하다. 이는 결과적으로 만성질환환자와 가족의 삶의 질 문제와 연결된다.

사랑을 주고 받으며, 의존성과 독립성의 적절한 조화를 이룰 수 있도록 돕고, 자기자신에 만족하고 마음의 평화를 가지고 인생을 즐길수 있는 에너지를 가지고 효과적으로 적용하고 희망을 가지는 것은 만성질환 환자 간호의 궁극적인 목적인 대상자의 삶의 질을 유지하고 증진시키는 길이 될 것이다. ■

참 고 문 헌

- Anderson, K. H. & Tomlison, P. S. (1992). The Family Health System as an emerging Paradigmatic View for Nursing. The Journal of Scholarship, 24(1). 57-63.
- Butcher, L. (1994). a Family-Focused Perspective on Chronic Illness. Rehabilitation Nursing, 19(2), 70-74
- Craft, M. J. & Willadsen, J. A. (1992).

- Interventions Related to Family. *Nursing Clinics of North America*, 27(2), 517-540.
- Diamond, M. & Jones, S.L. (1983). *Chronic Illness across the life Span*. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts.
- Donnelly, G. f. (1993). Chronicity : Concept and Reality. *Holistic Nurse Pract*, 8(1). 1-7.
- Fiore, J. (1986). Social Support as a Multi-Faceted Concept. *American Journal of Community Psychology*, 14, 93-111.
- George, L. K. & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver Well-Being : A multidimensional Examination of Family Caergivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Griffin, J. Q. (1980). "Physical Illness in the Family," in *Family-focused Care*. Edited by Miller, J. R., and Janosik, E. H. New york : Mc Graw-Hill Book. co.
- Hanson, S. (1992). *American Families, Fatherhood and Cultural Trends*. 이화여자대학교, 간호대학 학술심포지움.
- Hull, M. M. (1990). Sources of Stress for Hospice Caring Families. *Hospice J*, 6, 29-53.
- King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing : System, Concepts, Process*. New york:John Wiley & sons.
- Koch, L. W., Pazaki, S. H., & Campbell, J. D. (1992). The First 20 years of Nurse Practitioner Literature. *Health Care Issues*, 17(2), 62-71.
- Krause, N. (1987). Understanding the Process : Linking Social Support with Locus of Control. *Journal of Gerontology*, 42, 589-593.
- Lindgren, C. L. (1993). The Caregiver Career, *Journal of Nursing Scholarship* 25(3). 214-219.
- Martens, N., & B. Davis (1990). The W work of Patients and Spouses in Managing Adbvanced Cancer at Home. *Hospice J*, 6, 55-73.
- Maturana, H. R. (1988). Reality : the Search for Objectivity or the Guest for a Compelling argument. *The Irish Journal of psychology*, 9(1), 25-82.
- Mc Cubbin, H & J. Patterson (1983). "Stress : The Family Inventory of Like Event and Change," in Erik Filsinger(ed), *Marriage and Family Assessment : A Source Book for Family Therapy*. London : Sage publications.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with Chronic Illness, Overcoming Powerlessness*. Philadelphia, Pa : F. A. Davis.
- Morse, J. M, Johnson, J. L. (1991). Toward a Theory of Illness : the Illness Constellation Model. In : Morse JM, Johnson JL, eds. *The Illness Experience*. Newbury Park, Calif : Sage.
- Myers, G. E. & Myer, M. T. (1973). *The Dynamics of Human Communication Laboratory Approach*, New York : Mc Graw-Hill, Inc.
- Oberst, M. J., & James, R. H. (1985). Going Home : Patient and Spouse Adjustment Following Cancer Surgery. *Topics in clinical Nursing*, 7(1), 46-57.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Musen, M., & Wilson, M. (1983). *Families : What Makes Them work*. London : Sage publications.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing concepts of Practice*. New york : Mc Gram Hill book co.
- Preston, R. P. (1979). *The Dilemmas of Care : Social & Nursing Adaptations to the Deformed, the Disabled, and the Aged*. New York ; Elisevier.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gelontology*, 38, 344-348.
- Robinson, C. (1994). Nursing Interventions with Families : a demand or an invitation to change? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 897-904.
- Romeis, J. C. (1989). Caregiver Strain : Toward an Enlarged Perspective. *Journal of Aging & Health*,

- 1, 188-208.
- Sarason, I., & Sarason, B. (1985). Social Supports-Insights from Assessment and Experimentation. In *Social Support: Theory, Research, and Applications*. Martinus Nijhoff, Dordrecht. 39-50.
- Sayles-Cross, S. (1993). Perception of Familial Caregivers of Elder Adults. *The Journal of Nursing Scholarship*, 25(2), 88-92.
- Schulz, R., Tomking, C., & Rau, M. (1990). A longitudinal Study of the Psychosocial Impact of Stroke on Primary Support Person. *Psychology & Aging*, 3, 131-141.
- Scott, J. P., Roberto, K. A., Hutton, T. H. (1986). Families of Alzheimer's Victim: Family Support to the Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 348-354.
- Stuart, M. E. (1991). An Analysis of the Concept of Family in Whall, A. & Fawcett, (ed), *Family Theory development in Nursing*. Philadelphia: Davis. co.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Co.
- Tringali, C. A. (1986). *The Needs of Family Members of Cancer Patients*. *Oncology Nursing Forum*, 13, 65-69.
- Watson, P. G. (1992). Family Issues in Rehabilitation. *Holistic Nursing Practice*, 6(2), 57-59.
- Wellish, D., Landsverk, K., Huidera, K., Pasnau, R., & Fawzy, F. (1983). Evaluation of Psychosocial Problems of the Homebound Cancer Patient: Methodology and Problem Frequencies. *Problem Frequencies. Psychosomatic Medicine*, 45, 11-21.
- Wilson, H. S. (1989). Family caregivers. *Applied Nursing Research*, 2, 40-45.
- Wright, L. M., & Leahety, M. (1987). *Families & Chronic Illness*. Springhouse, Pennsylvania: Springhouse Corporation.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers. *The Gerontologist*, 26, 260-266.
- 송남호 (1989). 만성질환자 가족군과 정상가족군의 가족적응력과 가족결속력의 비교 연구. 이화여자대학교, 간호대학 석사학위 논문.
- 송성자 (1985). 한국 부부간의 의사소통유형과 가족문제에 관한 연구. 승전대학교 박사학위 논문