주요용어 : 가족기능

암환자가족의 가족기능에 대한 조사연구*

한 숙 정**

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 간호대상자인 인간에 대한 이해는 한 개인으로서의 인간을 포함하여 가족 속에서 상호 작용하는 가족 단위 또는 가족 중심으로 이해되고 있다.

1950년대부터 가족에 관한 연구가 활발히 진행되면서 제도 및 역사적 접근, 구조 기능론적 접근, 상호 작용론적 접근 등 가족을 연구하는 다양한 방법들이 여러 가지 면으로 제시되고 있다(김소야자, 1982). 가족에 대한 접근 방법의 하나로 일반체계이론에 근거한 체계론적 접근에 의하면 인간은 외부 환경과 물질, 에너지, 정보를 주고 받는 하나의 체제이며, 이러한 체제로서의 인간의 건강에 직접적인 영향을 미치는 중요한 요인은 인간을 둘러싸고 있는 사회적 환경이다. 그러므로 인간이 접하는 가장 근본적인 사회 환경을 이루며 교육, 윤리, 규범, 생활습관, 가치관, 전통 등 일상 가정 생활을 통하여 한 개인을 형성하고 또한 개인과 사회를 연결 시켜주는 중개 매개체의 역할을 하는 가족이 간호의 큰 관심의 대상이 되었다(원종순과 최영희, 1989).

가족은 구조를 이루고 있으며 가족 구조 내에서는 구성원들의 각기 독특한 속성들이 모여 복합단위를 이루고 가족전체로서 기능한다. 또한 가족은 개방체제이고 하나의 기능 단위로서 개인 구성원들의 합 이상이며 각 구성원들과의 역동적인 상호 작용을 통하여 가족체제의 항상성이 이루어지는 것으로 설명된다(Smith, 1982).

가족은 상호 의존적인 체제로 체제내 한 구성원의 변화는 다른 구성원의 변화를 초래한다. 따라서 가족체제는 다양한 방식으로 질병 과정에 영향을 끼치며 또한 질병의 발생은 가족체제의 구조와 기능을 변화시킨다(Ramsey & Lewis, 1990).

Friedman(1991)은 심각한 혹은 만성질병을 가진 가족 구성원이 가족 내에 있을 때 가족기능에 장애를 가져온다고 하였다. 환자가 있는 가족의 가족 기능에 가장 영향하는 변수는 환자의 질병 특성이다(Miller & Janosik, 1980).

암은 인간의 건강과 생명을 위협하는 가장 중한 질병 중의 하나로서 성별이나 연령에 상관없이 신체 어느 부위에나 발병하며, 암이라는 진단자체가 죽음과 동일시되므로 신체적, 정신적 위기 상황을 야기시킨다(한윤복, 노유자, 김문실, 1986). 암을 경험하는 것은 개인의 건강 상태에 커다란 역효과를 내는 것 뿐만 아니라 생활에 커다란 변화를 초래하며 그러한 변화는 암이라는 진단을 받은 사람 뿐 아니라 가족에게도 일어나며, 가족 구성원들은 절망, 고립, 비난, 자폐증, 무력감, 죄의식, 불안 그리고 불확실성과 같은 난제에 직면 하게된다(Ross-Alaolmoki, 1985).

* 본 논문은 1992년 7월 고려대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문입니다.
** 삼육대학교 간호학과 교수

암환자에게 있어서 가족은 일차적인 정신사회적인 지지의 근원이며 수동적인 관찰자가 아닌 환자의 치료와 회복에 있어서 절대적인 역할을 계속적으로 해야하는 능동적인 참여자이다. 암환자가 있는 가족은 지속적으로 새로운 정보를 취하면서 다양한 방법의 극복과 대응을 하려고 노력하게 된다(Northous, 1984). 그러나 질병의 만성화를 통하여 가족은 신체적, 심리적, 경제적 자원이 고갈되게 된다(Chisholm & Anstett, 1983).

암의 진행과정은 증상발현-진단-치료시도-치유, 혹은 재발-전이, 악화-죽음의 단계로 나누어질 수 있다. Anderson(1980)은 암환자를 완쾌한 환자군, 진단중인 환자군, 최근에 확진받은 환자군, 치료의 효과와 부작용을 경험하는 환자군, 재발이 되었거나 재발 가능성이 있는 환자군, 말기 환자군으로 분류하였으며, Northous (1984)는 가족에 대한 암의 영향에 관한 연구에서 암환자의 질병기간을 초기단계, 적응단계, 말기단계로 나누어 설명하면서 각 단계 마다 가족 구성원이 직면하게 되는 문제들을 확인하였다.

종합해 볼 때 초기단계는 증상 발현 및 진단, 적응단계는 치료 시도(수술요법, 화학요법, 방사선요법), 말기단계는 치료 후 악화, 전이가 심하거나 죽음을 예상하는 단계로 나누어 볼 수 있다.

이에 본 연구자는 암환자가족의 환자특성, 가족특성, 암의 진행과정에 따라 암환자가족의 가족기능이 차이가 있는지를 확인하고, 정상가족의 가족기능과의 차이는 무엇인지를 비교분석함으로써 가족 중심의 암환자 간호 계획을 수립하는데 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구는 암환자 가족의 가족기능 및 가족기능에 영향을 미치는 요인을 규명하여 가족중심의 암환자 간호계획을 수립하는데 기초자료를 제공하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 암환자가족의 가족기능은 어느 정도인지 파악한다.
2) 암환자가족과 정상가족의 가족기능에 차이가 있는지 파악한다.
3) 암환자가족의 가족특성, 질병특성, 암의 진행과정에 따라 가족기능에 차이가 있는지 파악한다.

3. 용어의 정의

1) 가족기능 : 가족 체제의 성장, 연속, 생존을 유지하는데 필요한 활동으로 가족 구조의 결과이며, 가족 개인 구성원의 요구를 충족시켜 주는 것을 의미하며, 본 연구에서는 Epstein, Baldwin과 Bishop (1983)에 의해 개발된 McMaster Family Assessment Device(FAD)를 기초로 본 연구자가 수정보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다.
2) 암환자가족 : 전문의에 의해 암으로 진단받고 입원중인 환자의 보호자로 직계 가족-배우자 혹은 자녀-을 말한다.
3) 암의 진행과정 : 암환자의 질병기간을 초기단계, 적응단계, 말기단계의 3단계로 나눈 것으로 초기단계는 증상발현 및 진단, 적응단계는 치료시도 - 수술요법, 화학요법, 방사선요법 -, 말기단계는 치료 후 악화, 전이가 심하거나 죽음을 예상하는 단계를 말한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 암환자 가족의 가족기능 및 가족기능에 영향하는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 서울시 소재 4개 대학 부속 종합병원에서 암으로 진단받고 입원 중인 환자 가족 중 설문에 응한 95명을 대상으로 하였다.

대조군인 정상가족은 서울시 소재 1개 대학부속병원에서 직원을 대상으로 가족 중에 암환자가 없는 가족 중 설문에 응한 95명을 대상으로 하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 사용한 가족기능 측정 도구는 Likert식 4점 척도로서 Epstein, Baldwin과 Bishop(1983)이 고안한 McMaster Family Assessment Device (FAD)를 본 연구자가 번역하였고, 내용타당도를 높이기 위해서 간호학 교수 2인, 국문학교수 1인, 영문학 교수 1인에게 의뢰하여 수정·보완하여 본 연구의 도구로 사용하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .64~.79 였다.

본 도구는 문제해결(5문항), 의사소통(6문항), 역할

(8문항), 정서적 반응(6문항), 정서적 참여(7문항), 행동조절(9문항), 일반적 기능(12문항)의 7개 영역의 총 53 문항으로 구성되었다.

4. 자료수집 절차

서울 시내 4개 대학 부속병원 간호과의 허락을 받고 각 병동의 수간호사의 협조를 구한 뒤 연구자 자신과 각 병동의 간호사들이 연구대상자에 적합한 사람을 선정하여 그들을 대상으로 본 연구의 목적과 취지를 설명하고, 연구에 참여할 의사를 밝힌 가족에게 설문지를 배부하여 직접기입하도록 한 후 회수하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산 통계 처리 하였다.

1) 암환자가족과 정상가족의 일반적 특성은 서술통계를 이용하여 분석하였다.
2) 암환자가족과 정상가족의 가족특성에 대한 동질성 검정은 χ^2-test로 분석하였다.
3) 암환자가족과 정상가족의 가족기능정도는 서술통계를 이용하여 분석하였다.
4) 암환자가족과 정상가족의 가족기능정도의 차이를 t-test로 비교하였다.
5) 암환자가족의 가족 특성, 질병특성, 암의 진행단계에 따른 가족기능 정도를 t-test, ANOVA로 분석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 대상자 특성 및 동질성 검정

본 연구의 대상자는 서울시 소재 4개 대학부속 종합병원에서 암으로 진단받고 입원 중인 환자 가족 95명과 서울시 소재 1개 대학부속 종합병원에 근무하는 직원 가족 중 암환자가 없는 정상가족 95명을 대상으로 하였다.

암환자가족과 정상가족의 일반적 특성에는 가족의 형태, 가족수, 경제적 수준, 종교 등 가족특성에 관한 것이었다. 암환자가족은 핵가족이 66%, 대가족이 34%를 차지하였고, 가족 구성원이 5명인 경우가 26%로 가장 많았으며, 경제적으로 중류층에 속한다고 답한 사람이 71%로 가장 많았고, 상류층 15%, 하류층 14%의 순이었다. 74%에서 종교가 있다고 하였고, 26%에서 종교가 없었다.

정상가족은 핵가족이 69%, 대가족이 27%를 차지하였고, 가족구성원 수가 6명인 경우가 25%로 가장 많았다. 중류층이 74%로 가장 많았으며, 상류층과 하류층은 각각 13%로 같았고, 72%가 종교가 있다고 하였고, 28%에서 종교가 없었다.

암환자가족과 정상가족의 동질성 검정을 위해 χ^2-test로 비교한 결과 유의한 차이가 없어서 두 집단은 동질군임이 밝혀졌다〈표 1〉.

암환자가족의 질병특성을 살펴보면 77%가 외래를 통해 입원하였고, 처음으로 입원하는 경우가 42%로 가장 많았으며, 입원기간으로는 1주일째가 34%로 가장 많았고, 위암이 21%로 가장 많았고 경제적 부담을 환자가 전적으로 지고 있는 경우가 39%로 가장 많았다. 환자의 질병에 대한 태도는 '좋아질 것이다'라는 긍정적

〈Table 1〉 Homegeniety test for family characteristics between cancer patient's family and normal family

Characteristics		Cancer Pt's family (n=95)) n (%)	Normal family (n=95) n (%)	χ^2	p
Type of family	Nuclear	63 (66)	69 (73)	.893	.216
	Extended	32 (34)	26 (27)		
Numbers of family members	≤ 3	16 (17)	15 (16)	1.246	.940
	4	17 (18)	20 (21)		
	5	25 (26)	21 (22)		
	6	22 (23)	24 (25)		
	7	7 (7)	9 (10)		
	≥8	8 (9)	6 (6)		
Economic state	Lower	13 (14)	12 (13)	.106	.948
	Middle	68 (71)	71 (74)		
	Upper	14 (15)	12 (13)		
Religion	Yes	70 (74)	68 (72)	.106	.871
	No	25 (26)	27 (28)		

인 태도가 83%로 가장 많았다.

암의 진행단계에 있어서는 적응단계가 68%, 말기가 21%, 초기단계가 11%의 순이었다〈표 2〉.

〈Table 2〉 Characteristics of cancer patient's family

(n=95)

Chracteristics		n (%)
Admission rout	ER	22(23)
	OPD	73(77)
Frequency of admission	first	40(42)
	second	19(20)
	third	13(14)
	fourth	9(9)
	over fifth	14(15)
Duration of admission	1 week	32(34)
	2 week	22(23)
	1 month	21(22)
	2 month	8(9)
	3 month	5(5)
	over 4month	7(7)
Diagnosis	Gastric Cancer	20(21)
	Uterus · Ovarian Cancer	15(16)
	Lung Cancer	13(14)
	Colon · Rectal Cancer	13(14)
	Liver Cancer	12(13)
	Breast Cancer	8(8)
	Pancreatic Cancer	7(7)
	Others	7(7)
Pt's economic burden	All of	37(39)
	some part of	9(10)
	none of	49(51)
Attitude about pt's disease	Patient will be better	79(83)
	no improvement	11(12)
	I don't know	5(5)
Cancer stage	Early stage	11(11)
	Adaptive stage	64(68)
	Terminal stage	20(21)

2. 암환자가족과 정상가족의 가족기능정도 비교

암환자가족의 가족기능은 7개 하부영역의 평균평점이 문제해결 3.24, 의사소통 3.12, 역할 1.93, 정서적 반응 2.93, 정서적 참여 3.20, 행동조절 2.57, 일반적 기능 3.29로 일반적 기능, 문제해결, 정서적 참여 영역의 가족기능은 비교적 높은 반면 역할 영역의 가족기능은 매우 낮은 것으로 나타났다.

암환자가족과 정상가족의 가족기능정도를 비교한 결과 가족기능 총 평균점수가 암환자 가족이 2.98, 정상가족이 2.95로 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 가족기능 7개 하부영역별로 비교시 문제해결영역에서는 암환자 가족이 3.24, 정상가족 3.01로 통계적으로 유의한 차이를 보였고($p<.05$), 역할영역에서는 정상가족이 2.19, 암환자가족이 1.93으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<.05$). 즉 암환자 가족이 정상가족보다 문제 해결 기능은 높고, 역할기능은 암환자가족이 정상가족보다 낮았다〈표 3〉.

3. 암환자가족의 가족 특성, 질병특성, 암 진행 단계에 따른 가족기능정도

암환자 가족의 각각의 특성에 따라 가족기능정도를 비교해본 결과 가족기능 총 평균점수에 유의한 차이를 보이지는 않았다. 또한 하부 영역에 대한 비교시 가족형태, 경제적 상태, 입원횟수 등의 특성에서 몇 가지 하부영역에서만 유의한 차이를 보였다〈표 4〉.

가족 특성에는 가족의 형태, 가족수, 가정경제정도, 종교가 속하며, 질병 특성에는 입원경로, 입원횟수, 입원기간, 진단명, 환자의 가족생계 책임정도, 가족의 환자 질병에 대한 태도가 속한다.

가족형태별 가족기능 총 평균점수는 핵가족이 2.97점, 대가족이 3.03점으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차는 없었다. 또한 하부 영역별로 차이를 비교한 결과 역할 영역에서 핵가족(2.04)이 대가족(1.79) 보다 높게 나왔으며 유의한 차이를 보였다($p<.05$).

가족수에 따른 가족기능 총 평균점수는 가족수가 6명(3.11), 3명(3.04), 4명(3.00)의 순이었고 통계적으로 유의한 차는 없었다.

가정경제정도에 따른 가족기능 총 평균점수는 여유있게 사는 편이다(3.13), 보통정도로 사는 편이다(2.99), 가난한 편이다(2.77)의 순을 보였고 통계적으로 유의한 차는 없었다. 하부 영역별로 비교시 행동조절기능 영역에서 가정경제 정도가 보통정도로 사는 편인 가족(2.62), 여유있게 사는 편인 가족(2.59), 가난한 편인 가족(2.15)의 순으로 유의한 차이를 보였다($p<.05$).

종교별 가족기능 총 평균점수는 종교를 있는 가족이 3.0점, 없는 가족이 2.94으로 통계적으로 유의한 차가 없었다.

입원 경로에 따른 가족기능 총 평균점수는 응급실을 통해서 입원한 환자가 2.95점, 외래를 통해서 입원한 환자가 2.98점이었고 통계적으로 유의한 차는 없었다.

입원 횟수에 따른 가족기능 총 평균점수는 1회(3.05), 2회(3.03), 3회(2.84), 4회(2.97), 5회 이상

〈Table 3〉 Comparison of family function scores between cancer patient's family and normal family

group	Cancer Pt's Family (n=95) Mean ±S.D	Normal Family (n=95) Mean ±S.D	t
Problem solving	3.24±0.52	3.01±0.43	11.10*
Communication	3.12±0.41	3.01±0.37	3.61
Roles	1.93±0.52	2.19±0.43	14.02*
Affective responsiveness	2.93±0.57	2.96±0.44	0.21
Affective involvement	3.20±0.48	3.15±0.36	0.81
Behavior control	2.57±0.45	2.65±0.36	1.40
General functioning	3.29±0.43	3.20±0.36	2.52
Total family function scores	2.98±0.29	2.95±0.59	0.55

*p<.05

〈Table 4〉 Family function scores according to cancer patient's characteristics

Characteristics	Problem Solving		Communi-cation		Roles		Affective Responsive-ness		Affective Involvement		Behavior Control		General Functioning		Total scores	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Family type																
nuclear	3.20	0.53	3.08	0.41	2.04	0.51	2.94	0.62	3.21	0.51	2.51	0.50	3.32	0.41	2.97	0.29
extended	3.42	0.37	3.22	0.40	1.79	0.41	2.96	0.44	3.26	0.42	2.72	0.33	3.34	0.41	3.03	0.28
t	3.71		1.76		4.66*		0.02		0.17		3.45		0.04		0.48	
Economic state																
Low	3.14	0.60	2.86	0.38	2.06	0.60	2.75	0.57	2.97	0.49	2.15	0.54	3.10	0.33	2.77	0.28
Middle	3.25	0.53	3.15	0.39	1.91	0.51	2.91	0.55	3.21	0.48	2.62	0.40	3.30	0.43	2.99	0.29
High	3.30	0.42	3.20	0.53	1.90	0.50	3.22	0.71	3.45	0.45	2.59	0.61	3.43	0.49	3.13	0.32
F	0.21		2.24		0.43		1.57		2.65		4.01*		1.41		2.40	
Frequency of admission																
first	3.25	0.52	3.17	0.43	2.00	0.47	2.99	0.61	3.37	0.45	2.75	0.43	3.33	0.45	3.05	0.32
second	3.25	0.46	3.12	0.42	1.84	0.57	2.90	0.68	3.24	0.45	2.49	0.36	3.35	0.40	3.03	0.26
third	3.20	0.56	2.97	0.36	1.82	0.43	2.82	0.41	3.05	0.47	2.16	0.45	3.26	0.36	2.84	0.17
fourth	3.57	0.41	2.97	0.37	1.96	0.55	2.93	0.64	2.94	0.47	2.37	0.46	3.38	0.47	2.97	0.23
over fifth	3.09	0.60	3.04	0.42	1.91	0.65	2.91	0.53	3.04	0.50	2.58	0.43	3.12	0.44	2.83	0.30
F	0.98		1.14		0.47		0.23		2.54*		4.56**		0.72		1.71	

*p<.05 **p<.01

(2.83)의 순으로 나왔으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 하부 영역별 비교시 정서적 참여 영역에서 1회 입원(3.37), 2회(3.24), 3회(3.05), 5회 이상(3.04), 4회(2.94)의 순으로 유의한 차이를 보였고(p<.05), 행동조절 영역에서도 1회 입원(2.75), 5회 이상(2.58), 2회(2.49), 4회(2.37), 3회(2.16) 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.01).

입원 기간에 따른 가족기능 총 평균점수는 4개월 이상(3.17), 3개월(3.07), 1개월(3.01)의 순이었고 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

진단명에 따른 가족기능 총 평균점수는 췌장암(3.09), 위암(3.04), 폐암(2.99), 자궁·난소암(2.98),간암(2.97), 대장·직장암(2.94), 유방암(2.87)의 순이었고 통계적으로 유의한 차는 없었다.

환자의 가족에 대한 생계 책임 정도에 따른 가족기능 총 평균점수는 환자 본인이 전적으로 부담한다(2.98), 환자분인은 전혀 부담이 없다(2.97), 환자 본인이 일부 부담한다(2.95)의 순으로 나왔으나 통계적으로 유의한 차는 없었다.

환자 질병에 대한 가족의 태도에 따른 가족기능 총 평균점수는 치료에 진전이 없다(2.99), 좋아질 것이다(2.98), 모르겠다(2.97)의 순으로 나왔으나 통계적으로 유의한 차는 없었다.

암의 진행단계에 따른 암환자가족의 가족기능 평균점

수는 암의 적응단계(3.01), 초기단계(2.95), 말기단계(2.89)의 순으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

Ⅳ. 논 의

가족은 동일한 문화, 경제 및 생태학적 환경에서 생활하고 있으며 가족관계는 상호작용이 강한 기본적인 사회단위이므로 다양한 형태로 질병 과정에 영향을 준다(박은숙, 1986 ; Leahey, 1987). 가족기능이란 어떤 정해진 목적이나 목표를 달성하기 위해 개인 또는 가족구성원들에게 맡겨진 모든 작용으로(Miller & Janosik, 1980), 구성원들과의 관계와 활동이 포함되며 가족이 개방체제로 유지되고 가족간의 조화를 이루도록 하는 것이다(Robert & Feetham, 1982). 가족 기능 수행의 변화는 가족구성원의 변화를 초래하고, 가족구성원의 변화는 가족기능수행의 변화를 일으키므로 가족구성원이 건강하면 가족기능수행은 가장 효과적으로 이루어지며, 가족의 정상적인 기능수행은 가족구성원의 정신·정서적 건강증진을 도모하게 된다(안양희, 1988).

암은 진단자체가 죽음과 동일시되어 받아 들여지고 있으므로 환자와 그의 가족이 진단이 내려진 후 커다란 충격을 받게되어 신체적, 정서적인 위기상황을 겪게되며(Shapiro, 1986), 가족체제내에 상당한 불안을 야기시키고 가족구성원간의 의사소통형태, 역할, 관계에 변화를 가져온다.

암과 같은 만성질환자들은 가족 구성원에게 매우 의존적이고 가족의 태도에 크게 영향을 받게 되므로, 가족의 지지는 이들의 회복에 직접적인 영향을 미친다(권영은, 1990).

본 연구자는 간호의 대상자를 환자를 포함한 가족으로 볼 때 암환자가족과 정상가족의 가족기능에는 차이가 있을 것으로 보고 이를 통해 암환자가족을 대상으로한 가족간호에 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였으나 암환자가족과 정상가족의 가족기능에는 유의한 차이가 없었으며 몇 개 하부영역에서만 약간의 차이를 보였다.

암환자가족의 가족기능은 하부영역별로 일반적기능(3.29), 문제해결(3.24), 정서적 참여 영역(3.20)에서 평균점수가 비교적 높은 반면 역할 영역(1.93)에서는 매우 낮은 것으로 나타났다.

본 연구에서는 암환자가족과 정상가족의 가족기능을 비교한 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었는데, 이영희(1988)의 연구에서는 만성질환이 있는 가족의 전체 가족기능정도가 정상가족도보다 낮게 나왔고, 송남호(1989)의 연구에서는 만성질환자 가족군이 정상가족군보다 가족적응력과 가족결속력이 모두 높게 나와 연구마다 차이가 있었다.

가족기능 하부영역별 비교시 문제해결과 역할영역에서 통계적으로 유의한 차이를 보이면서 암환자 가족이 정상가족보다 문제 해결 기능은 높고, 역할기능은 암환자가족이 정상가족보다 낮게 나왔다. Litman(1974)은 가족구성원의 질병이 가족관계 특히 가족의 역할관계에 영향을 주는데 그 정도는 질병자체의 특성과 관계가 있다고 하였다. 즉 질병이 지연될수록 그리고 복잡할수록 그 질병이 가족구성원의 역할관계에 영향을 줄 가능성이 더 크다고 보고하여 이러한 결과를 뒷받침해 주고 있다. 가족구성원의 질병으로, 평소의 역할을 수행하던 구성원의 능력이 이 질병기간 동안 감소되기 때문에 그 가족은 재적응의 힘과 역할 관계가 발생하여 새로운 균형이 확립될 때까지 불균형 상태로 돌입하게 되며, 가족 중에 암환자가 발생함으로 인하여 이러한 문제를 해결하고자 노력하므로써 암환자가족에서 문제해결기능이 정상보다 높게 나왔다고 사료된다.

가족 특성 즉, 가족 형태, 가족수, 가정경제정도, 종교에 따른 암환자가족의 가족기능정도에는 각 특성에 따라 유의한 차이가 없었고 단지 가족형태별 가족기능 비교시 가족기능의 하부영역 중 역할 영역에서 유의한 차이를 보였고, 가정경제정도에 따른 가족기능 비교시 행동조절 기능 영역에서 유의한 차이를 보였다.

가족형태별 가족기능 총 평균점수를 핵가족과 대가족으로 구분하여 분석한 결과 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 이것은 송남호(1989)의 연구에서 대가족이 핵가족보다 가족기능이 높았으나 통계적 유의성이 없었던 것과 일치하였다. 가족기능 하부영역별 비교시 역할 영역에서 유의한 차이가 있었고 핵가족이 대가족 보다 역할기능이 높게 나왔다. 대가족은 가족 구성원들에게 각기 지위와 역할이 정해져 있고, 한 구성원의 결손·사망시에 다른 가족이 그 자리에 보충되는 경우가 많으나, 핵가족은 구성원의 기능이 좀 더 세분화되어 있고, 구성원의 결손·사망시에 대처할 사람이 없으며 또, 가족 구성원간의 역할들이 분명하게 나누어지지 않았거나 또 너무 경직되어 있어서 한 사람이 그 역할을 수행하지 않으면 그 역할을 수행할 만한 사람이 없는 경우에 가족내에 어려움이 생긴다고 하여 대가족에서 높은 가족기능 정도를 보일 것으로 예상하였으나 유의한 차이가 없었다.

가정경제정도에 따른 비교 시 경제 정도가 높은 순으로 가족기능도 높게 나왔으나 유의한 차이는 없었다. 이것은 Lewis(1986)의 연구에서 경제적으로 중상류층의 가족이 가족 상호간의 심리적인 친밀도가 높고, 의사 소통이 명백하며 문제를 효과적으로 해결한다고 보고한 것과 이금재(1987), 이영희(1988)의 연구에서 가족의 월 수입이 낮을수록 더 낮은 가족기능 정도를 나타낸다는 것과 유사하였다.

종교별 가족기능에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이것은 이영희(1988)의 연구에서 종교가 있는 가족이 종교가 없는 가족보다 가족기능이 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었던 것과 일치하였다.

질병 특성 즉, 입원경로, 입원횟수, 입원기간, 진단명, 환자의 가족생계에 대한 책임 정도, 가족의 환자 질병에 대한 태도에 따른 암환자가족의 가족기능정도는 각 특성에 따라 유의한 차이가 없었다. 단지 입원 횟수에 따른 가족기능정도에서 정서적 참여기능 영역과 행동조절 영역에서만 유의한 차이가 있었다.

입원 횟수에 따른 가족기능 총 평균점수는 1회, 2회가 비교적 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었고 하부영역별 비교시 정서적 참여와 행동조절 영역에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 정서적 참여기능은 입원횟수가 1회 일 때 가장 높고 차츰 낮아지다가 5회 이상에 다시 증가하였고, 행동조절기능도 입원횟수가 1회 일 때 가장 높고 차츰 낮아지다가 4회 입원시부터 다시 증가됨을 보였다.

가족의 일원에게 질병이나 입원과 같은 건강유지에 변화가 초래되는 것은 가족들에게 위기가 되는 큰 스트레스 사건이며(Molter, 1979), 가족구성원의 변화는 가족기능 수행의 변화를 일으킨다 (안양희, 1988). 그러므로 암환자의 첫 병원 입원 시 가족들은 가장 많은 관심을 갖게되며, 암환자의 입원으로 인하여 평소의 행동에 제한을 받게되기 때문으로 사료된다. 또한 암환자는 의존적이되고 오랜동안의 치료기간 동안 가족내에서의 역할을 수행할 수 없게 되므로 가족들은 환자가 하던 역할까지 해야하는 기간이 길어지면서 탈진하게 되고 결국은 환자에 대하여 가족의 무관심을 초래할 수 있다고 사료된다.

진단명에 따른 가족기능 총 평균점수는 암의 발생 부위에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이것은 가족구성원 중 한 명이 암이라는 진단을 받는 것 자체가 가족들로 하여금 위기에 직면하게 하지만, 암의 발병 부위에 크게 영향하지 않는 것으로 사료된다.

가족 생계 책임 정도에 따른 가족기능 총 평균점수는 환자 본인이 전적으로 부담하는 경우가 높게 나왔으나 유의한 차이는 없었다. 이것은 엄동춘(1986)의 연구에서 환자 자신이 치료비를 부담할 경우에 환자의 우울이 낮은 것으로 나타난 것과 차이가 있었다. 한편 송남호(1989)는 가족 생계 책임자를 본인, 부모, 배우자로 나누어 비교해 보았는데 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 질병에 대한 가족의 태도에 따른 가족기능은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이것은 이영희(1988)의 연구에서 치료를 잘하면 좋아질 수 있다고 긍정적인 태도를 가지고 있는 가족이 가족기능이 가장 높게 나왔으며, Miller(1980)도 가족의 태도나 행동은 질환의 경과에 결정적인 요소가 되고 증상이 악화되거나 재발하는데 영향을 미친다고 한 것과는 차이가 있었다.

암의 진행과정에 따른 암환자가족의 가족기능 평균점수는 암의 적응단계에서의 가족기능이 가장 높았고 말기단계의 가족기능이 가장 낮은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

Northous(1984)는 암환자로 인해 가족이 받게 되는 영향을 암환자의 질병기간을 통해서 3단계로 나누어 보았다. 먼저 암의 초기단계는 환자와 가족 모두에게 가장 스트레스를 주는 시기의 하나로 보고하였고 이때 가족구성원들은 *care*를 받는 것 뿐만 아니라 *care*에 참여하는 것으로부터도 제외된 느낌을 받으며 환자의 치료에 대한 결정과정에 있어서도 제외됨을 느낀다. 초기단계에서 가족구성원들은 보건의료팀으로부터 정보를 얻고자하는 강한 요구를 갖고 있으나 진료팀과의 의사소통에 어려움을 갖게되며(Bond, 1982), 가족내에서도 환자와 다른 가족구성원간의 의사소통에 어려움을 느끼게 되고 또한 환자의 질병에 대하여 가족이외의 사람들에게 이야기하는 것에도 의사소통의 어려움을 겪게된다. Welch (1981)는 암환자 발병 이후에 27%의 가족 구성원에서 신체적 문제가 증가했음을 보고하였다. Good 등(1983)은 질병발생부터 진단, 치료, 적응, 회복, 질병의 만성화의 단계에 따라 가족들이 다르게 반응하여 적응한다고 보고하여 각 단계별로 가족기능에 차이가 있을 것으로 예상하였으나 차이가 없었다. 이것은 암의 단계를 명확히 구분하기가 어렵고 암의 각 단계에 따라 동일한 수의 연구 대상을 표집하지 못하였으며 암환자 가족들이 암환자가 어느 단계에 있는지 확실히 알지 못하는 경우가 있기 때문이라고 사료된다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 암환자 가족의 가족기능을 조사하여 가족 중심의 암환자 간호계획을 수립하는데 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

대상자는 서울시 소재 4개 대학부속 종합병원에서 암으로 진단받고 입원 중인 환자가족 95명과 서울시 소재 1개 대학부속 종합병원에 근무하는 직원 가족 중 암환자가 없는 정상가족 95명을 대상으로 하였다.

본 연구에 사용된 도구는 문제해결, 의사소통, 역할, 정서적 반응, 정서적 참여, 행동조절, 일반적 기능의 7개 하부영역으로 구성된 53문항의 가족기능 측정도구를 사용하였다.

자료처리는 SAS PC 프로그램으로 descriptive statistics, χ^2-test, t-test, ANOVA를 적용하여 통계처리 하였다.

본 연구 결과를 통하여 얻은 결론은 다음과 같다.

1) 암환자 가족의 가족기능은 하부영역별 평균점수가 일반적 기능 3.29, 문제해결 3.24, 정서적 참여 3.20, 의사소통 3.12, 정서적 반응 2.93, 행동조절 2.57, 역할 1.93의 순이었다.
2) 암환자가족과 정상가족의 가족기능 정도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.
3) 암환자가족의 가족 특성, 질병특성, 암의 단계에 따른 가족기능정도에는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 가족기능의 7개 하부영역별 비교시 유의한 차이를 보이는 영역이 일부있었다.

가족형태 비교시 핵가족이 대가족 보다 역할영역에서 유의하게 높은 가족기능을 보였고, 가정경제정도에 따른 비교시 가정경제 정도가 보통인 가족, 여유있는 가족, 가난한 가족의 순으로 행동조절기능 영역에서 유의한 차이를 보였다. 또한 입원횟수에 따른 비교시 행동조절 영역에서 입원횟수가 1회일 때 가장 높고 차츰 낮아지다가 4회 입원시부터 다시 증가되면서 유의한 차이를 보였고, 정서적 참여기능에서도 입원횟수가 1회일 때 가장 높고 차츰 낮아지다가 4회 입원시부터 다시 증가되면서 유의한 차이를 보였다.

암의 진행 단계에 따른 가족기능 점수는 암의 적응단계, 초기단계, 말기단계 순으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

2. 제언

본 연구에서 사용한 가족기능 측정도구가 한국에서는 처음 사용된 도구인 만큼 폭 넓은 대상자에게 도구의 신뢰도와 타당도를 검증할 것을 제언한다.

암의 진행과정에 따라 변화되는 가족기능을 확인할 수 있는 종단적 연구를 제언한다.

참 고 문 헌

권영은(1990). *암환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질과의 관계연구*. 연세대학교대학원 석사학위논문.

김소야자(1982). *가족 환경에 대한 지각의 불일치와 정신질화자 발병과의 관계에 관한 분석 연구*. 연세대학교대학원 석사학위논문.

박은숙(1986). *지역사회의학 : 가족의 구조와 기능*. 서울 : 서울대학교출판부. 17-38.

송남호(1989). *만성질환자 가족군과 정상가족군의 가족적응력과 가족결속력의 비교연구*. 이화여자대학교대학원 석사학위논문.

안양희(1988). *고등학교 남학생 가족의 기능적 특성과 정신 건강과의 관계*. 연세대학교대학원 박사학위논문.

엄동춘(1986). *암환자의 불편감 및 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 탐색적연구*. 서울대학교대학원 석사학위논문.

이금재(1987). *만성질환자의 가족기능정도와 환자 역할행위 이행 정도와의 관계에 관한 연구-당뇨병환자를 중심으로*. 이화여자대학교대학원 석사학위논문.

이영희(1988). *만성질환이 있는 가족과 정상가족의 가족기능 비교 연구*. 이화여자대학교대학원 석사학위논문.

최영희, 원종순(1989). 급·만성 질병이 있는 가족의 가족기능 비교연구. *간호과학, 1. 6-9.*

한윤복, 노유자, 김문실(1986). *암환자*. 서울 : 수문사. 451-466.

한윤복(1990). 중년기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. *대한간호학회지, 20* (3), 399-411.

Anderson, J. L., Brown, M. L. (1980). The cancer patient in the community : A nursing challenge. *Nursing Clinics of North America, 15,* 373-388.

Authier, J., Starr, G., Authier, K. (1984). Impact of Illness on the Family. Testbook of Family Medicine. Philadelphia : W. B. Saunders Co. 102-108.

Bond, S. (1982). Communication with families of

cancer patients. *Nursing Times, 78,* 1027-1029.

Chisholm, R. W., Anstett, R. (1983). *Family considerations* : Disease antecedents, health resources and family function, fundamentals of family medicine. New York : Springer-verlag. 57-58.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy, 19* (2), 171-180.

Friedemann, M. L. (1991). An instrument to Evaluate Effectiveness in Family functioning. *Western Journal of Nursing Research, 13* (2), 220-241.

Good, B. J., Good, M. D., Burr, B. D. (1983). *Impact of illness on the family, disease, illness and the family illness trajectory.* Fundamentals of family medicine. New York : Springer-verlag. 32-45.

Lewis, J. M. (1986). Family structure and stress. *Family Process, 25,* 235-247.

Northous, L. (1984). The impact of cancer on the family : an overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 14* (3), 215-242.

Miller, J. R., Janosik, E. H. (1980). *Family-focused Care.* New York : McGrow Hill Book Co. 132-145.

Ramsey, C. N., Lewis, J. M. (1990). *Family structure and Functioning.* Textbook of Family practice. 4th ed., Philadelpia : W. B. Saunders Corp. 19-40.

Robert, C. S., Feetham, S. L. (1982). Assessing family functioning across three areas of relationship. *Nursing Research, 31*(4), 231-235.

Ross-Alaolmoki, K. (1985). Supportive care for families of dying children. *Nursing Clinics of North America, 20* (22), 457-467.

Shapiro, J. (1986). Assessment of family coping with illness. *Psychosomatics, 27,* 262-271.

Smith, M. J., Goodman, J. A., Ramsey, N. L., Pasternack, S. B. (1982). *Child and Family.* New York : McGrow-Hill Book Co. 7-30.

Welch, D. (1981). Planning nursing intervention for family members of adult cancer patients. *Cancer Nursing, 4,* 365-370.

- Abstract -

A Study on the Family Functioning in the Family with the Cancer Patient

*Han Suk Jung**

This study was designed to assess the level of family function between cancer patient's families and normal families, and to seek better quality family-Mcentered nursing care.

The subjects for this study were 95 ca patient's families who were selected from th university hospitals and 95 normal families who selected from 1 university hospital.

The instrument used for this study was McMaster Family Assessment Device (FAD) developed by Epstein, Baldwin and Bishop (1983). The scale consisted of 53 items covering 7 areas: 'problem solving', 'communication', 'roles', 'affective responsiveness', 'affective involvement', 'behavior control', and 'general functioning'.

As for data analyses, descriptive statistics, χ^2-test, t-test, ANOVA were adopted using SAS program.

The result of this study was as follows:

There there was no significant difference between cancer patient's family function and normal family function.

Also there was no significant difference on cancer patient's family function with regard to family characteristics, disease's characteristics, and clinical stage of cancer.

Key words : Family Function

* Professor, Dept. of Nursing, Sahmyook University