

만성질환자가족의 불안 및 가족기능에 관한 연구

김주성* · 김명희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인간은 외부환경과 물질, 에너지, 정보를 교환하는 하나의 체계로서 자신의 가족, 자기 주위의 사람 그리고 현재의 자기 자신을 존재하게 하는 여러 세대에 걸친 과거와 끊임없이 연결되며 모든 인간의 정체감은 준거집단 특히 가족의 인정에 의해 형성된다(김정택 외, 1995).

가족은 사회적 규범으로 인정된 사랑과 지지의 교환을 통해 개인적, 집단적으로 그 가족구성원을 지지하고 보호하는 능력을 가지며(최영희, 1988 ; Hollen & Patrica, 1981), 한 가족구성원의 변화는 다른 가족원의 변화를 야기시켜 가족 전체의 구조와 기능에 변화를 초래하게 된다(황영빈, 1990 ; 최영희, 1983). 특히 가족구성원의 만성적인 질환은 환자 개인의 삶을 불균형상태로 만들뿐 아니라 가족구성원이나 타인에게 신체적 돌봄을 위한 다양한 물질, 인적 요구를 통해 가족구성원의 삶에 영향을 미치게 된다(이영신, 1993).

오늘날 간호현장에서는 간호대상자에 대한 총괄적 간호제공을 위하여 돌보는 가족에 대한 이해

와 관리가 중요한 변수로서 인식되고 있다(Davis & Grant, 1994 ; Williams et al., 1993 ; Norbeck et al., 1991). 특히 가족구성원이 만성질환으로 인해 질적인 삶과 생명을 위협받을 때 가족들의 간호제공과 적응은 우선적으로 해결되어야 할 중요한 간호문제로 대두되고 있다.

만성질환은 관찰, 감독, 치료 및 간호에 오랜 기간을 요구하는 모든 상황을 포함하는 것으로 비가역적 병리변화를 거쳐 영구적일 수도 있으며 신체불능을 초래하거나 재활을 위한 특수훈련과 치료를 필요로 한다(황보선 외, 1992 ; 김은진, 1991). 따라서 생활중 많은 부분이 빈번한 입원과 계속적인 질병의 추후관리에 소요되므로써 돌보는 가족구성원에게는 경제적 부담감, 가족내 역할변화에 따른 기능충돌 및 기타 가족구성원의 사회적 활동범위의 제한과 비효율성이 초래되어 가족체계의 역동성에 긴장과 불균형을 유발한다. 더불어 생리적 심리적 체계의 불균형 상태에서 가족의 욕구가 충족되지 못하면 불안이 야기되고 이러한 가족불안은 가족기능수준을 변화시키게 됨으로써 가족의 불안이 환자에게 전이되어 결과적으로 질병의 경과에 영향을 미치게 된다(김선영, 1985).

만성질환자를 둔 가족은 환자에 대한 단순한 간

* 부산대학교 대학원

** 부산대학교 의과대학 간호학과 교수

호제공편만아니라 일차간호관리자로서의 책임을 부가적으로 갖게 되어(김태수 외, 1995) 실제 만성질환자 가족의 부담감은 더욱 증대된다고 할 수 있다. 그러므로 만성질환에 대한 올바른 가족이해와 적절한 가족중재에 대한 인식은 만성질환자 및 그 가족구성원의 건강과 가족기능유지에 있어 매우 중요한 부분이며 동일한 가족체계에서 상호작용하는 만성질환자와 그들 가족구성원에 대한 동시적인 간호중재가 더욱 절실히 진다. 따라서 본 연구는 만성질환자의 질병경과에 영향을 줄 수 있는 가족구성원의 불안과 가족기능수준을 정상가족군과 비교하므로써 만성질환자가족에 대한 정확한 이해를 돕고 가족중심적 간호를 제공하는데 도움이 되는 기초자료를 수집하고자 시행하였다.

2. 연구목적

본 연구는 만성질환자 가족에 대한 이해를 돕고 가족중심 간호를 제공하는데 도움이 되는 기초자료를 수집하기 위함이며 본 연구를 위한 구체적 조사내용은 다음과 같다.

- 1) 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능의 차이를 파악한다.
- 2) 가족체계에 따른 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능의 차이를 파악한다.
- 3) 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능의 상관관계를 파악한다.

3. 용어정의

- 1) 만성질환자가족
 - 이론적 정의 : 질병으로 인한 병리학적 상태의 회복이 불가능하거나 장기간의 의학적 감독이나 재활을 요구하는 질환을 가진 자와 夫婦 또는 父母관계로 구성되는 사회체계를 말한다.
 - 조작적 정의 : 관상동맥질환, 만성심부전, 만성신부전, 간경변증, 당뇨, 암 등으로 진단받은후 6개월이상 치료중인 만성질환자와 결혼 및 혈연에 의해 함께 기거중인 배우자와 자녀를 말한다.

2) 불안

- 이론적 정의 : 자아가 위협받는 과정에서 생긴 정서반응으로서 두려움을 내포한 염려감을 말한다(유미영, 1986).
- 조작적 정의 : Zung, William W. K.가 개발한 20문항의 4점척도로 구성되어있는 Self-Rating Anxiety Scale(SAS)로 측정된 점수로써 점수가 높을수록 불안이 높음을 의미한다.

3) 가족기능

- 이론적 정의 : 가족구성원이 하나의 개방체계를 유지시키기 위해 인간과 환경간의 관계에서 조화를 이루도록 하는 활동을 말한다(Roberts & Feetham, 1982).
- 조작적 정의 : 7점척도로 구성된 Feetham Family Functioning Survey로 측정된 가족기능수행도, 중요도, 만족도의 점수로써 점수가 높을수록 가족기능이 높음을 의미한다.

II. 문헌고찰

1. 불안

불안은 복잡하고 다면적인 개념으로서 학자들마다 다양한 정의로 설명하고 있다. Freud는 불안을 자아에 의해 인식된 위협신호로써(강부규, 1993) 현실불안과 신경증적 불안, 도덕적 불안으로 분류하여 제시하고 있다. 현실불안이란 현실세계로부터의 위협에 대한 반응으로 위협을 피하기 위해 무엇인가 하는 것이 좋을 것이라고 경고하는 기능을 가지며 객관적이고 알아볼 수 있는 출처에 대한 반응이다. 그리고 신경증적 불안은 이드충동이 의식속으로 분출되어 나온다는 위협에 대한 반응으로 자아가 이드로부터의 본능적 위협들을 감지할 때면 언제나 불안해지고 위협의 출처를 알 수 없을때 발생하는 것으로 무의식적 갈등에서 기인된 것이다. 마지막으로 도덕적 불안은 초자아로부터의 처벌위협에서 비롯된 것으로 이드충동이 부도덕한 방식으로 충족을 얻으려 위협할 때 초자아가 대응되는 반응을 하는 것으로 설명하고 있다

(홍숙기, 1995).

Dollard와 Miller(1950)는 불안을 혐오적 사상이 곧 발생하리라고 경고해 주는 일군의 자극들에 대한 학습된 반응이라 하였으며 Rotter는 욕구와 기대간의 불일치를 반영하는 것으로 충족되지 않는 기대가 희박한 경우의 강한 욕구로 불안을 설명했다(홍숙기, 1995). 또한 Cattell(1966)은 불안을 충족되지 않은 욕구들의 합으로써 욕구충족에 대한 총체적 기대에 상응하는 것으로 개념화하였으며 Zung은 불안을 자아가 위협받는 과정에서 생긴 정서반응으로 두려움을 내포한 염려감으로 표현하였다(유미영, 1986).

Mischel(1986)은 불안을 학습된 두려움으로 정의하고 있으며 Maher(1966)는 경험되는 불안에는 공통적인 요소들이 있으며 그 내용을 다음과 같이 설명했다. 첫째는 직접적이고 객관적인 위협을 확인할 능력이 없는 두려움이나 위협에 대한 의식적인 느낌이며 둘째는 잡다한 신체적 변화와 호소를 포함할 수 있는 생리적 각성 및 신체적 고통의 양식이고 셋째로는 효과적인 문제해결과 인지적 통제의 붕괴와 혼란으로서 여기에는 환경 요구에 명확하게 생각하고 효과적으로 대처하지 못하는 어려움 등이 포함된다는 것이다.

이상과 같이 불안은 우리들이 때때로 경험하는 '걱정', '근심', '두려움' 및 '공포'와 같은 용어가 특징짓는 불쾌한 정서를 의미하는 것으로 대부분의 사람들은 불안을 감소시키거나 회피하려고 하며 위협을 주는 사상이 외적일 때 위협 상황으로부터의 신체적 도피나 외부로의 도움요청과 같은 문제해결의 다른 형태에 의해 감소될 수 있다.

불안정서가 생활에 미치는 영향에 대하여 살펴보면 Geen(1980)은 주어진 과제를 잘 할 수 있기 위해 필요한 과제자극들을 활용할 수 있는 능력과 과제수행중의 성공이나 실패에 대한 반응 및 과제수행중의 신체상태에 대한 해석에 있어 부정적인 영향을 주게 되므로 불안한 사람은 과제를 하는 중에 적합한 단서들에 주의를 기울이지 못하게 되며 특히 걱정과 강한 정서가 결합될 때 수행을 더 손상시키게 된다고 하였다.

Mischel(1986)은 불안이 수행의 질에 영향을

미치고 특히 부정적이며 자기 몰입적 사고를 일으킬 때 명확한 사고와 효과적인 환경적 대응을 어렵게 하여 수행을 고의적으로 방해하게 된다고 하였다. Hebb는 확산된 두려움으로 경험되는 정서적 각성상태인 불안이 중정도의 수준에 있을 때 수행효율성이 가장 효과적으로 된다고 설명하고 있다(손정락, 1995).

이상의 내용을 종합해보면 불안은 다차원적인 추상적 개념으로서 개인의 신체, 지각, 타인과의 관계 등의 현상을 통해 출현되고 새로운 경험을 하기 이전에 일어나는 알 수 없는 두려움으로 개인이 경험하는 근심, 걱정, 긴장, 불편감 등의 주관적 정서로 설명가능하다. 그리고 불안은 상호인간관계에서 서로 옮겨지는 접촉성 전달의 특성을 가지고 자신의 존재와 안정에 위협이 발생될 때 더욱 크게 증폭되어 수행의 질에 영향을 미치는 직접 관찰할 수 없는 에너지이다. 따라서 간호대상자의 안위를 돌보는 간호실무에서 이러한 불안의 특성이 이해되어야 하며, 간호현장에서 인식된 불안은 가장 우선적으로 사정되고 조절되어야 하는 중요한 간호문제가 된다.

2. 가족기능

가족은 가족구성원 개개인이 물리적, 정신적 공간을 공유하는 가족구성원의 집합일 뿐만아니라 세대를 거듭함에 따라 그들 고유의 가족문화를 소유하고 가족의 규범, 역할, 권위구조, 대화형태, 가족구성원의 고유한 역할의 협력과 문제해결방법 등의 여러 과업을 효율적으로 수행해 나가는 자연스러운 사회체계로서 각 구성요소를 포함한 그 자체의 독특한 특성을 가진 복합체이다. 가족은 가족구성원 개개인이 인간으로서 갖는 기본 욕구를 충족시키며 가족 상호간의 기능과 그들이 갖는 각자의 역할을 수행해 감으로서 가족 전체의 안녕을 도모하며(한숙정, 1992) 서로 일차적 지지체로 함께 존재하는 구성원의 체계로(Friedemann, 1991) 비록 개인들로 구성된 집합체이기는 하나 단순한 개인의 집합체가 아니며 그 가족구성원들이 환경과 물질, 에너지, 정보 등을 상호교환하는 생물,

심리, 사회적으로 통합된 개방체계라는 특성을 지닌다는 것이다.

또한 가족은 가족의 안정(항상성)을 도모하려는 시도와 계속적으로 변화하려는 노력이 있는 체계로서 비교적 한정된 범위내에서 상호관계를 유지하려는 규범을 형성하고 그 규범에 의해 지배되는 반면에 가족원의 발달적 변화, 가족수의 변화, 가족외의 환경으로부터의 새로운 것의 유입 등에 따라 가족 규범을 변형시키고 새로이 적응해간다(이충경 외, 1991).

Goldenberg는 共變하는 상호작용적인 일단의 구성요소로 가족체계를 설명하면서 가족은 가족구성원에 의해 공식, 비공식적으로 인정된 규칙에 의해 행동양식이 규정되고 각 가족은 항상성유지를 위한 기법을 사용하여 체계로서의 균형을 유지하고 있으며 최상으로 기능하는 유능한 가족의 특징요소로서 바람직한 의사소통방법과 일관된 부모역할의 연합을 강조하였다(김정택 역, 1995).

그리고 가족은 사회구조와 문화에 따라 가족형태가 다양화되고 사회와 가족이 요구하는 기능은 가족이 독립적으로 이행하기보다는 가족이 속한 더 큰 사회조직에 의해 상호보완적으로 이루어진다. 따라서 가족을 대상으로 하는 사정과 중재는 연속적인 기능부전을 변화시키고 성장, 축진을 증진하는 방향으로 상호작용과정에 중점을 두어야 한다(최영희 외, 1988).

가족의 기능은 사회와 시대에 따라 다양하게 나타나며 끊임없이 변화한다. 흔히 보편적인 가족기능으로 Murdock이 제시하고 있는 자녀 출산, 사회화 교육, 경제적 협력, 성적 욕구충족 등을 들고 있으며 일부 학자들이 부가적으로 이상의 가족기능을 전제로 정서적 기능을 강조하기도 한다(송성자, 1994).

Bell과 Vogel은 체계모형에 근거하여 가족기능을 외부체계로부터 가족에 오는 이익(goods)에 대한 준비 및 가족의 재산관리와 유지, 사회화 과정을 포함한 가족구성원의 상호의존적 관리 등의 결과로 설명하였다(김남영, 1988; Roberts & Feetham, 1982). Friedman은 가족기능을 가족체계의 성장, 연속, 생존을 유지하는데 필요한 활

동으로 가족구조의 결과이며 가족 개인 구성원의 욕구를 충족시켜 주는 것이라고 하면서(한숙정, 1992) 가족의 정서적 기능을 강조하였다. 그는 정서적 기능을 가족구성원의 심리적 욕구충족과 성격유지, 안정을 이루는 것 등의 사회심리적 보호와 가족구성원의 지지 등을 포함하여 설명하였다. 또한 Roberts와 Feetham(1982)은 가족기능을 실제 활동으로써 무엇을 할 수 있는나에 초점을 두면서 가족행위의 넓은 범위에 걸쳐 이루어지는 개인과 가족, 개인과 환경 사이의 상호관계를 의미하는 과정적 측면과 외부체계로부터 가족에게 제공되는 이익과 가족재산의 유지와 관리, 사회화 과정 및 부양가족을 돌보는 것을 포함하는 결과적 측면, 그리고 가족체계를 유지하기 위해 상호작용하는 기능을 의미하는 내용적 측면으로 설명하였다. 반면에 Jackson, Haley, Satir 등은 의사소통이론의 원칙을 기초로 가족상호작용의 의사소통과 메타커뮤니케이션 측면을 분석함으로써 가족관계와 기능을 파악하였다(최영희 외, 1988; 김정택 외, 1995).

이상의 다양한 가족과 가족기능에 대한 접근에서 가족은 가족구성원에 있어 가장 기본적이며 우선하는 중요집단으로 개인은 가족을 통해 성장하고 가족은 개인의 신체적, 정신적 건강과 질병에 영향을 미치게 된다. 그리고 가족의 영향력은 그 가족구성원이 신체적인 경계로부터 분리된 이후에도 계속적으로 작용하여 가족으로부터 분리된 가족구성원은 본래의 가족과 유사한 기능을 가진 새로운 체계를 형성하며 기능하게 된다(Friedmann, 1991). 가족은 상호의존적이고 상호적응적이며 목표지향의 개방체계로서 환경과 끊임없이 상호작용하여 안정상태를 유지하고자 한다. 한 가족구성원의 변화는 체계내의 다른 가족구성원에 변화를 초래하며 변화에 적절히 대응하지 못할 때 가족체계에 불균형과 위기와 혼란을 야기하게 되어 그 심각성은 더욱 커질 수 있다. 따라서 가족체계에 발생된 불균형을 정확히 파악하고 초래되는 변화를 예견하여 긍정적인 방향으로의 전환을 유도하는 지지적인 간호중재에 대한 모색이 이루어져야 할 것이다.

3. 만성질환에 따른 불안과 가족기능

만성질환은 지속적인 치료와 간호관리를 필요로 하며 가족내의 상호작용에 중요한 부분을 이루어왔던 일상의 틀을 해체시켜 문제해결을 위한 보상적인 적응을 요구한다. 특히 만성질환자의 입원은 가족구성원들에게 병원의 낯선 환경과 환자를 간호하고 치료하는 과정, 환자의 불확실한 질병상태, 경제적 문제, 의료진과의 관계, 환자상태에 영향을 미칠 수 없는 무력감 등과 관련된 긴장과 불안을 느끼게하며(안효덕, 1987) 이러한 불안은 환자의 상태 및 치료과정에 대한 정보와 정서적 지지에 대한 필요를 증가시키게 된다.

건강관리 전문가들은 가족을 질병유발의 요인, 건강관리자 그리고 환자에 대한 자원 등의 다양한 측면으로 인식하고 있다(변영순 역, 1986). 가족은 개인의 사회적 환경중에서 가장 우선되는 지지체계로 작용하며 질병에 대한 현실적이고 지적인 판단능력에 따라 가족의 반응은 다양해 질 수 있다(이영신, 1993).

만성질환자를 돌보는 가족이 경험하는 어려움과 부정적 경험이 해소되지 못하면 가족생활양상의 변화와 사회활동의 제한, 누적된 피로 등에 의한 신체적 불편감과 사회적, 경제적, 신체적 부담이 불가피해진다(서미혜 외, 1993).

George와 Gwyther(1986)는 만성질환자 가족은 정상가족보다 스트레스 증상을 더 많이 경험하고 정서적으로 불안하며 삶의 만족도가 낮고 정신성 약물의 사용도가 높으며 가족의 휴식과 취미활동의 부족과 같은 사회적 활동참여에 장애가 있음을 보고하였다. 김명자 등은(1991) 가족구성원의 만성질환으로 가족내에서 일어날 수 있는 변화로서 역할변화, 업무의 재분배, 질병경과에 대한 불확실성과 불안, 상실감에 따른 스트레스 증가와 익숙치 않은 책임에 대한 갈등, 재정적인 문제, 예견되는 분리와 상실에 대한 불안, 사회적인 관습의 변화 등을 제시하였다.

Lindgren은 만성질환자를 간호하는 가족의 경험을 다음의 3단계로 설명하였다(신경림, 1994). 제 1단계는 처음 마주치는 단계로서 가족은 간호

대상인의 진단을 수용하고 새로운 간호기술을 획득하여 생활양식에 변화를 유발시킨다. 제 2단계로는 중간 또는 인내하는 단계로 가족은 환자가 요구하는 간호내용과 사회적 고집, 정신적 갈등을 견디기 위해 노력하게 되며 이 단계에서는 많은 양의 일이 일상화된다고 하였다. 제 3단계는 최종적 또는 퇴장단계로 가족은 간호대상자의 죽음이나 의료기관으로의 이송을 통해 부분적인 책임에서 벗어나게 되고 이 시점에서는 결정, 활동, 역할포기 등과 관련된 적응이 이루어진다고 하였다.

오늘날 만성질환자 가족기능에 대한 현상의 파악과 중재를 위한 많은 연구가 시행되고 있으며(이금재, 1987; 송남호, 1989; 이영희, 1988). 다양한 연구보고에서 만성질환자 가족과 정상가족의 가족기능에 대한 고찰의 결과는 질병의 만성화를 통해 가족은 심리적, 신체적, 경제적 자원의 고갈과 가족기능의 장애를 가져왔으며(김은진, 1991; 양영희, 1992; 이영희, 1988) 간호제공자의 스트레스에 대한 평가는 우울과 불안을 예견할 수 있다고 보고하고 있었다(Neundorfer, 1991).

또한 만성질환자는 가족에 매우 의존적이고 가족의 태도에 크게 영향을 받게 되므로(De-Nour et al., 1968) 긍정적인 가족지지는 이들의 회복에 영향을 크게 미치게 된다고 하였다(Kaplan et al., 1977; Molter, 1979). 따라서 만성적 질병의 경과과정은 개인의 문제로 국한되지 않고 가족전체와 만성질환간의 공통 맥락으로 이해되어야 하며 야기되는 문제의 해결과 사전예방을 위한 적극적인 노력이 이루어져야 할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 만성질환자 가족의 불안과 가족기능을 건강한 정상가족과 비교하여 만성질환자를 둔 가족에 대한 이해를 돕고 가족중심적 간호를 제공하는데 도움이 되는 기초자료를 수집하기 위해 시도된 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서 만성질환자가족은 만성질환을(관상동맥질환, 만성심부전, 만성신부전, 간경변증, 당뇨, 암) 진단받은 후 6개월이상 통원치료하던 중 증상조절을 위해 부산시내 4개 대학병원에 입원한 만성질환자의 배우자 33명과 자녀 35명으로 구성되었고 정상가족은 부산시내에 거주하면서 최근 1년간 만성질환이 없이 건강한 생활을 하고 있는 가족의 배우자 33명과 자녀 35명으로 선정하였으며 선정된 연구대상자는 모두 아래의 조건을 충족하는 이로서 총 136명을 대상으로 하였다.

- 만 18세 이상 60세 이하인 자로서 의사소통 가능한 자
- 법적으로 인정된 가정의 일원으로 현재 배우자(또는 부모) 및 자녀가 반드시 함께 기거중인 자
- 본 연구목적을 이해하고 자발적 참여를 수락한 자

3. 연구도구

1) 불안측정도구

Zung과 Wiliam(1971)이 개발한 Self-Rating Anxiety Scale(SAS)을 정민(1986)이 번역한 것으로 정서적 측면(5문항)과 신체적 측면(15문항)으로 구성된 총20문항, 4점 척도의 자가보고식으로 ‘항상 그렇다’ 1점, ‘그렇지 않다’ 4점으로 계산하고 부정적 문항에 대해서는 역환산처리하여 점수가 높을수록 불안이 높음을 의미한다. 본 연구도구의 신뢰도는 Cronbach’s=.82로 나타났다.

2) 가족기능측정도구

Roberts & Feetham(1982)이 개발한 Feetham Family Functioning Survey를 배우자용 설문지(총21문항)와 자녀용 설문지(총19문항)로 수정보완하여 각 문항마다 현재수준, 기대수준, 중요도수준으로 구분하여 다음과 같은 방법으로 조사하였다.

- 가족기능수행도 : 각 문항마다 지각되는 가족기

능의 현재 수준을 측정된 값으로 ‘전혀없다’ 1점에서부터 ‘매우많다’ 7점까지 7점척도로 측정된 점수의 합이다.

- 가족기능중요도 : 각 문항에 대해 중요하게 여기는 정도를 측정된 값으로 ‘전혀없다’ 1점에서부터 ‘매우많다’ 7점까지 7점척도로 측정된 점수의 합이다.
- 가족기능만족도 : 각 문항에 대해 지각되는 가족기능의 현재수준과 희망하는 기대수준의 차이를 절대치로 계산한 후 절대치가 0일때 만족점수 7점으로 역환산처리하여 7점척도로 측정된 점수의 합이다.

본 도구의 신뢰도는 Cronbach’s α =.85(배우자용)와 Cronbach’s α =.83(자녀용)으로 나타났다.

4. 자료수집 기간 및 방법

본 연구의 자료수집 및 연구진행절차는 다음과 같다.

첫째단계 : 연구보조원은 3년간 종합병원 내과 병동에서 근무중인 간호사 2인으로 구성되었으며 연구보조원 훈련은 본 연구자가 직접 연구목적과 설문지내용을 설명한 후 설문지의 각 문항에 대해 연구자와 동일한 방법과 범위로 설명할 수 있을 때까지 반복시행되었다.

둘째단계 : 1995년 7월 31일부터 8월 12일까지 부산시내 4개 대학병원에서 연구자 및 연구보조원이 직접 환자차트를 확인하거나 차트열람이 허락되지않는 병원에서는 연구목적을 설명받은 해당 병동 수간호사가 직접 환자차트를 확인하여 관상동맥질환, 만성심부전, 만성신부전, 간경변증, 당뇨, 암환자들중에서 입원치료후 안정기에 접어든 만성질환자를 선별한 후 연구를 수락한 만성질환자가족 총 68명을 대상으로 직접 면담을 통해 가족의 일반특성과 불안, 가족기능을 자가보고식으로 준비된 설문지로 조사하였다.

셋째단계 : 1995년 8월 14일부터 8월 26일까지 부산시내에 거주하면서 최근 1년간 만성질환이 없이 건강한 생활을 하고 있는 의과대학생과 그들의

부모를 선정 한 후 연구를 수락한 정상가족 총 68명을 대상으로 동일한 방법에 따라 설문지로 조사하였다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 부호화하여 SPSS를 사용하여 통계처리하였다.

- ① 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능의 차이 및 가족기능문항별 비교는 평균과 표준편차, t-test를 사용하였다.
- ② 불안과 가족기능의 상관관계는 pearson correlation coefficient를 적용하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

만성질환자가족과 정상가족의 불안 및 가족기능에 관한 조사결과는 다음과 같다.

1. 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능

1) 만성질환자가족과 정상가족의 불안

<표 1>에서 보는 바와 같이 만성질환자가족의 평균 불안점수는 40.64점으로 정상가족의 37.27점보다 높게 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있었다($t=2.28$ $P=.024$). 이러한 결과는 질병이 직접적인 생명의 위협을 개인에게 주는 동시에 강한 불안의 정서상태를 유발한다는 최남희 외(1990)의 연구보고와 같은 맥락에서 이해될 수 있다.

<표 1> 만성질환자가족과 정상가족의 불안점수비교

	만성질환자가족 (N=68)	정상가족 (N=68)	t	P
	M±SD	M±SD		
불안	40.64±9.77	37.27±7.24	2.28*	.024

* $P \leq 0.05$

불안은 새로운 환경이나 위협에 대한 인지적 조절기능에 무리가 있을 때 발생하는 정서 반응으로 Doerr와 Jones(1979)는 환자에 대한 가족의 준비

가 환자의 불안을 낮출 수 있다고 보고하였다. 또한 환자 질병으로 인한 불안감은 환자의 상태 및 치료과정에 대한 정보와 정서적 지지에 대한 요구를 증가시키게 된다.

질병은 가족체계에 혼란을 가져오며 각종 문제를 야기시켜 문제해결을 위한 보상적인 적응을 요구하게 된다. 그리고 가족의 지지는 환자로 하여금 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 돕는 촉진적 역할을 한다(김조자, 1982). 가족은 소속된 구성원의 건강한 삶을 위해 건강관리체계를 조직하고 건강활동을 수행하는 개별적인 간호체계이며 전체로서 기능하는 하나의 상호작용적 체계로 한 구성원의 변화는 다른 가족 모두의 변화를 초래한다.

불안은 자신에게 무엇이 일어나고 있는지에 대한 정확한 인식을 통해 극복될 수 있으며 가족의 심리적인 안정은 만성질환자의 건강관리에 필수적인 요인이 되고 나아가서 가족 전체가 바람직한 방향으로의 역동적 변화를 유도할 수 있게 한다. 따라서 만성질환자가족에 대한 간호제공자는 만성질환자가족이 직면하고 있는 불안야기의 원인을 파악하고 그들 가족이 환자간호와 관련된 사회적 고립과 재정적 손실, 신체적 피로 등을 극복할 수 있도록 활용가능한 사회적 지지를 제공하여 만성질환에 따른 위기나 다양한 변화를 경험하는 가족을 보호하고 스트레스를 완충시켜 질병의 위협을 감소시킬 수 있는 노력이 무엇보다도 필요하다.

2) 만성질환자가족과 정상가족의 가족기능

<표 2>에서 보는 바와같이 만성질환자가족에서 가족기능수행도의 평균점수는 3.41점으로 정상가족의 3.71점보다 낮게 나타났으며($t=2.83$, $P=.005$) 가족기능만족도에서도 만성질환자가족은 4.46점으로 정상가족의 4.98점보다 낮게 나타났다($t=5.76$, $P=.000$).

이러한 결과는 이영희(1988), 고성연 외(1990) 등이 가족기능을 정서적 기능과 의사소통기능으로 구분하여 정상가족과 만성질환자가족의 상호 가족기능을 고찰한 연구에서 만성질환자가족이 정상가족보다 낮은 가족기능을 나타내었다는 보고와 더

〈표 2〉 만성질환자가족과 정상가족의 가족기능점수비교

가족기능	만성질환자가족	정상가족	t	P
	(N=68)	(N=68)		
	M±SD	M±SD		
수행도	3.41±.68	3.71±.52	2.83*	.005
중요도	4.82±.79	4.59±.75	1.73	.086
만족도	4.46±.59	4.98±.46	5.76*	.000

P≤0.05

불어 만성질환자가족기능에 대해 공통된 이해를 가능하게 하였다.

(1) 가족기능수행도의 내용

〈표 2-1〉에서 보는 바와같이 본 연구에서 실제 가족기능 수행의 내용을 구체적으로 살펴보면 오락과 여가활동참여에 있어 만성질환자가족은 2.60점으로 정상가족의 3.45점보다 낮은 기능수준을 나타내었다(t=3.08, P=.003).

그러나 자녀/형제(자매)의 결석이나 결근과 관련된 가족기능수행에서는 만성질환자가족이 1.77점으로 정상가족의 1.20점보다 빈번하게 나타나고 있었다(t=2.69, P=.008). 또한 배우자나 부모의 직장결근에 있어서도 만성질환자가족은 5.41점으로 정상가족의 1.97점보다 자주 나타나고 있었다(t=7.81, P=.000).

오락이나 여가활동참여와 관련하여 만성질환자가 있는 가족에서 정상가족보다 낮은 가족기능수행도를 나타내는 것은 가족내에 환자가 있을때 가족생활이 오락이나 여가활동에 참여할 여유가 없음을 반영하는 것이라고 볼 수 있으며 만성질환자를 둔 가족이 더 넓은 사회단위와의 관계에서 정상가족보다 기능의 제한을 받고 있음을 나타내고 있다. 이영신(1993)은 환자를 돌보는 가족원은 자신이나 다른 가족 및 친구와 함께 할 시간이 부족하여 사회생활로부터 소외감을 느끼며 계속적 돌

〈표 2-1〉 가족기능수행도의 문항별 점수비교

항 목	만성질환자가족	정상가족	t	P
	M ± SD	M ± SD		
친구와 친지의 정서적 지지	4.29 ± 1.72	4.22 ± 1.70	.25	.803
친구의 도움	3.08 ± 1.86	3.41 ± 1.43	1.13	.260
친지의 도움	3.22 ± 2.00	3.01 ± 1.66	.65	.516
친구, 친지와 대화	4.26 ± 1.74	4.44 ± 1.33	.66	.508
집안일에 시간소요	4.17 ± 1.92	4.05 ± 1.63	.38	.702
오락, 여가활동에 시간소요	2.60 ± 1.70	3.45 ± 1.52	3.08*	.003
건강상담	2.82 ± 1.71	2.32 ± 1.34	1.89	.061
이웃과 함께하는 시간	2.88 ± 1.84	2.67 ± 1.68	.68	.498
몸이 불편하여 앓는 정도	2.25 ± 1.66	2.20 ± 1.28	.17	.863
배우자/부모와의 의견대립	4.00 ± 1.93	3.48 ± 1.48	1.74	.084
배우자/부모와의 대화	3.69 ± 1.91	4.07 ± 1.75	1.22	.226
배우자/부모의 정서적 지지	4.17 ± 2.15	4.45 ± 1.66	.85	.398
자녀양육, 집안일/학교, 직장에서의 배우자/부모의 도움	4.00 ± 2.35	4.66 ± 1.72	1.87	.063
자녀/부모와의 문제	2.29 ± 1.52	2.72 ± 1.29	1.76	.081
자녀/형제, 자매의 결석, 결근	1.77 ± 1.61	1.20 ± .68	2.69*	.008
배우자/부모와 직장결근	5.41 ± 3.06	1.97 ± 1.95	7.81*	.000
자녀/부모와 함께 보내는 시간	3.27 ± 1.70	3.45 ± 1.57	.63	.533
배우자와 함께 보내는 시간	1.58 ± 2.02	1.27 ± 1.61	.98	.328
집안일을 못하는 경우	5.36 ± 3.05	5.16 ± 3.07	.39	.696
결혼생활에 대한 만족	1.66 ± 2.17	1.95 ± 2.26	.77	.441
배우자와의 성관계에 대한 만족	1.41 ± 2.08	1.92 ± 2.34	1.35	.179
형제, 자매와 함께 보내는 시간	1.69 ± 2.02	1.70 ± 2.05	.04	.967
자신의 일을 못하는 경우	5.20 ± 3.04	5.01 ± 3.10	.36	.718

P≤0.05

봄으로 인한 신체적 피로에 직면하기 때문에 가족원이 사생활과 개인적인 자유의 제한을 받게 된다고 보고하였다. 본 연구결과에서 만성질환자가족과 정상가족의 가족기능수행도에서 현저한 차이를 나타내고 있는 위의 내용은 이영신(1993)의 연구보고와 같은 맥락에서 이해될 수 있다.

그리고 자녀/형제(자매)의 결석이나 결근과 배우자나 부모의 직장결근 등과 같은 가족의 역기능적 사건과 관련되는 가족기능수행도 점수가 만성질환자가족에서 정상가족보다 높게 나타나는 것은 오늘날 사회가 많은 부분에서 가족, 친구, 배우자를 간호에 있어 유용한 사회적 지지자원으로 인식하고(Stewart, 1989) 가족구성원의 질병에 대한 관리와 간호의 책임을 가족에게 위임함에 따라 만성질환자를 장기적으로 돌보는 과정에서 가족간의 역할전이나 역할분담이 이루어짐에 따라(이영신,

1993) 환자를 돌봄과 관련하여 만성질환자 가족구성원의 사회체계와의 관계결함 즉, 직장이나 학교와의 관계기능이 정상가족보다 낮게 나타나고 있음을 보여주고 있었다.

(2) 가족기능중요도의 내용

〈표 2-2〉에서 보는 바와같이 가족기능내용에 대한 중요도 인식의 차이를 구체적으로 살펴보면 친지의 도움에 관해서 만성질환자가족이 5.38점으로 정상가족의 4.52점보다 높은 수준에서 중요성을 인식하고 있었으며(t=2.61, P=.010), 집안일에 시간을 소요함에 대해서도 만성질환자가족이 6.10점으로 정상가족의 5.33점보다 기능의 중요성을 높게 인식하고 있었다(t=3.71, P=.000).

건강상담에 관해서도 만성질환자가족이 6.20점으로 정상가족의 5.05점보다 유의한 수준에서 높은 중요성을 나타내고 있었으며(t=4.13, P=

〈표 2-2〉 가족기능 중요도의 문항별 점수비교

항 목	만성질환자가족		정상가족	t	P
	M ± SD	M ± SD	M ± SD		
친구와 친지의 정서적 지지	5.92 ± 1.62	5.64 ± 1.46	5.64 ± 1.46	1.05	.294
친구의 도움	5.13 ± 2.02	5.05 ± 1.65	5.05 ± 1.65	.23	.817
친지의 도움	5.38 ± 1.97	4.52 ± 1.84	4.52 ± 1.84	2.61*	.010
친구, 친지와와의 대화	5.85 ± 1.51	5.80 ± 1.36	5.80 ± 1.36	.18	.859
집안일에 시간소요	6.10 ± 1.08	5.33 ± 1.31	5.33 ± 1.31	3.71*	.000
오락, 여가활동에 시간소요	5.48 ± 1.50	5.07 ± 1.17	5.07 ± 1.17	1.78	.077
건강상담	6.20 ± 1.28	5.05 ± 1.89	5.05 ± 1.89	4.13*	.000
이웃과 함께하는 시간	5.16 ± 1.81	4.80 ± 1.46	4.80 ± 1.46	1.25	.215
몸이 불편하여 앓는 정도	5.86 ± 2.04	4.88 ± 2.16	4.88 ± 2.16	2.73*	.007
배우자/부모와의 의견대립	4.91 ± 2.12	4.85 ± 1.91	4.85 ± 1.91	.71	.866
배우자/부모와의 대화	6.14 ± 1.16	5.76 ± 1.37	5.76 ± 1.37	1.75	.082
배우자/부모의 정서적 지지	6.19 ± 1.29	5.92 ± 1.25	5.92 ± 1.25	1.21	.227
자녀양육, 집안일/학교, 직장에서 배우자/부모의 도움	5.47 ± 1.79	5.79 ± 1.33	5.79 ± 1.33	1.19	.234
자녀/부모와의 문제	5.52 ± 1.76	5.52 ± 1.57	5.52 ± 1.57	.00	1.000
자녀/형제, 자매의 결석, 결근	6.02 ± 1.51	5.57 ± 1.96	5.57 ± 1.96	1.51	.132
배우자/부모의 직장결근	2.57 ± 3.02	4.73 ± 2.30	4.73 ± 2.30	4.68*	.000
자녀/부모와 함께 보내는 시간	6.00 ± 1.52	5.67 ± 1.48	5.67 ± 1.48	1.25	.212
배우자와 함께 보내는 시간	2.82 ± 3.14	2.64 ± 2.87	2.64 ± 2.87	.34	.733
집안일을 못하는 경우	3.13 ± 3.30	2.22 ± 2.78	2.22 ± 2.78	1.74	.084
결혼생활에 대한 만족	3.08 ± 3.32	2.86 ± 3.11	2.86 ± 3.11	.40	.690
배우자와의 성관계에 대한 만족	2.47 ± 2.96	2.47 ± 2.84	2.47 ± 2.84	.00	1.000
형제, 자매와 함께 보내는 시간	2.83 ± 3.00	2.75 ± 2.83	2.75 ± 2.83	.18	.860
자신의 일을 못하는 경우	2.61 ± 2.93	2.64 ± 2.89	2.64 ± 2.89	.06	.953

P ≤ 0.05

.000) 몸이 불편하여 앓는 정도와 관련된 중요성 인식에 있어 만성질환자가족에서는 5.86점으로 정상가족의 4.88점보다 높게 나타났다($t=2.73$, $P=.007$). 이것은 가족기능에 부정적인 영향을 초래할 수 있는 몸이 불편하여 자주 앓는 것이 정상가족보다 만성질환자가족에서 가족생활에 더 크게 영향을 미치는 것으로 인식됨을 나타낸다. 반면에 배우자나 부모의 직장결근과 관련해서 결근이 가족기능에 부정적인 영향을 주는 정도에 대한 중요성에서 만성질환자가족은 2.57점으로 정상가족의 4.73점보다 낮게 인식하고 있는 것으로 나타났다($t=4.68$, $P=.000$).

친지의 도움에 대한 중요성을 만성질환자가족이 정상가족보다 더욱 크게 인식하는 것은 만성질환자를 가진 가족이 친지를 외부체계의 지지체로서 그 중요성을 정상가족보다 더 크게 인식하고 있으며 친지로부터의 도움을 실제로 더욱 필요함을 나타낸다고 할 수 있다.

또한 집안일에 시간을 소요함과 관련하여 만성질환자가족이 정상가족보다 더욱 중요하게 인식하는 것은 만성질환자가족은 각 가족구성원들이 개별적인 사회적 역할과 기능을 수행함과 동시에 환자를 돌보고 간호하는 일을 해야함으로써 오는 시간적 제약과 심적 부담감으로 인해 집안일에 시간을 소비하는데 있어 보다 효율적인 관리에 대한 필요성을 정상가족보다 크게 인식함과 관계가 있는 것으로 사료된다.

그리고 건강상담을 만성질환자가족이 정상가족보다 더욱 중요하게 생각하고 있는 것과 만성질환자가족에서 정상가족보다 몸이 불편하여 앓는 것이 가족기능에 중요한 영향을 미친다고 답변한 것은 건강과 관련된 문제의 관리와 질환의 다양한 영향 및 파생된 건강문제에 대한 해결의 어려움을 직접 경험하고 있는 만성질환자가족의 경험적 인식에 의한 결과라고 사료된다. 한 가족구성원이 질병을 앓게 되면 역할과 기능의 저하와 수정이 요구되고 그 역할변화는 전체 가족의 평형상태를 위협하게 된다. 그리고 김은진(1991)은 만성질환자를 가진 가족은 가족구성원의 질병이나 장애상태를 극복하기 위하여 의료인의 실질적인 도움을

받고자는 기대를 가지게 된다고 하였다. 따라서 만성질환자가족은 건강문제의 중요성과 그 해결을 위한 사회적 지지체(특히, 의료진)와의 협력에 대한 필요성을 더욱 크게 인식하고 있다고 할 수 있겠다.

배우자나 부모의 직장결근에 대하여 만성질환자가족이 정상가족보다 그 중요성을 낮게 인식하는 것은 송남호(1989)의 연구에서 만성질환자가족은 공간과 정서적 유대를 통하여 가족구성원간에 결속은 잘 이루어지나 가족구성원 개개인의 경계나 가족과 지역사회나 이웃과의 경계가 불분명하고 명확하지 못하다는 보고내용에 기인해 볼 때 만성질환자 가족내의 역할분담에서 명확한 경계가 없음으로 인한 가족구성원의 역할혼돈에 따라 만성질환자의 간호와 관리로 인하여 다른 가족구성원의 사회적 체계와의 관계결함을 만성질환자가족이 정상가족에서보다는 중요하게 인식하지 못하는 것에 관련이 있다고 사료된다.

(3) 가족기능만족도의 내용

<표 2-3>에서 보는 바와같이 가족기능에 대한 만족도의 내용을 구체적으로 살펴보면 친지의 도움에 관하여 만성질환자가족은 5.32점으로 정상가족의 5.92점보다 낮은 만족도를 나타내었고($t=2.53$, $P=.013$) 집안일에 시간을 소요함에 대해서도 만성질환자가족은 5.04점으로 정상가족의 5.76점보다 낮게 보고 되었다($t=3.29$, $P=.001$). 오락이나 여가활동에 시간을 소요함과 관련해서 만성질환자가족은 4.66점이었으나 정상가족은 5.75점으로 만성질환자가족이 현저히 낮은 만족도를 나타내었고($t=4.21$, $P=.000$) 건강상담에 대해서도 만성질환자가족의 만족도가 4.38점인데 반하여 정상가족은 5.13점으로 높게 나타났다($t=2.80$, $P=.006$). 그리고 가족기능에 부정적 영향을 미치는 배우자나 부모와의 의견대립이 적을수록 가족기능에 대한 만족도 점수가 커지도록 역환산하였을 때 배우자나 부모와의 의견대립에 대하여 만성질환자가족은 4.89점으로 정상가족의 5.61점보다 낮은 만족도를 나타내었으며($t=2.81$, $P=.006$) 동일한 방법으로 역환산처리한 자녀나 형제(자

<표 2-3> 가족기능만족도의 문항별 점수비교

항 목	만성질환자가족	정상가족	t	P
	M±SD	M±SD		
친구와 친지의 정서적 지지	5.52 ± 1.46	5.64 ± 1.70	.51	.609
친구의 도움	5.69 ± 1.33	5.92 ± 1.12	1.11	.267
친지의 도움	5.32 ± 1.65	5.92 ± 1.06	2.53*	.013
친구, 친지와와의 대화	5.88 ± 1.22	5.80 ± 1.13	.36	.718
집안일에 시간소요	5.04 ± 1.55	5.76 ± .93	3.29*	.001
오락, 여가활동에 시간소요	4.66 ± 1.71	5.75 ± 1.26	4.21*	.000
건강상담	4.38 ± 1.71	5.13 ± 1.39	2.80*	.006
이웃과 함께하는 시간	5.07 ± 1.70	5.36 ± 1.19	1.16	.246
몸이 불편하여 앓는 정도	5.82 ± 1.51	5.92 ± 1.21	.44	.663
배우자/부모와의 의견대립	4.89 ± 1.63	5.61 ± 1.35	2.81*	.006
배우자/부모와의 대화	5.16 ± 1.85	5.63 ± 1.32	1.70	.091
배우자/부모의 정서적 지지	5.16 ± 1.75	5.69 ± 1.40	1.94	.054
자녀양육, 집안일/학교, 직장에서의 배우자/부모의 도움	5.23 ± 1.72	5.67 ± 1.37	1.65	.101
자녀/부모와의 문제	5.94 ± 1.29	5.89 ± 1.16	.21	.834
자녀/형제, 자매의 결석, 결근	6.27 ± 1.46	6.80 ± .62	2.74*	.007
배우자/부모와 직장결근	2.55 ± 2.99	6.04 ± 1.97	8.01*	.000
자녀/부모와 함께 보내는 시간	4.85 ± 1.67	5.32 ± 1.40	1.77	.079
배우자와 함께 보내는 시간	2.30 ± 2.70	2.27 ± 2.56	.07	.948
집안일을 못하는 경우	2.38 ± 2.88	2.85 ± 3.08	.92	.359
결혼생활에 대한 만족	2.26 ± 2.57	2.60 ± 2.91	.72	.474
배우자와의 성관계에 대한 만족	2.50 ± 2.99	3.02 ± 3.26	.99	.326
형제, 자매와 함께 보내는 시간	2.75 ± 2.90	2.79 ± 2.84	.09	.929
자신의 일을 못하는 경우	2.98 ± 3.14	3.23 ± 3.24	.46	.649

P≤0.05

매)의 결석이나 결근에 대하여 만성질환자가족은 6.27점으로 정상가족의 6.80점보다 낮게 보고되었고(t=2.74, P=.007) 배우자나 부모의 직장결근에서도 만성질환자가족은 2.55점으로 정상가족의 6.04점보다 현저히 낮은 만족도를 나타내었다(t=8.01, P=.000).

친지의 도움에 대하여 만성질환자가족이 정상가족보다 낮은 만족도를 나타낸 것은 김은진(1991)이 만성질환아의 유용한 지지자원으로 배우자, 부모, 가족과 친척을 제시한 것과 사회적지가 높을수록 긍정적인 가족기능이 초래된다는(김은진, 1991; 오가실, 1985) 연구보고와 관련해 볼 때 만성질환자가족이 환자를 돌보는 것에서 파생되는 많은 문제해결을 위해 현재 발휘되고 있는 수준보다 더욱 효과적이며 실질적인 친지의 지지와 도움에 대한 기대를 가지고 있으며 도움을 필

요로함을 반영해준다. 또한 집안일에 시간을 소요함과 오락이나 여가활동에 시간을 소요함에 있어 만성질환자가족이 정상가족보다 낮은 만족도를 나타내고 있는 것은 만성질환자가족들이 집안일에 시간을 소요함에 대한 중요성을 크게 인식하고 있는 반면에 실제 생활에서 집안일을 수행하는데 대한 어려움과 부담감을 가지고 있으며 개인적인 오락이나 여가활동에 투자할 시간과 여유가 없음을 나타내어준다.

건강상담에 관하여 만성질환자가족이 정상가족보다 더 낮은 만족도를 갖는 것은 만성질환자를 돌보는 과정에서 인식된 건강의 중요성과 관련된 건강관리활동에 대한 높은 기대치가 실제 생활에서 충족되지 못하여 발생된 건강관리활동의 미흡함에서 기인된 불만족이 반영된 것이라 할 수 있다.

배우자나 부모와의 의견대립과 관련된 가족기능 만족도에서 만성질환자가족이 정상가족보다 낮은 만족도를 나타내며 자녀나 형제(자매)의 결석이나 결근과 배우자나 부모의 직장결근에서 만성질환자가족이 정상가족보다 낮은 만족도를 나타낸 것은 만성적인 질병을 가진 가족이 사회단위와의 관계에서 원활히 기능하지 못하며 기능부전의 결과가 가족내 다른 구성원들의 가족기능에 대한 만족도에 영향을 주고 있음을 나타내고 있다.

이상의 가족기능내용을 종합해 보면 만성질환자가족은 정상가족보다 오락이나 여가활동에 시간을 보내지 못하고 있었으며 자녀/형제(자매)의 결석이나 결근과 배우자/부모의 직장결근이 빈번하게 발생하였고 친지의 도움과 집안일에 시간을 소요하는 것과 건강상담을 하거나 몸이 불편하여 앓는 경우 등에 대한 중요성을 더욱 크게 인식하고 있는 반면에 만족도는 정상가족보다 낮았다. 따라서 만성질환자 및 그 가족의 간호중재에 있어 가족기능의 실제수행도를 정확히 인식하고 만성질환자가족이 인식하는 가족기능의 중요도와 만족도에서 차이를 나타낸 내용적 측면에서의 가족기능 증진을 위한 간호중재방안의 모색이 절실히 요구된다.

2. 가족체계의 불안과 가족기능

1) 가족체계의 불안

<표 3>에서 보는 바와같이 가족체계의 평균 불안점수를 비교해보면 배우자체계에서 만성질환자가족의 배우자가 44.66점으로 정상가족의 배우자가 느끼는 38.24점보다 현저히 높은 수준의 불안을 나타내었다(t=2.72, P=.008)

<표 3> 가족체계에 따른 만성질환자가족과 정상가족의 불안점수비교

가족 체계	만성질환자가족 (N=68)	정상가족 (N=68)	t	P
	M ± SD	M ± SD		
배우자	44.66 ± 11.08	38.24 ± 7.80	2.72*	.008
자녀	36.85 ± 6.50	36.37 ± 6.66	.31	.759

P≤0.05

그러나 가족체계중 자녀군의 평균 불안점수비교에 있어서는 만성질환자가족의 자녀에서는 36.85점으로 보고되었고 정상가족의 자녀가 느끼는 불안점수는 36.37점으로 나타났으나 만성질환자가족과 정상가족의 자녀간에는 유의한 차이가 없었다. 이상의 결과를 통해 만성질환자가족간호에 있어 특히 환자의 배우자에 대한 세심한 정서적 지지간호가 마련되어야 함을 알 수 있었다.

2) 가족체계의 가족기능

<표 4>에서 보는 바와같이 가족내 배우자체계의 가족기능수행도 평균 점수비교에서 만성질환자가족의 배우자는 3.43점으로 정상가족 배우자의 3.80점보다 낮게 나타났다(t=2.28, P=.026).

<표 4> 가족체계에 따른 만성질환자가족과 정상가족의 가족기능점수비교

가족 체계	가족 기능	만성질환자가족 (N=68)	정상가족 (N=68)	t	P
		M ± SD	M ± SD		
배우자	수행도	3.43 ± .75	3.80 ± .56	2.28*	.026
	중요도	5.34 ± .70	4.76 ± .88	2.97*	.004
	만족도	4.48 ± .65	5.14 ± .55	4.41*	.000
자녀	수행도	3.39 ± .61	3.62 ± .47	1.68	.098
	중요도	4.32 ± .51	4.43 ± .56	.83	.409
	만족도	4.44 ± .53	4.84 ± .29	3.85*	.000

P≤0.05

그러나 가족기능중요도에서는 만성질환자가족의 배우자가 5.34점으로 정상가족의 배우자가 나타낸 4.76점보다 유의미한 수준에서 높은 차이를 보이고 있었다(t=2.97, P=.004). 그리고 가족기능만족도에 관련해서는 만성질환자가족의 배우자가 4.48점으로 정상가족 배우자의 5.14점보다 현저히 낮은 수준을 나타내고 있었다(t=4.41, P=.000).

자녀체계를 비교해보면 가족기능수행도에서는 만성질환자가족의 자녀가 3.39점으로 정상가족 자녀의 3.62점보다 낮게 나왔으며(t=1.68, P=.098) 가족기능중요도 인식에서도 만성질환자가족의 자녀는 4.32점으로 정상가족 자녀의 4.43점

과 비교해 볼 때 통계적인 유의미한 차이를 나타내지는 못했다($t=.83, P=.409$). 가족기능만족도에 관해서는 만성질환자가족의 자녀가 4.44점으로 정상가족의 자녀가 인식한 4.84점보다 현저히 낮은 만족도를 나타내어 통계적으로 유의한 것으로 보고되었다($t=3.85, P=.000$).

이상의 결과는 정상가족과 비교하여 만성질환자 가족의 간호중재를 시행할 때 그 대상이 가족 내에서 어떠한 지위와 역할을 수행하고 있는가에 따라 간호중재의 방법이 다르게 나타나야 함을 보여주고 있다. 즉 만성질환자를 배우자로 둔 부부는 정상가족의 부모보다 가족기능수행에 더 많은 어려움과 부담감을 가지고 있으며 가족기능에 대해 정상부부보다 더욱 크게 중요성을 인식하고 있는 반면에 실제 기능유지의 미흡에 따라 정상부부보다 만족도가 낮음을 알 수 있었다.

그러나 자녀군간의 비교에서는 가족기능수행도와 중요도 인식이 만성질환자가족의 자녀와 정상가족의 자녀간에는 의미있는 차이가 없었으나 가족기능만족도 인식과 관련해서는 만성질환자가족의 자녀가 정상가족 자녀보다 낮은 만족감을 나타내므로써 만성질환자가족체계에서 자녀에 대한 간호를 계획할 때는 만족감을 향상시키는데 중점을 두어 간호중재가 모색되어야 할 필요가 있음을 본 연구결과를 통해 알 수 있었다.

3. 불안과 가족기능의 상관관계

<표 5>에서 보는 바와같이 만성질환자가족에서는 불안이 증가할수록 가족기능에 대한 중요도가 증가되는 순상관관계를 나타내었고($r=.415, P=.001$) 불안이 감소될수록 가족기능만족도가 증가

<표 5> 만성질환자가족의 불안과 가족기능의 상관관계

특 성	불 안	수행도	중요도	만족도
불 안	1.000			
수행도	-.175	1.000		
중요도	.415**	.152	1.000	
만족도	-.334*	.727**	-.141	1.000

* $P=.01$ ** $P=.001$

하는 역상관관계($r=-.334, P=.01$)를 나타내었으며 가족기능수행도가 높을수록 가족기능만족도가 높아지는 순상관관계를 나타내었다($r=.727, P=.001$).

그러나 <표 6>에서 보는 바와같이 정상가족의 불안과 가족기능의 상관관계에서는 유의미한 관계가 없었으며 가족기능과 관련하여 정상가족의 가족기능수행도가 높을수록 가족기능중요도는 증가하고($r=.399, P=.001$) 가족기능만족도가 커지는 순상관관계($r=.538, P=.001$)를 나타내었다.

<표 6> 정상가족의 불안과 가족기능의 상관관계

특 성	불 안	수행도	중요도	만족도
불 안	1.000			
수행도	-.172	1.000		
중요도	.236	.399**	1.000	
만족도	-.272	.538**	-.214	1.000

* $P=.01$ ** $P=.001$

정상가족에서 불안과 가족기능이 유의미한 상관관계를 나타내지 않으면서 가족기능수행도가 가족기능중요도 및 가족기능만족도와 순상관관계를 나타내는 것은 건강하고 안정된 가족은 여러가지 적응기재와 능력을 발휘하여 긍정적인 방향으로 역동적인 기능을 수행한다(홍강의, 1988)는 보고와 일관된 맥락에서 이해될 수 있다.

최남희 등(1990)의 연구에서 질병은 직접적인 생명의 위협을 개인에게 주는 동시에 강한 불안정서를 유발시키므로써 한정적인 정신능력을 분산시키고 과업수행의 비효율성을 초래한다는 연구보고에서와 같이 만성질환자가족에서 가족기능중요도를 높이 인식할수록 불안이 증가되고 가족기능만족도가 높을수록 불안이 감소되는 것은 가족기능을 원활히 수행하는 것이 가족생활에서 중요하게 인식되기는 하지만 만성질환자의 직접적인 간호와 관리뿐만아니라 간접적으로 파생되는 많은 문제들로 인하여 실제 생활에서 바람직하다고 희망하는 양질의 가족기능이 이루어지지 못하고 만성질환자가족의 불안이 증가되고 증가된 불안은 다시 수행에 영향을 미치게 되어 결국 가족기능만족도에 역기능적으로 작용하게 되는 것으로 사료된다.

이영신(1993)은 질병에 대한 현실적이고 지적인 판단을 할 수 있는 능력에 따라 만성질환에 대한 가족의 반응은 다양하게 나타난다고 하였다. 따라서 만성질환자가족의 간호중재에 있어서 가족들이 인식하고 있는 불안과 기능장애의 해결을 위해 만성질환자가족이 중요하게 인식하고 있으나 가족기능만족도가 낮은 각 가족기능내용을 파악하고 바람직한 가족기능을 유도해 나갈 수 있는 실질적인 간호제공을 위한 방법이 모색되어야 한다.

가족의 지지는 환자로 하여금 위기에 대처하고 변화에 적응하는 촉진적 역할을 하며(김조자, 1982) 건강하고 안정된 가족은 여러가지 적응기재와 능력을 제공하며 가족역동은 질병의 치료와 그 과정에 영향을 미치게 된다(홍강의, 1988). 따라서 만성질환자의 건강에 대한 1차적 책임을 담당하는 가족이 질환에 대한 건전한 인식을 가지고 적절한 대처방안을 사회적 지지체로부터 지원받을 수 있을때 위협상황의 가족체계는 보다 효율적인 방향으로 역동적인 기능을 할 수 있게 된다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 만성질환자가족의 불안과 가족기능을 건강한 정상가족과 비교하여 만성질환자를 둔 가족에 대한 이해를 돕고 가족중심적 간호를 제공하는데 도움이 되는 기초자료를 수집하기 위해 시도되었다.

연구대상으로 만성질환자가족은 부산시내 4개 대학병원에서 입원치료중인 만성질환자의 배우자 및 자녀로(68명) 구성되었고 정상가족은 부산시내에 거주하면서 최근 1년간 만성질환없이 건강한 생활을 하고 있는 배우자 및 자녀(68명)로 이루어져 총 136명을 대상으로 실시하였다.

자료수집기간은 1995년 7월 31일부터 8월 26일까지 4주간 실시되었으며 연구도구는 Self-Rating Anxiety Scale(SAS)과 Feetham Family Functioning Survey를 수정보완하여 내용타당도와 신뢰도 검사를 거쳐 사용하였다.

설문지를 통해 수집된 자료는 SPSS를 이용하여 평균과 표준편차, t-test, Pearson correlation coefficient의 통계방법으로 분석하였다.

본 연구를 통해 수집된 결과는 다음과 같다.

1. 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능을 비교한 결과 만성질환자가족은 정상가족보다 불안이 높았으며($t=2.28, p=.024$) 가족기능은 낮았다(수행도 : $t=2.83, p=.005$, 만족도 : $t=5.76, P=.000$). 가족기능의 내용에서 만성질환자가족은 정상가족보다 오락이나 여가활동에 시간을 보내지 못하고 있었으며 배우자나 자녀의 직장결근과 학교결석이 빈번하게 발생하였고 친지의 도움, 집안일에 시간을 소요하는 것, 건강상담을 하거나 몸이 불편 하여 앓는 경우 등에 대한 중요성을 더욱 크게 인식하고 있는 반면에 만족도는 정상가족보다 낮았다.
 2. 가족체계에 따른 만성질환자가족과 정상가족의 불안과 가족기능비교에서 만성질환자가족의 배우자는 정상가족의 배우자보다 불안이 높았던($t=2.72, P=.008$) 반면에 자녀에서는 정상가족의 자녀와 불안차이가 없었다. 또한 만성질환자가족의 배우자는 정상가족의 배우자보다 가족기능이 낮았으며(수행도 : $t=2.28, P=.026$ 만족도 : $t=4.41, P=.000$) 자녀에서도 정상가족의 자녀보다 가족기능만족도가 낮게 나타났다($t=3.85, P=.000$).
 3. 불안과 가족기능의 상관관계를 보면 만성질환자가족에서는 불안이 증가할수록 가족기능에 대한 중요도가 높게 인식되었으나($r=.415, p=.001$) 만족도는 감소하였고($r=-.334, p=.01$) 가족기능수행도가 높을수록 만족도가 증가하는 순상관관계를 나타내었다($r=.727, p=.001$). 정상 가족에서는 불안과 가족기능간에 통계적으로 유의미한 관계는 없었으며 가족기능수행도가 높을수록 중요도와($r=.399, p=.001$) 만족도가($r=.538, p=.001$) 증가되는 순상관관계가 나타났다.
- 이상의 결과에서 만성질환자가족의 불안을 낮

추고 가족기능이 조화롭게 이루어질 수 있도록 돕는 간호중재가 필요하다고 본다. 특히 배우자체계를 중심으로 만성질환자관리에 대한 체계적인 간호교육방안을 모색하여 만성질환자의 건강유지 및 예방관리에 기여하여야 할 것이다. 또한 만성질환자가족들의 사회활동 및 집안내의 활동에서의 긍정적인 참여와 건강한 삶의 유지를 위한 지지체계 개발이 요구된다.

2. 제언

본 연구결과를 기초로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 만성질환자의 질병특성과 가족생활주기에 따른 만성질환자가족의 가족기능에 대한 비교 연구가 요구된다.
- 2) 동일가족내에서 가족성원별 가족기능수준과 기능불일치의 내용을 파악하는 반복연구가 요구된다.
- 3) 만성질환자에게 가족이 직접적인 간호제공을 가능케하는 간호교육 프로그램의 개발이 요구된다.

참 고 문 헌

강봉규(1993). 심리학개론, 서울 : 정훈출판사.
 고성연, 민애란, 신원식, 신정희, 임윤희, 최명자 (1990). 만성질환자가 있는 가족과 정상가족간의 가족기능 비교연구, 이화간호학회지, 23, 1-14.
 김남영(1988). 가족기능과 가족구성원 건강상태와의 관계, 연세대 석사학위논문,
 김명자, 송경애(1991). 간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존감에 미치는 효과(류마티스 관절염 환자중심), 간호학회지, 21(3), 323-338.
 김선영(1985). 중환자실 입원환자 가족의 불안에 관한 연구, 한양대 석사학위논문.
 김양희(1989). 가족관계학, 서울 : 수학사, 12-19, 42-99, 137-226.
 김은진(1991). 만성질환아가족의 사회적 지지와

가족기능간의 관계 연구, 이화여대 석사학위논문.
 김조자(1982). 환자스트레스와 가족의 방문에 관한 실증적 연구, 연세대 박사학위논문.
 김정택, 장혁표, 제석봉 공역(저자 : Irene Goldenberg & Herbert Goldenberg ; 1995). 가족치료-가족치료의 이론과 실제, 서울 : 중앙적성출판사, 15-70, 141-167.
 김현실, 김주희(1983). 입원환자 가족의 불안정도에 관한 연구, 대한간호학회지, 17(3), 41-52.
 김태수, 강대근, 정성일, 문유선, 이혜리(1995). 만성질병에 처한 가족의 대응도 및 반응단계에 관련된 요인, 가정의학회지, 16(2), 142-156.
 변영순 역(저자 : Imelda W. Clements & Florence B. Roberts ; 1986). 가족의 건강간호-이론적 접근, 서울 : 고려의학, 3-14.
 손정락 역(저자 : Walter Mischel "introduction to personality" ; 1995). 성격심리학 서울 : 교육과학사, 37-48, 436-454.
 송남호(1989). 만성질환자 가족군과 정상가족군의 가족적응력과 가족결속력 비교연구, 이화여대 석사학위논문.
 송성자(1994). 가족관계와 가족치료, 서울 : 홍익재, 11-96, 121-140.
 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구, 대한간호학회지, 23(3), 467-484.
 신경림(1994). 만성질환 환자의 가족간호, 대한간호, 33(5), 6-18.
 안효덕(1987). 응급실 환자가족의 상태불안과 불안요소에 관한 연구, 연세대 석사학위논문.
 양영희(1992). 만성입원환자를 돌보는 가족원의 역할 스트레스와 건강에 관한 이론적 구조 모형, 서울대 박사학위논문.
 오가실(1985). 가정의 기능과 사회적 지지에 관한 연구 : 정박아가족중심, 간호학논집, 제8권, 연세대 간호대학, 27-53.
 유미영(1986). 응급실 환자의 불안에 관한 연구,

- 이화여대 석사학위논문.
- 이금재(1987). 만성질환자의 가족기능정도와 환자 역할 행위의행정도와의 관계에 관한 연구, 이화여대 석사학위논문.
- 이미현(1985). 만성질환자 부모의 스트레스 요인과 대처방법에 관한 연구, 이화여대 석사학위논문.
- 이영신(1993). 만성 입원 환자 가족원의 부담감, 서울대 석사학위논문.
- 이영희(1988). 만성 질환이 있는 가족과 정상가족의 가족기능 비교연구, 이화여대 석사학위논문.
- 이은남(1984). 조직적인 사전정보제공이 조절위 성격특성에 따라 위내시경검사를 받는 환자의 정서적 반응에 미치는 효과에 대한 연구, 서울대 석사학위논문.
- 이정숙, 김미혜, 김성이, 양옥경, 엄예선, 정영순 (1995). 가족치료총론, 서울 : 도서출판 동인, 103-115, 294-309.
- 이충경, 김중원, 강진상(1991). 가족치료-선구자들의 이론과 실제, 서울 : 하나의학사, 13-42.
- 정민(1986). 정신질환자 가족원의 정신질환에 대한 태도요인과 불안정도와의 관계 연구, 연세대 석사학위논문.
- 최남희, 이남희, 김희숙(1990). 스트레스 사건의 경험이 주의변화에 미치는 영향, 대한간호학회지, 20(2), 214-226.
- 최영희(1983). 지지적 간호중재가 가족지행위와 환자역할 행위의행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대 박사학위논문.
- 최영희 원종순(1989). 급, 만성질환이 있는 가족의 가족기능 비교연구(노인가족중심) 이화여대 간호과학, 제1권, 5-30.
- 최영희, 이경혜(1988). 가족중심간호학, 서울 : 신광출판사, 9-106, 203-227.
- 한숙정(1992). 암환자 가족의 가족기능에 관한 조사연구, 고려대 석사학위논문.
- 홍강의(1988). 가족역동과 건강, 지역사회의학, 서울 : 서울대출판부.
- 홍숙기 역(저자 : E. Jerry Phares "introduction to personality" : 1995). 성격심리학, 서울 : 박영사, 66-79, 432-464.
- 황보선 외(1992). 보건학 강좌, 서울 : 수문사, 249-261.
- 황영빈(1990) 입원 환자가족의 가정문제에 관한 연구, 서울대 석사학위논문.
- Braden Carrie Jo(1990). A Test of the Self-Help Model : Learned Response to Chronic Illness Experience, Nursing Research, 39(1), 42-47.
- Brown, P. L.(1992). The burden of caring for a husband with Alzheimer's disease, Home Healthcare Nurse, 9(3), 33-38.
- Cattell, R. B.(1966). Anxiety and motivation ; Theory and crucial experiments, InC. D. Spilberger(Ed.), Anxiety and behavior, New York ; Academic Press.
- Davis Linda L., Grant Joan S.(1994). Constructing the reality of recovery : Family home care management strategies, Adv. Nurs. Sci, 17(2), 66-76.
- Dixon Jane, Dixon John, SPinner Janet, Sexton Dorothy, Perry Cynthia K.(1991). Psychometric and Descriptive Perspectives of Illness Impact Over the Life Span, Nursing Research, 40(1), 51-56.
- De-Nour, A. K. & Shaltial, J. & Czaczkes, J. W.(1968). Emotional Reactions of Patient on chronic hemodialysis, Psychosomatic Medicine, 30(5), 521-533.
- Doerr B. C., Jones J. W.(1979). Effect of Family Preparation on the state anxiety level of the CCU patients, Nursing Research, 28(5), 315-316.
- Elizabeth Carter & Monica McGoldrick (1980). The Family Life Cycle ; A Framework for Family Therapy, New York ; Gardner Press, 10.
- Evans Ron L., Bishop Duane S., Haselkorn Jodie K.(1991). Factors Predicting Satis-

- factory Home Care After Stroke, Arch Phys Med Rehabil, Vol. 72, February, 144-147.
- Ferketich Sandra L., Mercer Ramona T. (1994). Predictors of Paternal Role Competence by Risk Status, Nursing Research, 43(2), 80-85.
- Friedemann Marie-Luise(1991). An Instrument to Evaluate Effectiveness in Family Functioning, Western Journal of Nursing Research, 13(2), 220-241.
- George, L.K. & Gwyther, L.P.(1986). Caregivers wellbeing ; A multidimensional examination of family caregivers of demented adults, The Gerontologist, 26(3), 253-259.
- Geen, R. G.(1980). Test anxiety and cue utilization, InI. G. Sarason(Ed.), Test anxiety ; Theory, research and applications, Hillsdale, N. J. ; Erlbaum.
- Hilbert Gail A.(1993). Family satisfaction and affect of men and their wives after myocardial infarction, Heart & Lung, 22(3), 200-205.
- Hollen & Patrica(1981). A holistic Model of individual and Family Health based on a continuum of choice, ANS, July.
- Kaplan, B. H. & Cassel, J. & Gore, S. (1977). Social Support and Health, Medical Care, Vol. 15, 47-58.
- Maher, B. A.(1966). Principles of psychotherapy ; An experimental approach, NewYork ; McGraw-Hill.
- Molter, N. C.(1979). Need of Relatives of critically ill patients ; A Descriptive Study, Heart & Lung, 8(2), 332-339.
- Neundorfer Marcia McCarthy(1991). Coping and Health Outcomes IN Spouse Caregivers of Persons with Dementia, Nursing Research, 40(5), 260-291.
- Norbeck Jane S., Chafetz Linda, Skodol-Wilson Holly, Weiss Sandra J.(1991). Social Support Needs of Family Caregivers of Psychiatric Patients from Three Age Groups, Nursing Research, 40(4), 208-213.
- Roberts Carolyn Sara, Feetham Suzanne L. (1982). Assessing Family Functioning Across Three Areas of Relationships, Nursing Research, 31(4), 231-235.
- Smith Carol E.(1994). A model of caregiving effectiveness for technologically dependent adults residing at home, Adv Nurs Sci, 17(2), 27-40.
- Stewart M. J.(1989). Social Support Instruments Created by Nurse Investigator, Nursing Research, 38(5), 268-274.
- Williams Robert, Boyce W. Thomas, Wright Anne L.(1993). The Relationship of Family Structure and Perceived Family Structure and Perceived Family Support to Lenge of Hospital Stay, Family Practice Research Journal, 13(2), 185-193.
- Yoos L.(1987). Chronic Childhood Illness : Developmental Issues, Nursing Research, 13(1), 25-28.

Abstract

A Study on Family Functioning and Anxiety of Families with Chronic Illness

Kim, Ju Sung*·Kim, Myung Hee**

The purpose of this study was to provide basic information for developing family-focused nursing interventions for families with chronic illness. The subjects were 68 families of chronically ill patients in hospitalization and 68 families, as a comparison group, who didn't have chronically ill family members. The results of this study were as follows.

1. families with chronic illness showed higher anxiety scores($t=2.28$, $P=.024$) and lower family functioning scores than normal families(the performance of family functioning : $t=2.83$, $P=.005$, the satisfaction of family functioning : $t=5.76$, $P=.000$)
2. In family caregiver systems, spouses of chronically ill patients showed higher anxiety scores($t=2.72$, $P=.008$) and lower family functioning scores than those of normal families(the performance of family functioning : $t=2.28$, $P=.026$, the satisfaction of family functioning : $t=4.41$, $P=.000$) ; however, the anxiety scores be-

tween children of chronically ill patients and those of normal families were no statistically significant differences, with regard to satisfaction of family functioning, children of chronically ill patients showed lower scores than those of normal family ($t=3.85$, $P=.000$).

3. In families with chronic illness, there were significantly positive correlations between the perceived importance of family functioning and anxiety($r=.415$, $P=.001$) and between the performance and satisfaction of family functioning($r=.727$, $P=.001$) ; however, there was a negative correlation between satisfaction of family functioning and anxiety($r=-.334$, $P=.01$). In normal families, there was no significant correlation between family functioning and anxiety.

Findings of this study suggest that families with chronic illness need family-focused nursing interventions for relieving their anxiety and for improving family functioning. in conclusion, the investigation of family functioning and anxiety provides useful information in family-focused nursing care, especially for spouses of chronically ill patients. This information will contribute to developing the support systems for family caregivers and education programs for managing chronically ill patients.

Key concept : family functioning, anxiety

* Department of Nursing, College of Medicine, Pusan National University

** Professor, Department of Nursing, College of Medicine, Pusan National University