주요개념 : 암환자가족원, 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스

암환자를 돌보는 가족원의 건강증진행위와 자기효능감 및 역할 스트레스

장혜숙* · 이정란** · 이명실*** · 윤연선**** · 김영희*****

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학의 눈부신 발전에도 불구하고 암은 우리 나라 사망원인의 2위(통계청, 1997)를 차지하고 있다. 암은 현대의학이 해결하지 못하는 질병 중의 하나로 최근에는 진단 및 치료의 발달로 암환자의 생존율이 증가하고 있으나, 환자의 생명을 연장하는데 그 목적을 둠으로써 환자의 수명을 연장시켜 암으로 고통받는 환자수가 늘어남은 물론 치료의 부작용으로 인한 불편감과 고통으로 다양한 문제에 직면하고 있다(이창명, 오동원, 1990).

더구나 암환자는 진단 자체가 죽음과 동일시되므로 삶의 의욕을 크게 상실하여 영적 고통이 더욱 심하다. 현재로서 일부 암의 경우 가장 좋은 관리법은 조기발견을 통한 수술이며, 이러한 수술 효과를 높이기 위해 수술 전·후에 항암화학요법을 실시하고 있는데 이 화학요법의 치료와 함께 나타나는 신체적 부작용과 죽음의 위협, 경제적 부담, 반복되는 치료는 환자뿐 아니라 환자 가족에게도 커다란 부담을 주고 있다(양광희, 송미경, 김은경, 1998).

가족이란 사회적 규범으로 인정된 사랑과 지지의 교환을 통해 개인적, 집단적으로 그 가족 구성원을 지지하고 보호하는 능력을 가지며(최영희, 이강혜, 1988; Hollen & Patrica, 1981), 한 가족 구성원의 변화는 다른 가족원의 변화를 야기시켜 가족전체의 구조와 기능에 변화를 초래하게 된다(최영희, 1983; 황영빈, 1990). 그러므로 입원환자를 돌보는 가족원은 낯선 병원 환경, 환자의 고통과 불확실한 미래에 대한 불안(김현실, 김주희, 1993; 이진희, 1986), 두려움(조 희, 1977), 스트레스(권은옥, 1990)를 느끼며, 역할과다로 자신의 개인 활동을 일시적으로 또는 장기적으로 포기하여야 하는 상황에 부딪칠 뿐만 아니라(Cantor, 1983), 환자를 돌보는 새로운 역할에 대한 정보 부족(역할 모호성)으로 환자를 돌보는데 어려움을 느끼게 된다. 또한 병원에서의 숙식이 불편하다고 호소하는(간협신보, 1991) 등 일상생활의 어려움도 경험하고 있으므로 결국 환자를 돌보는 역할로 인한 심신의 부담은 건강을 위협할 위험이 높아진다. 더욱이 암에 대한 치료방법이 발전하여 환자의 수명이 연장되면서 암환자를 돌보는 가족원은 환자를 돌보는 시간이 길어짐에 따라 건강유지·증진을 위해 누군가의 도움이나 중재를 필요로 하게 되지만 실제로 암환자 가족원의 건강증진 행위에 대한 연구는 아직껏 미비한 상태이다.

그러므로 본 연구는 암 환자를 돌보는 가족원의 건강증

* 원광보건대학 간호과 교수
** 원광중학교 양호교사
*** 원광대학병원 수간호사
**** 전북대학병원 간호사
***** 원광보건대학 간호과 겸임교수

진 행위와 자기 효능감, 역할 스트레스 정도를 파악하여 암환자 가족원에 대한 이해를 돕고 가족 중심 간호를 제공하는데 도움이 되는 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위와 자기 효능감 및 역할 스트레스를 파악하여 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위를 향상시키는데 필요한 기초자료를 제공하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위를 파악한다.
2) 암환자를 돌보는 가족원의 자기효능감 정도를 파악한다.
3) 암환자를 돌보는 가족원의 역할스트레스를 파악한다.
4) 일반적 특성에 따른 건강증진행위 정도의 차이를 파악한다.
5) 일반적 특성에 따른 자기효능감의 차이를 파악한다.
6) 일반적 특성에 따른 역할스트레스의 차이를 파악한다.
7) 암환자를 돌보는 가족원의 자기효능감 및 역할 스트레스와 건강증진 행위와의 관계를 파악한다.

3. 용어의 정의

본 연구에서 사용된 주요개념을 다음과 같이 정의한다.

1) 암환자를 돌보는 가족원

가족원 중 많은 시간을 환자에게 돌봄을 제공하는 주 가족원을 의미하며, 본 연구에서는 하루 6시간 이상 암환자를 돌보는 가족원을 대상으로 하였다.

2) 건강증진 행위

생활양식의 구성요소가 되는 계속적인 활동으로 더 높은 수준의 건강을 위하여 능동적으로 환경에 반응하는 것을 의미하며, 안녕 수준 뿐 아니라 자아실현, 자기성취를 증진시키기 위한 행위로서 영양, 운동, 스트레스 관리, 건강책임, 대인관계, 자아실현이 하위개념으로 구성된다(Pender & Pender, 1987). 본 연구에서는 박재순(1995)의 도구를 연구대상자에게 적합하게 재구성한 40문항으로 측정한 점수이다.

3) 자기효능감

개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감을 의미한다(Bandura, 1977). 본 연구에서는 박재순(1995)의 도구를 가족원에게 적용 가능하도록 수정한 15문항으로 측정한 점수이다.

4) 역할스트레스

개인이 환경으로부터 요구되는 역할기대의 불확실성과 상충, 역할수행에 대한 자원의 부족, 역할과다, 역할기대의 충족에 대한 개인의 능력부족 등에 의해서 유발되는 심리적 불균형 상태를 말한다. 본 연구에서는 송인숙(1998)이 사용한 도구를 수정 보완한 26문항으로 측정한 점수이다.

4. 연구의 제한점

본 연구대상자는 전북지역에 소재한 종합병원에 입원하고 있는 암환자 가족을 대상으로 한정하였기 때문에 확대해석이 어렵다.

II. 문헌 고찰

1. 건강증진 행위

오늘날 과학기술의 발달과 함께 높아진 경제성장으로 인하여 건강에 대한 요구도가 크게 변화하고 있으며, 건강유지와 건강증진에 대한 관심이 증대되고 있다. 건강증진이란 현재의 건강을 보다 나은 상태로 만들기 위한 노력이며, 인구집단 전체의 생활환경의 개선을 통한 총체적인 건강에 초점을 맞추어 개개인의 생활방식이나 행동을 긍정적으로 변화시키는 개념이다(김일순, 1993).

Pender & Pender(1987)는 건강증진은 개인이 처한 환경이나 개인적 습관을 변화시켜서 최고의 안녕에 도달하도록 도와주는 것으로 질병예방 행위와는 구분이 되며 성숙을 위해서 대상자에 의해 주도되는 긍정적인 또는 역동적인 과정이라고 하였다.

또한 건강증진 행위란 인간의 자기 실현 성향에 대한 표현으로서 안녕, 자아실현, 자기성취를 유지하고 증진시키는 것을 목적으로 하며(구미옥, 은 영, 1998) 건강증진행위를 수행하는 것은 개인의 태도 변화를 통한 생활양식의 변화를 꾀하는 것이라 하였다(Mason & Mcguinnis, 1990). 그리고 Duncan & Gold(1986) 는 건

강증진 행위가 개인의 건강상태에 긍정적으로 영향을 미쳐서 건강한 상태 유지, 개인의 성장이나 발전 또는 최적의 건강에 이르게 하는 것이라고 하였다.

최근 건강증진 행위에 대한 연구가 다양한 대상자들을 통해 이루어지고 있으며, 연구대상은 주로 건강한 성인(박인숙, 1995; Walker, Volkan, Sechrist, Pender, 1988), 근로자(윤 진, 1990; 이태화, 1990; Pender, Walker, Sechrist, Frankstormborg, 1990), 중년여성(박재순, 1995; 서연옥, 1994; Duffy, 1988; Duffy, Rossow, Hernandez, 1996), 노인(표지숙, 1991), 고혈압 환자(장효순, 1991), 관절염 환자(오현수 ,1993), 암환자(Frank-Stromborg, Pender, Walker, Sechrist, 1990; 오복자, 1994, 1995, 1996), 입원 환자 가족원(김희주, 1998)으로 그 범위가 점점 확대되고 있지만 암환자를 돌보는 가족원 대상의 건강증진 행위에 대한 연구는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다.

2. 자기효능감

자기효능이란 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행 할 수 있다는 신념(belief)으로 이 개념은 어려움이 증가되는 상황에서도 주어진 과업을 해낼 수 있다는 신념을 설명하는 크기(magnitude)와 장애를 극복하고 행동을 유지하려고 노력하는 힘인 강도(strength) 그리고 할 수 있다는 신념의 폭넓은 적용을 의미하는 일반성(generality)의 3가지 차원으로 구성되어 있다(Woodruff & Cashman, 1993).

건강관련 행위 분야에서도 최근 이 개념의 중요성에 대한 인식이 고조되었으며, 건강행위(금연, 체중조절, 알콜중독, 운동)에 자기효능을 적용한 연구들이 많아졌고, 1983년에서 1991년 사이에 발표된 건강증진 행위 관련 연구의 검토에서는 자기효능감이 건강증진 생활양식의 가장 영향력 있는 변인으로 확인되었다(Gillis, 1993).

오복자(1994)의 위암환자를 대상으로 한 건강증진 행위와 삶의 질 영향 요인의 연구에서 자기효능감이 건강증진 행위에 가장 중요한 영향 요인으로 확인되었으며, 이외에도 중년여성(박재순, 1995)이나 근로자(Weitzel, 1989)의 건강증진 행위에 자기효능감이 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 또한 이영휘(1994)의 연구에서는 자기효능과 관련한 문헌고찰을 통해, 행동을 변화시키고 그 변화를 지속시키려는 목적에서 자기효능의 중요성을 지지하는 연구가 점차 증가한 것으로 볼 때 건강증진 생활양식의 변화를 위해서는 자기효능감을 증진시키는 것이 중요함을 시사해 주고 있다.

3. 역할 스트레스

Beehr & Newman(1978)은 역할스트레스를 구성원이 직무와 관련된 상황으로 인하여 정상적인 생활상태에서 이탈하도록 영향을 미치는 상태라고 정의하였으며, 환자를 돌보는 일을 스트레스로 보는 측면에서도 가족의 재정적 어려움, 즉 사회 경제적 상태가 낮을 때, 돌보는 역할에 대한 만족 수준이 낮을 때 스트레스가 증가된다고 보고하였다(Orodenker, 1990).

Brown(1992)은 만성질환 환자를 돌보는 가족은 부담감으로 스트레스와 관계된 질환을 앓는다거나 기존의 신체적 질환이 악화되기도 하고 약물남용의 문제가 증가되며, 역할혼돈과 역할과중으로 상실이나 슬픔, 분노와 좌절, 죄책감 및 우울 등의 심리적 문제를 나타내며 사회적 고립감이나 다른 가족으로부터 소외되고 있다고 느끼고 경제적 어려움을 경험할 수 있다고 하였다.

암은 환자뿐 아니라 가족에게도 장기적인 처치와 다양한 적응을 요구하는 만성질환으로(Oberst & Scott, 1988) 완화와 악화의 기간이 반복되기 때문에 질병과정에서의 변화가 심할 때 환자 가족은 역할 책임의 변화로 많은 스트레스를 겪게 되는 것이다. 또한 암환자 가족의 신체적 심리적 건강의 변화에 대한 연구(Oberst & James, 1985)에서 암환자 가족은 분노, 죄의식, 신체적 문제, 피로 등을 느끼는 것으로 보고되었고, Goldberg와 Wool(1985)은 암환자 가족 자신의 개인적 관심이나 사회적 참여가 제한될 때 특히 우울에 빠지기 쉽다고 하였으며, Galloway(1990)는 암환자 가족은 신체적, 심리적 피곤함, 수면장애, 우울과 불안, 만성적 건강문제의 악화를 경험하게 된다고 보고하였다.

이상의 문헌고찰을 통하여 건강증진 행위와 관련된 연구가 매우 다양하게 전개되고 있으나 암환자 가족에 대한 연구가 부족하여서 본 연구에서는 암환자를 돌보는 가족의 건강증진 행위와 자기효능감 및 역할스트레스를 알아보고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 암으로 입원한 환자에게 돌봄을 제공하는 가족원의 건강증진 행위와 자기효능감, 역할스트레스를

파악하기 위한 관계조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구대상은 전라북도 내 2개의 대학병원 암병동에서 1일 6시간 이상 환자를 돌보는 가족원 중 한사람으로 연구에 동의한 111명이었다.

3. 연구 도구

1) 일반적 특성

대상자의 인구학적 특성 및 건강상태를 묻는 15문항과, 암환자의 인구학적 특성에 대한 5문항으로 구성하였다.

2) 건강증진 행위

박재순(1995)의 중년여성을 대상으로 한 연구도구를 본 연구의 대상자에게 적합하게 재구성하였으며, 식습관 9문항, 개인위생 5문항, 스트레스 대처 6문항, 금연과 금주 2문항, 대인관계 3문항, 운동 5문항, 휴식과 수면 4문항, 건강검진 2문항, 기타 생활 4문항으로 총 40문항이다. 각 문항은 4점 척도로 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '정말 그렇다' 4점으로 점수가 높을수록 건강증진 행위 실천정도가 높은 것을 의미하며 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .935이었다.

3) 자기효능감

박재순(1995)의 자기효능감 측정 도구를 암환자를 돌보는 가족에게 적용 가능하도록 수정한 총 15문항이며, 각 문항에 대한 자신감 정도는 '전혀 자신 없다' 1점에서 '완전히 자신 있다' 10점까지 의 범위로 자가평가하여 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .903 이었다.

4) 역할 스트레스

역할스트레스는 송인숙(1998)이 사용한 도구 중 연구자가 본 연구목적에 맞게 수정 보완 한 총 26문항이며, 자신과 관련된 역할 7문항, 가족과 관련된 역할 2문항, 환자와 관련된 역할 9문항, 환자와 관련된 부수적 역할 8문항으로 구성되었다. 각 문항은 4점 척도로 긍정문은 '전혀 그렇지 않다' 4점, '정말 그렇다' 1점이며, 부정문은 '전혀 그렇지 않다' 1점, '정말 그렇다' 4점으로 점수가 높을수록 스트레스 정도가 심하다는 것을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α= .793 이었다.

4. 자료수집 방법

자료수집은 1999년 1월 11일부터 4월 30일까지 실시하였다. 암환자 가족을 연구자가 면담하여 연구에 대해 설명하고 동의를 받은 가족을 대상으로 설문지를 작성하게 한 후 그 자리에서 수거하여 자료를 수집하였다. 국문해독과 글쓰기가 가능한 가족원은 직접 설문지를 작성하게 하였고, 글쓰기나 읽기가 어려운 가족에게는 연구자가 설문지를 하나하나 읽어주고 설명을 해준 다음 연구자가 기록하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 부호화 하여 SPSS 전산통계 프로그램을 통해 분석하였다. 연구 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 산출하였고, 건강증진 행위와 자기효능감, 역할 스트레스는 평균값과 표준편차를 산출하였다. 일반적 특성에 따른 연구 변수간의 차이는 t-test와 ANOVA를 사용하였으며, 일반적 특성과 연구변수간의 상관관계는 Pearson correlation coefficient를 이용하여 검증하였다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 연령분포는 30~39세가 27.9%로 가장 많고, 29세 이하가 25.2%, 40~49세 20.7%, 50~59세 12.6%, 60세 이상 13.5%를 차지하였으며 평균 연령은 40.9세였다. 성별은 여자가 75.7%로 남자보다 더 많았으며, 종교를 가지고 있는 사람은 57.7%였다. 또한 연구 대상자의 대부분이 기혼이었으며(77.5%), 환자와의 관계는 다양하였으나 자녀가 36.0%로 가장 많았다. 환자를 돌보는 간병시간은 57.7%에서 13시간 이상이었으며, 환자의 진단명은 소화기암이 40.5%로 가장 많았고, 혈액암이 27.9%였다. 대상자가 병원에서 환자를 돌보는 동안 다른 가족들이 어떤 도움을 주는가에 대한 문항에서는 환자를 교대로 돌본다와 경제적인 도움을 준다가 26.1%였으며, 병원에

<표 2> 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스 정도

구 분	총점	평균 ± 표준편차
건강증진 행위	160	110.54± 13.63
자기 효능감	150	103.64± 21.32
역할 스트레스	104	62.13± 7.78

식사를 해다 주는 경우와 집안살림을 대신 돌봐주는 경우가 8.1%였다. 환자의 진단명으로는 소화기암이 40.5%로 가장 많았으며 다음은 혈액암(27.9%)이었다. 환자의 예후에 대하여 회복 가능하다고 생각하는 대상자는 48.6%였고, 임종에 가까운 상태로 생각하는 사람은 7.2%였다. 환자의 유병기간은 1년 이하가 70.3%로 가장 많았고, 3년 이상은 9.9%로 나타났다. 대상자 자신이 지각하는 건강상태와 환자와의 친밀도는 10점 만점에서 각각 평균 6.32점과 8.19점이었다(표 1).

2. 건강증진 행위와 자기효능감, 역할스트레스 정도

대상자의 건강증진 행위실천을 조사한 결과 '담배는 피우지 않는다(3.40)'가 가장 높은 점수를 보였으며, 다음으로는 '술을 과하게 마시지 않는다(3.26)', '동료나 이웃과 조화롭게 지낸다(3.15)'의 순서로 나타났다. 실천이 가장 안되는 항목은 '정규적으로 건강검진을 한다(1.92)'이며 그 다음은 '하루에 3번 이상 심호흡을 한다(2.04)', '일주일에 3~4번 적어도 20분 동안 활발하게 운동한다(2.30)'의 순서로 나타났다.

대상자가 자기효능감에 대해 높게 나타낸 항목은 '나는 불쾌한 일이라도 해야 할 일이면 끝까지 그 일을 할 수 있다(7.43)', '나는 쉽게 포기하지 않는다(7.24)', '나는 일이 복잡하게 보여져도 해보려고 노력할 수 있다(7.23)' 등의 순서이었고, 효능감이 낮은 경우는 '나는 계획을 세우면 그대로 수행할 수 있다(6.19)', '나는 예상치 않은 문제가 발생해도 그러한 일들을 잘 처리할 수 있다(6.41)', '나는 중요한 목표를 설정하면 대부분의 목표를

<표 1> 일반적 특성 n=111

특 성	구 분	실수(%)	특 성	구 분	실수(%)	평균±표준편차
연령	29세 이하	28(25.2)	가족의	교대	29(26.1)	
	30 - 39세	31(27.9)	도움 유형	경제	29(26.1)	
	40 - 49세	23(20.7)		식사	9(8.1)	
	50 - 59세	14(12,6)		가사	9(8.1)	
	60세 이상	15(13.6)		아이	16(14.4)	
성별	남	27(24.3)		기타	19(17.2)	
	여	84(75.7)	환자의	소화기암	45(40.5)	
종교	유	64(57.7)	진단명	혈액암	31(27.9)	
	무	47(42.3)		부인과암	13(11.8)	
직업	유	47(42.3)		기타암	22(19.8)	
	무	64(57.7)	환자의 예후에	회복가능	54(48.6)	
결혼	기혼	86(77.5)	대한 생각	생명연장	45(40.5)	
	미혼	25(22.5)		회복불가능	3(2.7)	
환자와의	배우자	39(35.1)		임종이 가깝다	8(7.3)	
관계	자녀	40(36.0)		모른다	1(0.9)	
	며느리	12(10.8)	환자의	1년 이하	78(70.3)	
	부모	11(9.9)	유병기간	1년 - 2년 이하	13(11.7)	
	기타(친척)	9(8.2)		2년 - 3년 이하	9(8.1)	
간병시간	6-8시간 미만	16(14.4)		3년 이상	11(9.9)	
	8-12 시간	31(27.9)				
	13-17시간	5(4.5)				
	18시간 이상	59(53.2)	환자와의 친밀도			8.19±1.99
			지각된 건강상태			6.32±2.07

<표 4> 일반적 특성에 따른 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스와의 상관관계 N=111

	건강증진 행위	자기효능감	역할스트레스
연령	.187(.049)*	.012(.904)	.137(.151)
지각된 건강상태	.217(.022)*	.267(.005)**	-1.66 (.082)
환자와의 친밀도	.137(.152)	.237(.012)*	-.130(.175)
간병시간	-.210(.027)*	-.028(.774)	.106(.268)

*p< .05 , **p< .01

성취할 수 있다(6.66)'등의 순서로 나타났다.

대상자가 역할 스트레스를 가장 많이 받는 경우는 '병원 일로 인해 하고 싶은 일을 못하고 있다(2.86)', '의료진이 환자를 위해 더 이상 할 것이 없다고 할 때 스트레스다(2.85)', '경제적으로 부담이 크다(2.83)'의 순서로 나타났으며, 스트레스를 적게 받는 항목은 '환자를 위한 나의 책임을 알고 있다(1.83)', '주위에서 나에게 갖는 기대를 알고 있다(1.95)', '병원에서 다른 보호자와 이해관계로 인하여 힘이 든다(1.96)'등의 순서이었다.

대상자의 건강증진 행위 점수는 총점 160점으로 측정하였는데 본 연구대상자의 평균은 110.54±13.63점이었고, 자기효능감 점수는 총점 150점으로 측정하였는데 평균은 103.64±21.32점이었다. 또한 역할스트레스는 총점 104점 중 본 연구대상자의 평균은 62.13±7.78점으로 나타났다(표 2).

3. 일반적 특성에 따른 건강증진 행위, 자기효능감, 역할 스트레스 정도

건강증진 행위는 종교의 유무에 따라(p= .006) 유의한 차이가 있었는데 종교가 있는 사람(113.53±13.24)이 없는 사람(106.47±13.21)보다 건강증진 행위 정도가 높았다. 대상자가 환자를 간호하는 동안 가족들이 도움을 주는 유형에 따라서도 유의한 차이가 있었는데 아이를 맡아 돌보아주는 경우 건강증진행위 점수가 가장 높았다(p= .050). 자기효능감 정도는 대상자의 성별(p= .003)에 따라 유의한 차이가 있었는데 남성(113.93±20.26)이 여성(100.33±20.70)보다 자기효능감이 높았고, 직업이 있는 사람(111.40±14.18)이 없는 사람(97.78±23.79)보다 자기효능감이 높게 나타났다(p= .00). 역할스트레스는 성별(p= .037)에 따라 유의한 차이가 있었는데 여성의 경우(62.95±7.90)가 남성의 경우(59.56±6.92)보다 역할스트레스가 많았다. 환자의 관계에 있어서는 부모의 경우 가장 스트레스를

<표 3> 일반적 특성에 따른 건강증진 행위, 자기 효능감, 역할 스트레스 정도

특성	구분	건강증진행위				자기효능감				역할스트레스			
		M	SD	F	p	M	SD	F	p	M	SD	F	p
성별	남	112.56	±16.64	.882	.380	113.93	±20.26	3.014	.003**	59.56	± 6.92	-2.142	.037*
	여	109.89	±12.56			100.33	±20.70			62.95	± 7.90		
종교	유	113.53	±13.24	2.779	.006**	105.64	±20.01	1.118	.266	62.05	± 6.89	-.125	.901
	무	106.47	±13.21			100.91	±22.92			62.23	± 8.93		
직업	유	113.00	±13.32	-1.648	.102	111.40	±14.18	-3.761	.000***	61.81	± 7.51	.371	.712
	무	108.73	±13.67			97.78	±23.79			62.36	± 8.02		
환자와의관계	배우자	111.87	±15.06	.272	.896	105.72	±24.77	.560	.692	62.03	± 8.04	2.812	.029*
	자녀	108.98	±13.02			101.78	±18.86			61.95	± 6.17		
	며느리	111.83	± 7.52			100.67	±12.50			61.83	±11.13		
	부모	111.18	± 9.42			99.64	±22.39			67.91	± 5.54		
	기타	109.22	±20.87			110.67	±24.96			56.67	± 7.16		
가족의 도움 유형	교대	112.79	±10.95	2.301	.050*	104.93	±19.60	.703	.623	60.62	± 8.32	.842	.523
	경제	108.00	±10.17			101.14	±21.17			63.34	± 7.33		
	식사	114.11	±21.66			109.78	±24.83			61.44	± 5.80		
	가사	111.33	±10.79			100.89	±23.93			63.22	± 8.87		
	아이	116.88	±13.94			109.25	±18.25			64.38	± 7.51		
	기타	103.58	±15.92			98.63	±24.14			60.47	± 8.21		

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

많이 받았고(67.91±5.54), 다음으로는 배우자(62.03±8.04), 자녀(61.95±6.17)순이었으며, 며느리의 경우 스트레스를 가장 적게 받는 것으로(61.83±11.13) 조사되었으며 이들간의 차이는 통계적으로 유의하였다(p= .029)(표 3).

4. 일반적 특성과 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스와의 상관관계

일반적 특성과 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스와의 상관관계를 살펴 본 결과 대상자의 건강증진 행위는 연령 및 지각된 건강상태와 유의한 순상관관계가 있었고(p= .028, p= .022), 간병시간과는 유의한 역상관 관계가 있었다(p= .027). 또한 자기효능감은 지각된 건강상태 및 환자와의 친밀도에서 통계적으로 유의한 순상관관계가 있었다(p=.005, p= .012). 일반적 특성과 역할스트레스와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다(표 4).

5. 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스간의 상관관계

건강증진 행위와 자기효능감과의 관계는 자기효능감이 높을수록 건강증진 행위 실천도가 높음을 나타냈는데 통계적으로 유의한 순상관관계가 있었다(p= .000). 건강증진 행위와 역할스트레스와는 역상관관계가 있었고, 자기효능감과 역할스트레스는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다(표 5).

V. 논 의

본 연구에서 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위를 조사한 바 흡연과 과음을 피하는 행위를 가장 잘 실천하고 있었고, 반대로 실천이 어려운 행위는 정기적인 건강검진과 규칙적인 운동으로 나타났다. 일반인을 대상으로 한 김혜숙과 최연수(1993), 김순이와 오복자(1996), 전정자와 김영희(1996)의 연구에서도 운동영역의 건강 행위실천점수가 가장 낮게 나타나 본 연구와 일치하였는데, 연령이나 처해진 상황과 무관하게 일반적으로 규칙적인 운동을 실천하는 일이 쉽지 않음을 말해주고 있다. 건강증진행위 점수는 평균 10.54 (69.09/100)로 김희주(1998)의 입원환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위 평균 130.88(67.12/100)보다 조금 높았는데 이는 본 연구의 대상자들이 암환자를 돌보면서 일반환자를 돌볼 때 보다 자신의 건강문제에 관심을 갖고 건강증진 행위를 스스로 하는 것으로 생각된다. 이미라(1996)의 연구에서도 가족중 심각한 질병을 앓은 경험을 가진 경우 그렇지 않은 경우보다 건강책임영역의 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지하였다. 환자의 입원기간 동안 가족원은 의료기관에 환자와 함께 머물게 되므로 병원내에서 건강상담 및 건강교육 프로그램을 운영한다면 가족원의 건강증진 행위를 도모하는 좋은 기회가 될 것이라 사료된다.

본 연구에서 암환자 가족의 건강증진 행위와 관련 있는 일반적 특성으로는 종교를 가진 대상자가 종교가 없는 대상자보다 건강증진 행위가 높았으며, 병원에서 환자를 돌보는 동안 가족들이 서로 유대 관계를 가지고 도와주는 형태에 따라서도 건강증진행위에 차이가 있는 것으로 나타났고, 특히 아이를 돌보아줄 사람이 있는 경우와 식사준비를 말아서 해주는 사람이 있는 경우 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났다. 이는 본 조사대상자의 75.7%가 여자임을 감안할 때 육아와 식사준비 등 가사에 대한 책임이 자기 건강관리보다 우선하기 때문에 육아와 식사준비의 도움이 주어져야만 자신의 건강을 돌보는 시간을 갖는 것으로 생각된다. 건강증진 행위와 일반적 특성과의 상관관계에서 연령이 많을수록 건강증진 행위를 잘하는 것으로 나타났는데 이는 김희주(1998), 박인숙(1995), 이태화(1989), Walker et al(1988), Weitzel(1989)의 연구결과와 같았으며, 이는 나이가 들어감에 따라 자신의 건강에 대한 요구와 인식이 높아져 건강행위에 더 많은 시간과 노력을 투자하기 때문이라고 생각된다.

대상자가 지각하는 건강점수가 높을수록 건강증진 행

<표 5> 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스간의 상관관계

	건강증진 행위	자기효능감	역할스트레스
건강증진 행위	1.000		
자기 효능감	.524(.000)***	1.000	
역할 스트레스	-.154(.106)	-.172(.082)	1.000

***p< .001

위를 잘 하는 것으로 나타난 본 연구의 결과는 김희주(1998), 박인숙(1995), Duffy(1988), Pender et al(1990)과 Weitzel(1989)의 연구와 같았다. 이러한 결과는 최연자(1999)의 연구에서 밝힌 대로 건강증진의 선행요소를 건강상태, 능동적인 의지에 의한 목표설정, 실천적 활동의 지속이라고 볼 때 대상자들이 자신의 건강상태를 긍정적으로 인식하는 것이 능동적인 건강증진 행위를 계속적으로 수행하는 조건이 된다고 생각된다.

간병시간과 건강증진 행위와는 역 상관관계로 간병시간이 짧을수록 건강증진 행위가 높게 나타난 것으로 보아 이는 환자를 돌보는 시간이 길어질수록 일상생활의 양상이 깨지고 피곤함, 생활의 불안정감, 신체적·정신적 소진을 경험하게 되어 건강증진 행위의 실천도가 낮은 것으로 생각되며 앞으로 장시간 간병을 하는 가족원의 건강증진 행위의 실천을 높이기 위한 연구가 필요하다고 사료된다.

본 연구에서 자기효능감에 대한 평균점수는 103.64/150 점이며, 자기효능감은 지각된 건강상태가 좋을수록 환자와의 친밀도가 깊을수록 높게 나타났다. 이는 자신에 대한 긍정적인 인식과 가족간의 긴밀한 유대관계가 자신감에 영향을 미친 것으로 보여진다.

본 연구에서 역할 스트레스에 대한 평균은 62.13/104점이며 관련요인에서는 여성이 역할 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다. 이는 본 연구의 대부분의 대상자가 여성이고 기혼인 점을 생각해 볼 때 가정에서 주부로서, 부모로서, 며느리로서 다양한 역할을 담당하고 있는데 병원에서 환자를 돌봄으로 인해 그러한 역할을 제대로 할 수 없으며, 환자에게도 정성을 다해 돌보지 못하는 이중적인 부담감이 더욱 스트레스를 가중시키지 않는가 생각된다. 또한 우리 나라의 간병형태를 볼 때 가족중 환자가 있을 때 대부분 여성이 전적으로 병원에서 환자를 돌보게 되는데 이러한 여성들이 자기건강을 스스로 관리할 수 있는 건강증진 프로그램이 없어서 안타까운 실정이다.

또한 본 연구에서는 환자의 관계에 따라서 역할 스트레스가 다르게 나타났는데 부모가 환자를 돌보는 경우 스트레스정도가 가장 높은 것으로 나타나, 송인숙(1998)의 연구에서 가족의 도움, 환자와의 관계, 간병시간과는 유의한 상관관계가 없고 환자의 병명만이 유의한 관계가 있는 것으로 나타난 것과 다른 결과였다. 이러한 결과는 부모 역할자체도 스트레스인데 자식이 암이라는 진단을 받아 느끼는 슬픔에 중병에 걸린 자식을 돌보는 새로운 역할까지 감당하는 어려움 때문인 것으로 사료된다.

본 연구에서는 건강증진 행위와 자기효능감이 높은 순상관관계를 나타내 선행연구(서연옥, 1994; 박재순, 1995; Pender et al., 1990)와 마찬가지로 자기효능감이 건강증진 행위의 주요 영향 요인으로 확인하였으며, Bandura(1977)의 연구결과에서와 같이 자기 효능이 건강지식과 실제 행동과의 관계를 연결하는 고리역할을 함으로써 건강증진 행위 수행에 중요한 역할을 한다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 입원한 암환자 가족원의 건강증진 행위, 자기효능감, 역할스트레스를 파악하여 암환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위를 향상시키기 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구대상자는 전라북도 내 2개의 대학병원 암환자 입원 병동에서 환자를 돌보는 가족원 111명이었다. 본 연구에서 사용된 건강증진 행위와 자기효능감 측정도구는 박재순(1995)이 개발한 도구를 재구성하여 사용하였고, 역할스트레스 도구는 송인숙(1998)이 사용한 것을 재구성하였다.

자료수집은 1999년 1월 11일 - 4월 30일까지 설문지를 이용하여 직접면접을 통해 수집하였다. 수집된 자료는 SPSS 전산프로그램을 이용하여 백분율, 산술평균, t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient로 분석하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 건강증진 행위 수행정도는 평균 110.54점이었고, 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 건강증진행위를 잘 실천하고 있었으며($p=.006$), 간병할 때 가족이 도움을 주는 유형($p=.050$)에 따라서 유의한 차이가 있었다. 건강증진행위는 연령($p=.049$)과 지각된 건강상태($p=.002$)와는 순상관관계, 간병시간($p=.027$)과는 역상관관계가 있었다.
2) 자기효능감 정도는 평균 103.64점이며, 남자가 여자보다 높았고($p=.004$), 직업이 있는 경우 자기효능감이 높게 나타났다($p=.001$). 또한 지각된 건강상태($p=.005$)와 환자와의 친밀도($p=.012$)에서 통계적으로 유의한 순상관관계가 있었다.
3) 역할스트레스는 평균 62.13을 나타내었고, 여자가

남자보다 스트레스를 많이 받고 있었고(p=.037), 환자와의 관계에서는 부모, 배우자, 자녀, 며느리의 순으로 역할스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다(p=.029).

4) 자기효능감이 높을수록 건강증진행위를 잘 하는 것으로 나타났고(p=.000), 역할스트레스와 건강증진행위와는 역상관관계를 나타냈으며(p=.000), 자기효능감과 역할스트레스와는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다.

2. 제 언

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 본 연구에서 자기효능감이 암환자 가족원의 건강증진 행위에 영향을 미치는 주요 결정요인으로 확인되어 추후 자기효능감을 증진시킬 수 있는 구체적인 전략이 필요하다.
2) 입원하지 않은 암환자 가족원의 건강증진 행위와 자기효능감, 역할 스트레스에 대한 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

구미옥, 은 영 (1998). 한국성인의 건강통제위 반응 유형별 건강증진 행위, 간호학회지, 28(3), 739-750.

권은옥 (1990). 가족구성원의 입원으로인한 가족의 스트레스와 대처방법에 대한 연구. 서울대학교 석사학위논문.

김일순 (1993). 건강증진:새시대 의료의 새로운 지평. 간호학탐구, 2(2), 12-20.

김현실, 김주희 (1993). 입원환자 가족의 불안정도에 관한 연구, 대한간호학회지, 13(1), 42-51.

김희주 (1998). 입원환자를 돌보는 가족원의 건강증진 행위와 관련요인. 성인간호학회지,10(1).

박인숙 (1995). 건강증진 생활양식에 관한 연구. 부산대학교 박사학위논문

박재순 (1995). 중년후기 여성의 건강증진 행위 모형 구축. 서울대학교 박사학위논문.

병원시설, 진료 대기시간 가장 불만 높다 (1991, 5, 9). 간협신보, 3면.

서연옥 (1994). 중년 여성의 건강증진 생활방식에 관한 구조 모형. 경희대학교 박사학위논문.

송인숙 (1998). 입원한 만성질환 노인환자를 돌보는 가족원의 스트레스. 한양대학교 석사학위 논문

양광희, 송미경, 김은경 (1998). 항암-화학요법을 받는 환자가족의 스트레스와 적응에 관한 연구. 서울대학교간호학논문집, 22(1), 118-132.

양영희 (1992). 만성 입원 환자를 돌보는 가족원의 역할스트레스와 건강에 관한 이론적 구조 모형, 서울대학교 박사학위 논문

오복자 (1994). 위암환자의 건강증진 행위와 삶의 질 예측모형. 서울대학교 박사학위 논문.

오복자 (1995). 건강증진행위의 영향요인분석. 간호학회지, 25(4), 681-695.

오복자 (1996). 건강증진과 삶의 질 구조모형 II-암환자 중심-. 간호학회지, 26(3).

오현수 (1993). 여성 관절염 환자의 건강증진과 삶의 질. 대한간호학회지, 23(4), 617-630.

윤 진 (1990). 산업장 근로자의 건강증진 행위와 그 결정요인에 관한 연구. 예수간호전문대학 논문집, 7(1).

이미라 (1996). 근력강화운동 프로그램이 퇴행성 골관절 대상자의 근력, 통증, 우울, 자기효능감 및 삶의 질에 미치는 영향, 충남대학교 석사학위 논문

이영휘 (1994). 효능기대증진 프로그램이 자기효능과 자기간호 행위에 미치는 영향 ; 본태성고혈압 환자를 중심으로. 연세대학교 박사학위논문.

이진희 (1986). 소아과 외래 및 입원 환아 보호자의 불안정도에 관한 연구. 개정간호전문대학논문집, 6, 59-71.

이창명, 오동원 (1990). 입원한 환자의 불안 및 우울, 신경정신학회지, 29(1), 178-187.

이태화 (1990). 건강증진 행위에 영향을 미치는 변인 분석. 연세대학교 석사학위논문

장효순 (1991). 고혈압환자의 건강의 중요성 인식 자아유용성과 건강증진행위와의 상관관계연구. 예수간호전문대학논문집, 7(1).

조 희 (1977). 어린이 입원에 대한 어머니의 정서반응. 최신의학, 20(3), 112-124.

최연자 (1999). 건강증진-간호 패러다임으로서의 건강 개념에 대한 연구, 원광간호연구지, 1,55-64.

최영희 (1983). 지지적 간호중재가 가족 지지행위와 환자 역할행위 이행에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 박사학위논문.

최영희, 이강혜 (1988). 가족중심의 간호학. 서울: 신광출판사. 9-106, 203-207.

표지숙 (1991). 노인들의 건강통제위와 건강증진행위와

의 관계 연구. 연세대학교 석사학위 논문

황영빈 (1990). 입원환자 가족의 가정 문제에 관한 연구. 서울대학교 석사학위논문

Bandura, A. (1977). Self - Efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84(2), 191-215.

Beehr T, A., & Newman, J, E. (1978). Job stress Employee Health, and Organizational Effectiveness : A Fact Analysis, Model and Literature Review, Personal psychology, 31, 655-699.

Brown, P. L. (1992). The burden of caring for a husband with Alzhaimer's disease. Home Health Care Nurse, 9(3), 33-38.

Cantor, M, H. (1983). Strain among caregiver : A study of experience in the United States, The Gerontologist, 23(6), 597-604.

Duncan, D., & Gold, R. (1986). Reflections Health Promotion - What is it. Health Values, 3, 47-48.

Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed Maxican-American woman, Nursing Research, 45(1), 18-24.

Duffy, M. H. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 39(6), 326-331.

Frank-Stromberg, M., Pender, N., Walker, S., & Sechrist, k. (1990). Determinants of health promoting lifestyle in ambulatory cancer Patients. Soc. Sci. Med., 31(10), 1159-1168.

Galloway, A. (1990). Young adult's reaction of the death of a parent. Oncology Nursing Forum, 17, 899-904.

Gillis, A. J. (1993). Determinants of a Health-Promoting Lifestyle : an Integrative Review, Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353.

Goldberg, R. J., & Wool, M. S. (1985). Relationship of the social environment and patients' physical status to depression in Lung cancer patient and their spouses, Journal of Psychosocial Oncology, 2, 78-80.

Halla, J. C. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control, and self-concept to the practice of breast self-examination in adult women, Nursing Research, 31, 137-142.

Hollen, Patrica (1981). A holistic model of individual and family health base on a continum of choice. American Nursing Society, July, 27.

Mason, J. O., & McGinnis, J. M. (1990). Health people 2000 : An overview of the National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Pubic Health Reports, 105(5), 441-446.

Oberst, M. T., & Scott, D. W. (1988). Post discharge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. Research in Nursing & Health, 11, 223-233.

Obert, M, T., & James, R. H. (1985) Going home : patient & spouse adjustment following cancer surgery, Topics in clin Nursing, 7(1), 46-57.

Orodenker, S. Z. (1990). Family caregiving in a changing society : The effects of employment on caregiver stress. Family and Community Health, 58-69.

Pender, N. J., & Pender, A. R. (1987). Health promotion in nursing practice 2nd ed, Appletoncentury crofts.

Pender, N. J., Walker, S. N., Schrist, K. R., & Frankstormborg, M. (1990). Predicting Health -promoting lifestyle in work places. Nursing Research, 39(6), 326-331.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting life styles of older adults Comparisons with young and middle - aged adults, correlates and patterns, Advances in nursing science, 11, 76-90.

Weitzel, M. H. (1989). A test of Health Promotion Model with Blue Collar Workers, Nursing Research, 38(2), 99-104.

Woodruff, S. L., & Cashman, J. F. (1993). Task, domain and general efficacy ; A

reexamination of the self-efficacy scal. Psychological Reports, 72, 423-432.

-Abstract-

Key Concept : Family caregivers who care for cancer patient, Health promotion behavior, Role Stress

Health Promotion Behavior, Self-Efficacy and the Role Stress of Family Caregivers Who Care for Hospitalized Cancer Patients.

*Jang, Hye Sook** · Lee, Jeong Ran**
*Lee, Moung Sil*** · *Yun, Yeon Sun****
*Kim, Young Hee*****

The purpose of this study is to identify health promotion behavior, self-efficacy and role stress of family caregivers who care for hospitalized cancer patient, The results would be used to provide the necessary basic data for promoting healthy behavior of the family caregivers to the cancer patient.

The results were as follow :

1) The level of health promotion behavior was significantly different depending on the existence of care givers religion and type of help from family members. There was a positive relationship between the performance level of health promotion behavior and perceived health status or age. There was a negative correlation between the performance level of health promotion behavior and time cared for.
2) The level of self-efficacy was significantly different depending on gender and if the subject was employed. There was a positive relationship between perceived health status and intimacy with patient.
3) The level of role stress was significantly different in genders and relationships with patients.
4) There was a positive relationship between health promotion behavior and self-efficacy.

* Professor, Wonkwang Health Science College.
** School nurse, Wonkwang Junior High School.
*** Head nurse, Wonkwang Medical Center.
**** Nurse, Chonbuk National University Hospital.
***** Professor, Wonkwang Health Science College.