

만성요통환자가 지각하는 가족기능과 우울의 관계

손 정 태* · 박 현 숙*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

요통은 전 인구의 80% 이상이 일생 중 한번은 경험하게되는 질환으로(석세일, 빈성일, 원중희, 1986; Frymoyer, Pope, & Castanga, 1983; Kelsey, 1975), 3-6개월 이상 요부의 통증이 지속되는 것을 만성요통이라고 하는데, 통증의 정도나 부위가 다양하고 일시적으로 치료를 제공하여도 완전히 사라지지 않는 경우로(신미현, 1993), 만성적인 통증은 활동의 제한을 가져와 관절사용의 감소와 이차적 근력약화를 초래하며 이것이 또 신체기능과 생산활동을 저하시키는 악순환이 반복되므로, 여러 만성질환 중 요통은 개인의 일상생활에 지장을 초래하는 가장 흔한 원인으로 꼽힌다(민병근, 1975). 이러한 통증으로 인한 신체 기능이나 활동의 저하는 환자로 하여금 여러 가지 심리적 정서적 변화를 일으켜, 만성요통환자들에게는 우울, 불안, 건강염려증, 히스테리와 같은 심리적 정서적 문제들이 있는 것으로 밝혀졌는데(정형진, 김병직, 서광윤 1984; 이영희, 1987; Magni, 1980; 김정아, 1990), 그 중에서도 특히 우울이 가장 일반적인 심리적 문제로

드러나고 있다.

Atkinson, Ingram, Kremer & Saccuzzo (1986)는 만성요통환자의 44%에서 중증의 우울증, 15%에서 경증의 우울증이 있다고 보고하였으며, Krishnan, France, & Pelto(1985)도 만성요통환자군에서 환자의 30-45%가 우울이 있다는 임상적 진단을 받았음을 보고하였다. 더욱이 이러한 심리적 고통은 허리의 근육과 척추의 조절기전을 방해하게 되어 그 기능을 제대로 수행하지 못하게 함으로써 요통을 더욱 심화시키게 된다(Cailliet, 1982).

이러한 만성요통과 같은 현대의 성인 만성질환은 질병의 조절은 가능하나 완치가 어려우며 평생동안 질병과 함께 살아가야 하며, 급성질환자처럼 의료기관에 의존하기보다는 가정환경 내에서 질병을 관리하게 된다. 그러므로 가족 구성원들에게는 역할 재정비와 생활양상의 변화라는 새로운 과제가 부과되고, 따라서 만성질환자의 가족은 발병전과는 다르게 가족 기능이 변화하게 된다(정유석, 1995; Rakel, 1990). 특히 일상활동에 제한을 가져오는 만성질환을 가진 경우, 환자의 모든 요구는 가족 내에서 충족되어야하므로 만성질환자들은 가족구성원들에 대해 매우 의존적이고 가족태도에 의해 쉽게 영향을

받게되며 자신의 가족환경을 어떻게 지각하는가에 따라 정신건강은 크게 영향을 받게 된다(De-Nour, Shaltial, & Czaczkes, 1968). 가족의 지지가 암 환자의 우울 정도를 낮추고(태영숙, 1985), 혈액투석환자의 가족관계 점수가 높을수록 우울 정도가 낮다는(김애경, 1989) 보고들이 그 사실을 뒷받침하고 있다.

따라서 만성요통환자를 위한 간호중재를 계획하기 위해서는 통증완화를 위한 신체적 간호뿐만 아니라 심리적 문제인 우울을 감소시켜줄 수 있는 간호전략이 동시에 수립되어야한다고 보며, 이를 위해서는 환자의 정신건강에 영향을 미치는 환경인 가족기능이 원활히 이루어질 수 있도록 하기 위한 가족간호가 포함되어야한다고 사료된다. 그러나 현재 만성요통환자와 가족기능과의 관계에 대한 연구는 거의 이루어지지 않은 상태이다.

이에 본 연구자들은 일차적으로 만성요통환자가 자신의 가족기능을 어떻게 지각하고 있는지, 또 가족기능이 우울과는 어떤 관계가 있는지 파악함으로써, 만성요통환자의 간호중재시 가족을 사정하여 가족중심의 간호를 이끌도록 하는데 필요한 기초자료를 얻고자 이 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 만성요통환자가 지각한 가족기능과 우울 정도를 파악한다.
- 2) 만성요통환자가 지각한 가족기능과 우울과의 상관 관계를 파악한다.
- 3) 만성요통환자의 일반적 특성에 따른 가족기능의 차이를 비교한다.
- 4) 만성요통환자의 통증특성에 따른 가족기능의 차이를 비교한다.

3. 용어의 정의

1) 만성요통 환자

요부의 구조 및 주위조직의 기계적 압박이나 힘의 불균형에 의해 손상을 입거나 그 부위 병변에 의해

초래된 병적 상태로 허리나 하지 부분에 주관적인 아픔을 경험하는 사람으로 6개월 이상 통증을 호소하는 환자를 말한다(김정아, 1990). 본 연구에서는 요부 및 요천추부의 6개월 이상 된 통증을 호소하며 통증클리닉에 내원한 환자이다.

2) 가족기능

가족이 수행하는 역할과 행위로서 가족행동을 의미하며, 그 행동의 결과가 사회의 존속이나 가족원의 욕구충족에 미치는 영향과 관련된 개념으로 정의된다(한국가족연구회, 1994). 본 연구에서는 Olson 등(1982)이 개발한 가족 적응력 및 결속력 평가척도인 FACES II를 이종일 등(1998)이 번역하여 수정한 도구로 측정된 점수를 말한다.

3) 우울

정상적인 기분 변화로부터 병적인 기분 상태까지의 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 무력감 및 무가치감을 나타내는 기분장애를 말한다(이순희, 1992). 본 연구에서는 Beck(1983)의 우울 척도(BDI: Beck Depression Inventory)를 한 홍무 등(1986)이 번역한 도구로 측정된 점수를 말한다.

Nielson과 Williams(1980)는 우울하다고 간주할 수 있는 점수를 평균 13점 이상으로 보았다.

4. 연구의 제한점

본 연구의 대상은 대구시내에 소재한 1개의 통증클리닉에 통원치료 중인 요통 환자를 편의추출하였으므로 연구 결과를 일반화시키는데는 신중을 기하여야한다.

II. 문헌 고찰

1. 가족기능

가족은 구조와 기능을 가진 하나의 체제이며, 가족은 전체로서 기능하는 하나의 개방체제이므로 어느 한 부분의 움직임이나 변화는 다른 부분에 영향을 준다(Friedman, 1986). 다시 말하면, 가족은

구성원의 합 이상이며 가족구성원간의 역동적 균형을 유지하기 위해 그의 환경과 물질, 에너지 정보를 상호 교환하는 개방체계이다(Minuchin, 1974).

가족구조 유형에서 가족기능의 중요한 요소는 적응력, 결속력, 가족경계와 하위체계이다. 적응력은 가족구조의 안정성과 유연성으로 가족역할체계의 유연성, 세력과 권위의 공유, 이에 따른 가족구성원들의 자율성 등으로 나타난다. 즉 가족이 겪게 되는 변화나 발달과제에 대해 적응하는 능력으로, 가족의 정상기능에 필수적인 요소로 알려져 있다. 또한 결속력은 가족구성원간 기대의 공유, 공동목표, 친밀성과 유대감 등으로 표출되고 문화와 사회여건에 따라 달라질 수 있는 것이라고 하였다(Olson, 1979).

가족은 가족구성원의 질병과 건강에 가장 중요한 영향을 미치는 일차적 단위로(Litman, 1974), 가족구성원의 건강상태의 변화는 가족의 체계적 기능을 위협하는 요인 중의 하나이다(오가실, 1985). 가족의 한 구성원이 병에 걸렸을 때 가족 전체가 위기 상황에 처하게 되는데, 그것은 한 가족구성원의 역할과 기능이 정지됨으로 인하여 긴장과 불안, 그리고 구성원이 하던 역할을 누군가가 대신해야 하는 일련의 변화를 겪어야 하기 때문이다. 이런 위기 속에서 정해진 일련의 규율과 역할은 변해야 하며 조직은 새로 평형을 얻기 위해 재조직해야 하는데 이러한 가족 구조의 재조직화는 질병회복과 환자에게 영향을 주며(Olsen, 1970), 급성질환보다 만성질환에서 더욱 영향이 크다(정유석, 1995).

만성질환은 개인의 가정활동, 직장활동, 사회활동 등 일상생활에 장애를 초래하여 가정, 직장, 사회에서의 역할을 불가능하게 하거나 변경하게 되며, 또한 급성질환자처럼 의료기관에 의존하기보다는 가정 환경 내에서 질병을 관리하게 되므로 가족 구성원의 역할 재정비와 생활양상을 확대시키거나 변형해야 하는 새로운 과제를 부과하게 되는데(고성연 외, 1990), 가족이 이런 만성적인 스트레스를 극복하고 건실한 가족구조를 유지하는 것은 그 가족의 적응력과 결속력에 달려 있다(이선이, 1995). 이종일 등(1998)은 Olson 등(1979)이 만든 FACESII를 번역하여 정신분열환자의 가족과 정상가족의 가족기능을 비교한 연구에서는 정신분열 환자의 가족기능

은 정상 가족에 비해 평균치가 유의하게 낮았다.

김남영(1988)은 가족구성원의 건강상태와 가족기능 실제수준 및 가족기능 만족도를 조사한 결과 가족기능이 좋을수록 가족구성원의 건강상태는 좋았고 밝히고 가족기능을 파악하여 증재하므로써 구성원의 건강상태를 증진시킬 수 있다고 하였다.

이영희(1988)가 만성질환 가족군과 정상가족군 간의 가족기능을 비교하였을 때 만성질환자가 있는 가족의 기능은 유의하게 낮았다. 이은옥 등(1999)이 완성된 확장기 가족을 대상으로 가족원의 만성질환으로 인한 가족기능의 변화를 심층 면담하여 분석한 결과 만성질환이 있는 환자의 가족 기능은 정상 가족과 달리 정의, 구조, 통제, 인지, 외적 관계의 기능영역 외에 재정적 영역이 더 포함된 복합개념으로 분석되었고, 만성질환이라는 스트레스에 대해 가족기능이 재조정되는 특성이 나타났으며, 재조직화 과정은 전체 가족원의 상호작용이 좋고 나쁨에 의해 결정되는 부분도 많았다고 하였다.

가족기능과 관련된 개념인 가족지지에 대한 연구들에서는 가족의 지지가 환자의 역할행위 이행정도를 증가시키고(강혜영, 1986), 환자의 회복(Kaplan, Cassel, & Gore, 1977)에 큰 영향을 미치며, 가족의 지지가 높을수록 삶의 질은 증진되었다(조현숙, 1987; 장혜경, 1988)는 연구결과들은 좋은 가족기능이 환자에게 긍정적 영향을 미친다는 것을 부분적으로 설명해주고 있다.

Strauss 등(1976)은 만성질환자 관리에 있어서의 초점은 개인과 그 가족의 일상생활에 있다고 하였고, 만성질환자의 치료가 중단되지 않으려면 가족의 이해와 격려가 중단되지 않아야만 가능한 일이며 환자역할 행위를 증진시키기 위해 가족을 중심으로 지속적이고 포괄적인 간호를 제공하여야 한다고 강조하였다.

이상의 문헌고찰에서 만성질환은 가족기능의 변화를 초래하게 되고, 재조직된 가족기능은 만성질환자의 질병과정과 회복에 영향을 미칠 뿐만 아니라 사회 적응과 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2. 만성요통 환자와 우울

요통은 전 인구의 80% 이상이 경험하고 있으며, 병리학적으로는 요부의 구조 및 주위조직의 기계적 압박이나 힘의 불균형에 의해 손상을 입거나 그 부위의 병변에 의한 병적 상태에 의해 발생되며 주로 허리나 하지부분의 통증을 호소하는 질환이다. 요통이 3-6개월 이상 지속되면 만성요통이라고 하는데, 통증의 정도나 부위가 다양하고 일시적으로 치료를 제공하여도 완전히 사라지지 않는 특성이 있다(신미현, 1993). 요통의 주된 원인은 30대 후반부터의 퇴행성 변화, 오래 서 있는 자세, 요추 운동의 비효율성, 부적절한 자세, 외상 등의 신체적 원인을 들 수 있으며 그 외에도 많은 문헌과 연구에서 심리적 요소와도 밀접한 연관을 맺고있는 정신생물학적 현상으로 설명하고 있다. 즉 요통환자의 신체적 기능이나 활동저하가 여러 가지 심리적 정서적 변화를 일으켜 요통을 심화시키기도 하고(Waddell, Main, Morris, Paola & Grey 1984), 심리적 고통이 요통으로 상징화되어 나타나기도 한다는 것이다(McCreary, Turner & Dawson, 1980). 또 Cailliet(1988)에 의하면 요통환자는 종종 심리적으로 낙담하거나 화를 내거나 초조해하거나 우울해하는데 이러한 심리적 고통은 허리의 근육과 척추의 조절기전이 방해를 받아 그 기능을 제대로 수행하지 못하여 요통을 심화시키게 된다고 설명하였다.

Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini와 Merskey(1990)는 25-74세의 인구중 14.4%가 골격계와 관절의 통증을 호소했으며, 통증이 없는 대상자군에서는 8%가 우울이 나타난 반면, 근골격계의 만성 통증을 호소하는 대상자 군에서는 18%에서 우울이 발견되었다고 보고하였다. McArthur(1985)가 요통환자의 심리상태를 파악하기 위하여 MMPI를 실시하여 정상인 그룹과 비교한 결과 요통환자는 건강염려증과 사회적 내향성 척도의 점수가 더 높았으며, Krishman, France와 Pelto(1985)는 만성요통환자군에서는 환자의 30-45%가 우울이 있다는 임상적 진단을 받았다고 하였다. 국내에서도 정형진 등(1984)과 이영희(1988)가 만성요통환자를 대상으로 MMPI를 조사한 결과 건강염려증, 우울증, 히스테리의 세 척도가 상승하였다고 보고하였고, 마찬가지로 김정아(1990)가 군병원에 입원한 요통환자

를 대상으로 한 연구에서도 역시 우울, 건강염려증, 히스테리의 세 척도가 높게 나타났다.

우울은 정상적인 기분변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 연속선상에 있으며 근심, 침울함, 실패감, 무력감 및 무가치함을 나타내는 정서장애로, 정신 건강의 지표로 간주된다(Zung, 1965; Battle, 1978). 우울은 만성통증을 발생시키거나 통증이 지속되게 하는 정신적 요인 중의 하나가 될 수 있다(Paintner, Seres & Newman, 1980). Magni(1987)는 만성통증환자에서의 우울은 통증의 결과이기도하고, 통증으로 인한 생활에서의 제한이 낳는 결과일 수 있으며 또한 만성통증은 우울이 통증이란 증상을 통하여 표현되는 것이기도 하다고 하였다. 그 외에 우울이 미치는 영향을 살펴보면, 김중임과 김인자(1995)가 만성류마티스 관절염환자를 대상으로 시행한 연구에서는 우울은 일상생활과는 유의한 부적 상관관계를 나타내었으며, Barder, Slimmr와 Lesage(1994)의 연구에서도 마찬가지로 결과를 얻었다. 임난영과 이은영(1999)이 만성관절염환자의 주관적 피로와 영향요인에 대한 연구에서는 피로에 가장 직접적인 영향을 주는 변수가 우울과 통증인 것으로 밝혀졌다. Cargo, Drain과 Herrick(1981)는 만성질환자는 병의 만성적 진행에 따라 자신의 역할 및 독립성의 상실로 무력감 및 우울감을 느끼게 되고 이는 질적인 삶에 부정적인 영향을 끼친다고 하였다.

이상의 문헌고찰에서 만성요통은 신체적 원인뿐만 아니라 심리적 요인에 의해서도 초래되며, 우울은 만성요통환자의 가장 일반적인 심리문제로 볼 수 있다. 우울은 통증을 악화시키고, 환자의 피로를 초래하는 원인이 되기도 하며, 치료지시이행 및 질적인 삶에 부정적 영향을 미치는 변인으로 작용하게 되므로, 만성요통환자에 대한 전인적 간호가 이루어지도록 하기 위해서는 반드시 우울에 대한 사정과 증제가 포함되어야 할 것으로 사료된다.

3. 가족기능과 우울

가족은 동일한 경제 및 생태학적 환경에서 생활하고 있으며, 가족관계는 상호작용이 강한 기본적인 사회단위이므로 다양한 형태로 질병과정에 영향을 주

게된다.

가족체계 안에서 만성질환의 경험은 모든 가족에게 주요한 스트레스로서 작용한다는 것은 명백하다. 이미 많은 연구들에서 만성질환자를 돌보는 가족 구성원들이 감정적 고통, 불안, 긴장, 우울 등을 경험한다는 수많은 증거들이 제공되었으나(김주성, 김명희, 1998; 서미혜, 오가실, 1993; 양영희, 1995; 박명희, 1991), 만성질환자가 지각하는 가족기능이 환자가 일반적으로 겪게되는 심리적 변화인 우울에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 연구되지 못한 상태이므로 우울과 가족 관련 변인과의 관계에 대한 연구를 살펴보았다.

김애경(1989)이 혈액투석환자를 대상으로 가족환경척도(Moose & Moose, 1976)중 R양식과 Zung의 자가평가 우울도구를 사용하여 환자가 지각하는 가족관계와 우울과의 상관관계를 조사한 결과 가족관계 점수가 높을수록 우울정도는 낮게 나타나 유의한 부적 상관관계($r = -.4207, p = .0001$)를 나타내었다. 태영숙(1985)은 암환자를 대상으로 한 연구에서 환자가 지각한 가족지지가 높으면 높을수록 우울정도는 낮아진다고 하였다. Drinka, Smith와 Drinka(1987)의 연구에서는 환자를 돌보는 가족원의 부담이 높을수록 환자의 우울이 심하였다($r = .47$)고 밝히고, 이는 환자를 돌보는 가족원의 신체적, 정신적 어려움은 가족원 자신의 건강뿐만 아니라 환자의 안녕을 떨어뜨리며 결국은 환자의 건강을 악화시킨다는 것을 입증하는 것이라고 하였다. 그러나 김창숙, 박인순(1991)이 일반 입원환자 80명을 대상으로 환자가 지각한 가족 지지 정도가 우울정도에 미치는 영향을 조사하였으나 유의한 영향을 미치지 않았는데 이는 연구대상자 선정에서 질병의 분류나 입원상황이 단일화되지 않은 때문으로 보인다.

이상과 같은 고찰 결과 환자가 지각하는 가족지지 또는 가족관계가 환자의 우울 정도를 낮출 수 있다는 결론이 우세한 것을 볼 수 있었다. 만성요통은 신체적동 및 일상활동의 제한이 심해 가족 의존도가 높은 만성질환이므로 가족기능에 많은 변화를 초래할 것으로 예상되고, 변화된 가족기능은 환자의 심

리적 문제인 우울에 영향을 미칠 것으로 사료된다. 따라서 만성요통환자의 간호에서는 가족기능에 대한 이해가 우선되어야 하겠으나 현재까지 만성요통환자의 가족기능과 우울에 대한 관계를 밝힌 연구는 거의 찾아볼 수 없으므로, 만성요통 환자가 가족기능을 어떻게 지각하고 있는지, 또 만성요통환자에게 가장 일반적인 심리 문제인 우울과는 어떠한 상관관계가 있는지 조사해 볼 필요가 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 요통 환자를 대상으로 대상자가 지각한 가족기능과 우울과의 관계를 알아보기 위해 구조화된 질문지법을 이용한 서술적 상관관계 연구(Descriptive correlation study)이다.

2. 연구 대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 대구시내에 소재한 1개 병원에 통원치료 중인 환자 중 6개월 이상 지속되는 요통을 주 호소로 하는 환자 120명을 대상으로 자료를 수집하였으나 기재가 미비한 4명을 제외한 116명을 분석대상으로 하였다.

자료수집은 2000년 1월부터 2월까지 시행되었으며, 훈련된 조사원 2명에 의해 연구 취지를 설명하고 참여에 동의한 경우 설문지를 통한 면담을 실시하여 답을 얻었으며, 조사대상자가 원하는 경우 직접 설문지를 작성하도록 하였다.

3. 연구 도구

1) 가족기능 척도

가족기능 척도는 FACES II를 이종일 등(1998)이 번역하여 수정한 '가족 적응력 및 결속력 평가 척도 한국어판'을 사용하였다. 이 도구는 총 23문항으로 구성되어 있는데 각 문항은 1점에서 5점까지 Likert type으로 배열되어 있으며, 이 도구에 의한 가족 기능은 23점에서 115점까지 나올 수 있다.

점수가 높을수록 가족기능이 높아 결속력이 구성원 간 잘 연결되어 있고 적응력에서 매우 유연함을 보인다고 할 수 있다.

이 도구는 가족의 정서적 유대, 수용과 공유, 참여, 타협과 만족, 책임과 기대의 5개의 하위 척도로 구성되어 있으며 이종일 등(1998)의 연구에서 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .83, .75, .71, .75, .71$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 각 하위척도에서는 .79, .77, .61, .68, .67 이었고 전체는 .83이었다.

2) 우울 척도

우울 척도는 Beck(1983)의 우울 척도를 한홍무 등(1986)이 번역한 것을 사용하였다. BDI(Beck's Depression Inventory)는 우울증에서 가장 널리 사용되고 있는 자가보고의 평가방법으로, 이 평가방법은 우울증을 가려내는데 있어 상당히 우수하고 정신과적 면담과정을 거치는 것과 비슷한 효과를 나타낸다(Nielsen & Williams, 1980)고 보고되어 있다.

이 도구는 21문항으로 구성되었는데 각 문항은 0점에서 3점까지 Likert type으로 배열되어 있으며, 이 도구에 의한 우울 점수는 0점에서 63점까지 나올 수 있다. 점수가 높을수록 우울이 높다는 것을 뜻한다. 개발당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었다.

4. 자료분석 방법

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산통계 처리하였다. 자료분석을 위해 사용한 통계분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율을 산출하였다.
- 2) 대상자가 지각한 가족기능과 우울 정도를 파악하기 위해서 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 3) 대상자가 지각한 가족기능과 우울간의 관계는 피어슨 상관계수(Pearson correlation coefficient)로 산출하였다.
- 4) 대상자의 일반적 특성과 통증양상에 따른 가족기능의 차이검증은 t-test, F-test 및 Duncan

test로 검증하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

조사대상자의 연령은 45세 이상 65세 미만인 55.2%였으며, 65이상의 노인연령층도 26.7 %를 차지하였다. 성별로는 여자가 75.9%로 대부분을 차지하였으며, 결혼 상태에 있는 사람이 72.4%였고, 학력은 무학이 37.1%로 가장 많고 국졸이 29.3%

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성 (n=116)

일반적 특성	N	%
연령	45세 미만	21 18.1
	45-65세 미만	64 55.2
	65세 이상	31 26.7
성별	남	28 24.1
	여	88 75.9
결혼상태	미혼	9 7.8
	기혼	84 72.4
	사별/이혼/기타	23 18.8
종교	유	30 25.9
	무	86 74.1
교육	무학	43 37.1
	국졸	34 29.3
	중졸	12 10.3
	고졸	18 15.5
	대졸이상	9 7.8
가족	배우자유/동거가족유	59 50.9
	배우자유/동거가족무	23 18.8
	배우자무/동거가족유	23 18.8
	배우자무/동거가족무	11 8.5
월수입	고정수입이 없음	29 25.0
	50만원 미만	11 9.5
	50-100만원 미만	27 23.3
	100-200만원 미만	44 37.9
	200만원 이상	5 4.3
직업	유	67 57.8
	무	49 42.2
치료비 부담자	본인	37 31.9
	배우자	38 32.8
	자녀	36 31.0
	부모/ 형제	5 4.3

였다. 가족은 배우자와 함께 대가족으로 사는 경우가 50.9%로 가장 많았다. 월수입은 100-200만원 정도가 되는 경우가 37.9%였고, 고정 수입이 없는 경우가 25.0%였다. 직업은 있는 경우가 57.8%, 없는 경우 42.2%로 비슷하였다. 치료비 부담은 본인, 배우자, 자녀가 부담하는 경우가 각각 비슷하였다.

2. 가족기능과 우울 정도

조사대상자들이 지각하는 가족기능 점수는<표 2> 평균 3.47로, 하위척도에서는 정서적유대 3.61, 수용과 공유 3.23, 참여 3.63, 타협과 만족 3.24, 책임과 기대 3.76 으로 각각 나타났다.

대상자들의 우울 정도는 평균 17.53±8.76 이었다.

<표 2> 가족기능과 우울 정도 (n=116)

변 수	평균	표준편차	최소값	최대값
가족기능	3.47	0.52	2.13	4.69
정서적 유대	3.61	0.57	2.00	4.83
수용과 공유	3.23	0.64	2.22	4.60
참여	3.63	0.50	2.25	5.00
타협과 만족	3.24	0.58	1.80	4.80
책임과 기대	3.76	0.61	2.00	5.00
우울	17.53	8.76	3.00	43.00

3. 가족기능과 우울의 상관관계

가족기능과 가족기능의 하위척도 및 우울의 상관관계는 <표 3>에서 보는 것처럼, 가족기능이 좋을수록 우울 정도는 낮았다.(p=.0001).

<표 3> 가족기능과 우울의 상관관계

변 수	우 울	p
가족기능	-0.4817	.0001
정서적 유대	-0.4455	.0001
수용과 공유	-0.4805	.0001
참여	-0.4620	.0001
타협과 만족	-0.3559	.0001
책임과 기대	-0.4219	.0001

4. 일반적 특성에 따른 대상자가 지각한 가족기능

대상자의 일반적 특성에 따라 대상자가 지각하는 가족기능이 차이가 있는지를 조사한 바<표 4>로는 65세 이상 연령 군이 45세 미만 군보다 가족기능 점수가 유의하게 낮았다(p=.0502). 성별로는 여자 대상자들이 지각하는 가족기능 점수가 남자보다 유의한 차이로 낮았다(p=.0026). 학력에 따라서는 무학인 대상자들이 지각하는 가족기능 점수가 다른

<표 4> 일반적 특성에 따른 대상자가 지각한 가족기능

(n=116)

일반적 특성	평균	표준편차	t or F검증	p	Duncan
연령	45세 미만	3.56	3.07	.0500	① ③
	45-65세 미만	3.53			
	65세 이상	3.27			
성별	남	3.69	3.15	.0026	
	여	3.39			
결혼상태	미혼	3.58	2.65	.0753	
	기혼	3.52			
	사별/이혼/기타	3.25			
종교	유	3.54	.9203	.3615	
	무	3.44			
교육	무학	3.14	10.22	.0001	① ② ① ③ ① ④ ① ⑤
	국졸	3.57			
	중졸	3.70			
	고졸	3.83			
	대졸이상	3.61			
가족	배우자유/동거가족유	3.59	0.49		

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 대상자가 지각한 가족기능(계속) (n=116)

일반적 특성	평균	표준편차	t or F검증	p	Duncan	
가족	배우자유/동거가족유	3.22	0.46	4.03	.0091	① ②
	배우자무/동거가족유	3.50	0.50			① ④
	배우자무/동거가족무	3.23	0.54			
월수입	고정수입이 없음	3.44	0.44			① ②
	50만원 미만	2.92	0.55			① ⑤
	50-100만원 미만	3.22	0.52	7.91	.0001	② ③
	100-200만원 미만	3.50	0.39			② ④
	200만원 이상	3.23	0.64			③ ⑤
직업	유	3.45	0.50	0.51	.6103	
	무	3.49	0.54			
치료비 부담자	본인	3.64	0.48			
	배우자	3.43	0.57	2.23	.0891	
	자녀	3.36	0.48			
	부모/형제	3.29	0.26			

모든 군들에 비해 유의하게 낮은 점수를 나타냈다(p=.0001). 배우자가 있고 가족이 함께 기거하는 확대가족 형태의 대상자는 배우자만 있는 군이나 홀로 사는 대상자들보다 가족기능을 유의하게 높게 지각하는 것으로 나타났다(p=.0091). 월수입이 많은 군이 적은 군에 비해 가족기능점수를 높게 지각하는 것으로 드러났다(p=.0001).

5. 조사대상자의 통증 특성

대상자의 통증 특성은 〈표 5〉와 같다. 1년 이상 통증을 경험한 군은 모두 69%였으며, 그중 5년 이상 경험한 군도 27.6%에 달했다. 요통이외 다른 부위의 통증을 동반한 경우가 27.6% 였으며 통증이 하루 종일 지속된다고 호소한 사람이 32.8%로 가장 많았다. 통증 정도는 58%가 조금 아프다로 중정도의 통증을 호소하였고 심하게 아프다는 19.8%였다. 생활의 지장정도는 54.3%가 많은 지장을, 36.2%가 약간 지장을 주고 있다고 하였고, 대부분 치료의 효과를 느끼고 있었으며, 효과가 없다고 한 사람은 5.2%였다.

6. 통증특성에 따른 가족기능

통증특성에 따른 가족기능에 대한 지각을 알아 본

〈표 5〉 통증 특성 (n=116)

통증 특성	N	%
유병 기간	12개월 미만	36 31.0
	12-60개월 미만	48 41.4
	60개월 이상	32 27.6
요통외의 통증	유	32 27.6
	무	84 72.4
통증 양상	하루종일 지속	38 32.8
	오전에 심함	13 11.2
	오후에 심함	20 17.2
	점차 심함	10 8.6
	불규칙	35 30.2
통증 정도	아주조금아프다	28 2.1
	약간 아프다	83 58.0
	심하게 아프다	23 19.8
생활에의 지장정도	지장이 없다.	5 4.3
	약간의 지장	42 36.2
	많은 지장	63 54.3
	극심한 지장	6 5.2
치료의 효과	효과가 없음	6 5.2
	통증의 약간 감소	73 62.8
	통증의 많은 감소	35 30.2
	통증이 없어짐	2 1.7

바로는〈표 6〉, 통증이 생활에 지장을 미치는 정도가 심한 군이 지장을 덜 느끼는 군에 비해 지각하는 가족기능 정도가 낮음을 알 수 있었다(p=.0357). 그

<표 6> 통증 특성과 대상자가 지각한 가족기능 (n=116)

음주형태		평균	표준편차	t or F 검증	p
요통유병 기간	12개월 미만	3.57	0.52	1.42	.2458
	12-60개월 미만	3.47	0.55		
	60개월 이상	3.36	0.45		
요통의의 통증유무	유	3.57	0.51	1.35	.1828
	무	3.43	0.52		
통증양상	하루종일 지속	3.42	0.54	0.60	.6643
	오전에 심함	3.53	0.58		
	오후에 심함	3.61	0.51		
	점차 심함	3.36	0.46		
	불규칙	3.45	0.49		
통증정도	아주조금아프다	3.85	0.44	2.54	.0838
	약간 아프다	3.39	0.52		
	심하게 아프다	3.48	0.59		
생활에의 지장정도	지장이 없다	3.61	0.19	2.95	.0357
	약간의 지장	3.64	0.54		
	많은 지장	3.36	0.49		
	극심한 지장	3.30	0.52		
치료의 효과	효과가 없음	3.29	0.51	1.14	.3380
	통증의 약간 감소	3.42	0.49		
	통증의 많은 감소	3.56	0.57		
	통증이 없어짐	3.86	0.43		

려나 유병 기간이나 통증양상, 치료효과의 차이에 따라서는 가족기능 지각에 유의한 차이가 없었다.

V. 논 의

본 연구의 대상자가 지각하는 가족기능 점수는 전체 3.47로 각 하위척도에서 정서적 유대 3.61, 수용과 공유 3.61, 참여 3.23, 타협과 만족 3.24, 책임과 기대 3.76으로 각각 나타났다. 이는 이종일 등(1996)이 본 연구의 도구와 같은 FACESII 한국 어판을 이용하여 정신분열병 환자 가족 군과 정상인 가족의 가족기능을 조사한 결과에서 정상인 군이 나타낸 가족기능점수(각 척도별 4.74, 3.78, 3.92, 3.78, 3.94)에 비해 모든 하위척도에서 낮은 점수이다. 이러한 정상인 가족과 만성통증환자 본인의 가족기능점수의 비교는 통계적 검증을 거치지 않았으므로 직접비교는 할 수 없지만, 정상인 가족 군과 환자가 지각하는 가족기능 점수의 차이가 있는 것은 환자의 심리정서적 문제에 가족기능이 미치는 영향

이 크다는 것을 간접적으로 알 수 있으며, 요통과 같이 일상활동에 제한을 가져오는 만성질환을 가진 경우, 환자의 모든 요구는 가족 내에서 충족되어야 하므로, 만성질환자들은 가족구성원들에 대해 매우 의존적이고 가족태도에 의해 쉽게 영향을 받게되며 자신의 가족환경을 어떻게 지각하느냐에 따라 정신건강은 크게 영향을 받게 된다는 De-Nour 등(1968)의 주장을 종합해 볼 때 가족간호의 필요성이 재삼 강조되어야 한다고 사료된다.

본 연구대상자들의 우울 정도는 평균 17.53±8.76으로, Nielson과 Williams(1980)가 BDI 측정시 우울하다고 간주할 수 있는 점수라고 제시한 평균 13점 이상보다 높았으므로 본 연구 대상자 집단은 우울이 있다고 볼 수 있으며, 또한 BDI를 이용해서 측정된 우리 나라 정상집단의 우울 정도인 13.0(한홍무 등, 1986)보다 높은 것으로 나타났다. 이는, 만성요통환자 집단이 우울이 있음을 나타내는 결과로 만성요통이 우울의 원인이 된다는 기존의 이론이나 연구결과들을 지지하는 것이다. 그러나

우울증 집단의 우울 정도인 23.81(한 홍무 등, 1986)보다는 낮았지만 노인집단의 우울 정도인 18(박현숙, 1993)과는 비슷하게 나타나, 임상적 우울은 아니지만 간호중재를 필요로 하는 우울이 요통환자들에게 있다는 것을 드러낸 것으로 해석되며 노인 만성요통환자의 경우는 정상 노인의 우울과 구별이 필요하다.

만성요통환자가 지각하는 가족기능과 우울은 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($p=.0001$), 정서적 기능 수용과 공유, 참여, 타협과 만족, 책임과 기대 등 모든 하위척도에서도 유의한 수준($p=.0001$)에서 부적 상관 관계가 나타났다. 즉 만성요통환자는 가족기능을 긍정적으로 지각할수록 우울 정도는 낮다는 것을 의미한다. 이는 만성요통환자에 대해 가족 구성원들이 서로에게 책임과 기대를 인지하고 정서적으로 지지하고 수용하고 참여하며 타협하는 태도가 환자의 정서적 반응인 우울을 중재하는 요인임을 시사하는 것으로, 김애경(1989)은 혈액환자가 지각하는 가족관계 점수가 높을수록 우울 정도는 낮다고 보고하였으며, 암환자를 대상으로 한 태영숙(1986)도 가족지지와 우울이 관계가 있다고 하여 본 연구결과를 지지하고 있다. 김창순과 박인순(1991)이 일반 입원환자 80명을 대상으로 한 연구에서는 가족지지에 대한 지각이 우울과 관계가 없는 것으로 본 연구결과와 다르게 나타났는데, 진단명이나 질환의 급만성에 따라 가족기능이나 우울이 어떻게 다른지도 조사해 볼 필요가 있음을 시사하는 것이다.

Strauss 등(1976)은 만성질환자 관리에 있어서의 초점은 개인과 그 가족의 일상생활에 있다고 하고 만성질환자의 치료가 중단되지 않으려면 가족의 이해와 격려가 중단되지 않아야만 가능한 일이며 환자역할 행위를 증진시키기 위해 가족을 중심으로 지속적이고 포괄적인 간호를 제공하여야 한다고 주장하였으며, 가족 체계와 가족 스트레스 이론에서는 가족구성원의 만성 통증상태에 대해 가족은 자원과 대처능력을 사용하여 항상성을 유지하고자 하며, 또 이는 만성통증환자의 적응과 조정에 영향을 준다고 하면서 개인보다 가족체계가 임상분석과 중재의 일차목표가 되어야함을 강조하고 있다(Kerns &

Payne, 1996).

본 연구의 대상자들 중 배우자와 동거가족이 함께 기거하는 확대가족으로 사는 대상자들이 지각하는 가족기능 정도는 배우자만 있는 경우나 홀로 사는 경우에 비해 유의하게 높게 나타나고 있다. 이는 가족원 가운데 한 명이 병을 얻게 되었을 때 돌보아주는 정도에서 확대가족이 핵가족보다 유의하게 높은 점수를 얻어 확대가족의 가족기능이 핵가족의 가족기능 보다 높다는 최선희(1988)의 연구결과와 같은 맥락에서 해석될 수 있다. 만성질환자에게 있어 배우자의 지지가 중요하다는 것은 이미 여러 연구들(Cope 등, 1982; 이금재, 1987; 강혜영, 1986)에서 입증된 바 있으나, 배우자가 있으면서 동거가족이 함께 기거하는 확대가족인 경우가, 배우자만 있는 경우보다 지각하는 가족기능이 유의하게 높게 나타난 본 연구의 결과는 확대가족이 만성요통환자의 발병으로 인한 가족 구성원의 역할 재정비와 생활양상의 변화라는 스트레스를 잘 견뎌내고 건실한 가족구조를 유지하는 결속력과 적응력이 높다는 것을 의미하는 것으로, 산업화와 핵가족화로 인한 가족 결속이 떨어지는 현대사회의 추세 속에서 만성요통환자 및 환자가족의 간호를 위해서는 가족구조가 고려되어야 함을 시사하는 것이라 생각된다.

노인에게 있어서 가족구성원 간의 밀접한 상호작용 부족은 정서적 불만족의 중요한 원인이 되고, 자녀와의 결속도가 낮다고 지각하게 만들며(김태현, 1989; 최정혜, 김태현, 1991), 확대가족에 있어 가족기능은 노인의 우울과 유의한 역상관 관계가 있다(조남옥 등, 1998)는 연구결과들에 비추어 볼 때, 본 연구에서 65세 이상 노인연령 군이 지각하는 가족기능점수가 45세 미만 군보다 유의하게 낮았고($p=.0502$), 가족기능 정도가 우울과 유의한 상관관계가 있다($p=.0001$)고 나타난 결과는 우울이 만성요통이란 질환의 영향인지, 정상노인 군과 같은 정도인지 직접 비교하는 연구를 시도하여 볼 필요가 있음을 시사하는 것이라고 하겠다. 그럼에도 불구하고 만성요통환자의 많은 부분을 차지하는 것이 노인 연령층이며, 또한 노인인구가 증가하고 있고, 현재의 요통환자가 앞으로의 만성요통환자가 될 수 있다는 가능성들을 종합해 본다면 노인만성요통환자의 효율

적 간호를 위해서는 가족기능 강화를 위한 중재프로그램의 개발이 요구된다고 본다.

교육정도가 무학인 요통환자들이 지각하는 가족기능점수가 다른 모든 군들에 비해 유의하게 낮았으며($p=.0001$), 이는 임현자, 문영임(1998)이 강직성 척추염환자를 대상으로 가족지지정도를 조사했을 때 교육정도가 높은 군이 낮은 군보다 지각하는 가족지지 정도가 더 높았다는 결과와 조현숙(1987)이 신장이식환자에서는 교육수준이 높은 군이 가족의 정서적 지지를 높게 받고 있다고 인지하고 있는 것으로 나타난 것과 일치하는 결과이다. 노부모의 교육수준, 경제수준이 노부모가 지각하는 자녀와의 결속도 및 갈등에 영향을 미치는 변인이라는 김태현(1991)의 연구결과에 비추어본다면 현 부모세대가 교육의 혜택을 누리지 못한 세대라는 점이 모든 만성질환자의 가족기능의 해석에서 감안되어야 할 점이다.

월수입이 적은 경우도 월수입이 많은 군에 비해 가족기능을 낮게 지각하고 있는($p=.0001$) 것은 만성질환으로 인한 장기간의 의료비용이 부담이 되고 있기 때문으로 해석되며, 만성요통환자의 많은 수가 노인층이며, 활동제한으로 인해 경제활동이 불가능한 경우가 많은 점을 고려한다면 만성질환의 소요경비에 대한 보건의료 재정 정책상의 재고가 있어야 할 것으로 사료된다.

통증이 생활에 지장을 많이 미친 경우 지각하는 가족기능 정도도 낮았다($p=.0357$). 이는 인공 관절치환술 전후의 일상 활동 수행시 받는 도움의 정도가 적을수록 삶의 만족도가 높다는 강신화(1996)의 결과와, 일상활동을 잘할수록 삶의 질이 높다는 박선영(2000)의 결과와 유사하다고 사료된다. 따라서 환자의 자가간호 및 자가활동을 증진시킬 수 있도록 도와주는 가족의 노력이 필요하며, 이것이 이루어질 수 있도록 가족 상담 및 교육 프로그램이 재할간호에 포함되어야 할 것이다.

이상의 결과에서 만성요통환자가 지각하는 가족기능이 높을수록 우울은 낮아지는 것으로 나타났으므로, 만성요통 환자의 간호중재시에는 환자의 우울을 감소시키고 보다 질적인 삶을 영위하게 할 수 있는 가족기능에 대한 사정 및 진단을 실시하고, 환자간

호를 위한 가족의 교육 및 상담을 내용으로 하는 가족간호중재 프로그램을 운영하여, 가족자원을 효율적으로 이용하고, 가족기능이 강화시켜야 될 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 만성요통환자들이 가족 기능을 어떻게 지각하고 있는지, 또 가족기능은 우울과는 어떠한 상관관계가 있는지 파악함으로써, 만성요통환자의 간호중재시 가족의 기능을 사정하고 가족중심의 간호를 이끌도록 하는데 필요한 기초자료를 얻고자 시도되었으며, 구조화된 질문지법을 이용한 서술적 상관관계 연구이다.

연구의 대상은 대구광역시에 소재한 통증클리닉에 통원치료 중인 만성요통환자 116명을 대상으로 하였으며, 자료수집은 2000년 1월부터 2월까지, 훈련된 조사원 2명이 환자와 면담을 하거나 환자 자신이 직접 설문지를 작성하도록 하였다. 연구도구는 Beck(1983)의 우울 척도와 FACES II를 이종일(1998)등이 번역하여 수정한 '가족 적응력 및 결속력 평가 척도'를 사용하였다.

수집된 자료는 SAS를 이용하여 전산통계 처리하였다. 조사 대상자의 일반적 특성과 가족기능과의 관계, 그리고 연구변인들간의 관계를 확인하기 위해, 평균과 표준편차, t-test, F-test 및 Duncan test, Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 조사대상자들이 지각하는 가족기능 점수는 평균 3.47로 하위척도에서는 정서적 유대 3.61, 수용과 공유 3.61, 참여 3.23, 타협과 만족 3.24, 책임과 기대 3.76으로 각각 나타났다.
- 2) 대상자들의 우울 정도는 평균 17.53 ± 8.76 이었다.
- 3) 가족기능과 우울과의 관계는 유의한 부적 상관관계를 나타내었다. ($r=-0.4817$, $p=.0001$).
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따라 대상자가 지각하는

가족기능은 65세 이상 연령 군이 45세 미만 군보다 가족기능 점수가 유의하게 낮았으며($p=.0502$), 여자대상자들이 지각하는 가족 기능 점수가 남자보다 유의한 차이로 낮았다($p=.0026$). 무학인 대상자들이 지각하는 가족기능점수가 다른 모든 군들에 비해 유의하게 낮은 점수를 나타냈다($p=.0001$). 배우자가 있고 가족이 함께 거주하는 대가족 형태의 대상자는 배우자만 있는 군이나 홀로 사는 대상자들보다 가족기능을 유의하게 높게 지각하는 것으로 나타났고($p=.0091$), 월수입이 적은 경우보다는 월수입이 많을수록 가족기능을 높게 지각하는 것으로 드러났다($p=.0001$).

5) 통증양상에 따른 가족기능에 대한 지각은 통증이 생활에 지장을 많이 미친다고 답한 군이 지각하는 가족기능 정도도 낮았다($p=.0357$). 그러나 유병기간이나 통증양상, 치료효과의 차이에 따라서는 지각된 가족기능에 유의한 차이가 없었다.

2. 제언

본 연구의 결과로 미루어 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 1) 만성요통환자에 대해 가족중심의 간호가 이루어져야 함을 간호교육에서 강조하여야 한다.
- 2) 만성요통환자 본인이 지각하는 가족기능과 환자 가족이 지각하는 가족기능이 어떻게 차이가 있는지 비교 연구를 수행하여 환자와 가족을 이해하기 위한 기초자료가 마련되어야겠다.
- 3) 만성요통환자의 대부분을 차지하는 노인이 지각하는 가족기능과 우울과의 관계를 파악하고, 요통환자인 노인이 지각하는 우울이 정상노인이 지각하는 우울과 차이가 있는지를 조사하여 증가하는 노인인구를 위한 간호에 대비하여야 한다.
- 4) 가족기능과 우울이 유의한 부적 상관이 있다는 것이 입증되었으므로 가족기능 향상을 위한 간호중재프로그램을 개발하여 우울에 미치는 효과를 확인해 볼 것을 제언한다.

강신화 (1996). 인공관절 전 치환성형수술 전후의 일상활동장애정도 및 삶의 만족도 비교연구. 관절질환환자를 중심으로. 류마티스 건강학회지, 3(1), 37-49.

강혜영 (1986). 만성질환자의 건강행위 특성에 관한 연구. 전남의대 잡지, 23(2), 265-271.

고성연, 민애란, 신원식, 신정희, 임윤희, 최명자 (1990). 만성질환자가 있는 가족과 정상가족간의 가족기능 비교연구. 이화간호학회지, 23, 1-14.

김남영 (1988). 가족기능과 가족구성원 건강상태와의 상관관계, 연세대학교 대학원, 석사학위 논문

김애경 (1989). 혈액투석환자가 지각하는 가족관계와 우울과의 관계연구. 이화간호학회지, 22, 1-13.

김정아 (1990). 지지간호가 균요통환자의 우울, 기분, 만족에 미치는 영향. 간호학회지, 20(3), 324-340.

김종임, 김인자 (1995). 만성류마티스 환자의 일상생활 활동과 심리적 요인과의 관계. 기본간호학회지, 2(2), 155-168.

김주성, 김명희 (1998). 만성질환자 배우자와 자녀의 불안 및 가족기능에 관한 연구. 성인간호학회지, 10(2), 289-301.

김창숙, 박인순 (1991). 입원환자가 지각한 가족지지와 우울과의 관계 연구. 조선대병설 간호전문대학 논문집, 11, 1-18.

김태현 (1989). 한국노인에 대한 최근 연구동향: 가족학적 측면. 한국노년학, 9, 168-176.

민병근 (1975). 요통의 정신역동. 대한의학협회지, 18(7), 308-315.

박명희 (1991). 가족간호제공자의 부담감 인지정도 와 영향변수 분석. 가톨릭대학 의학부 논문집, 44(3), 949-958.

박선영 (2000). 류마티스관절염 환자가 받는 가족지지 정도에 따른 일상활동과 삶의 질 차이. 류마티스 건강학회지, 7(1), 63-76.

박현숙 (1993). 집단인지요법이 노인의 우울, 자아존중감, 고독감에 미치는 효과, 경북대학교 대학원 간호학과, 석사학위 논문.

- 서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구, 간호학회지, 23(3), 467-486.
- 석세일, 빈성일, 원중희 (1986). 척추클리닉에서 본 요통에 관한 연구, 최신의학, 29(7), 911-918.
- 신미현 (1993). 만성요통환자의 건강통제위 성격과 치료지시 이행과의 관계 연구, 고려대학교 대학원 간호학과 석사학위논문.
- 양영희 (1995). 만성질환자를 돌보는 가족원의 돌봄의 상황과 가족원의 스트레스 및 사회적 지지와의 관계, 성인간호학회지, 7(1), 85-105.
- 오가실 (1985). 가정의 기능과 사회적 지지에 관한 연구. 정박아 가정을 중심으로, 연세대 간호학과 간호학논집, 8, 27-53.
- 이금재 (1987) 만성질환자의 가족기능정도와 환자 역할 행위 이행정도와의 관계에 대한 연구, 당뇨병 환자를 중심으로, 이화여자대학교 교육대학원 간호교육전공, 석사학위 논문.
- 이선이 (1995). 가족의 위기. 가족과 한국사회, 여성한국사회연구회, 경문사, 33, 341-346.
- 이순희 (1992). 일부 노인의 자아존중감과 삶의 만족도와와의 관계 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이영희 (1988). 만성질환이 있는 가족과 정상가족의 가족기능 비교연구-노인가족을 중심으로-. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문, 서울.
- 이은옥 외 (1999) 만성질환으로 인한 가족기능변화 모형- 완성된 확장기 가족을 대상으로, 대한간호학회지, 29(3), 467-484.
- 이종일, 성덕규, 이민규 (1998). 가족 적응력 및 결속력 평가척도: 한국어판의 표준화 예비연구- 신뢰도 및 타당도, 신경정신과학, 37(6), 1998.
- 임난영, 이은영 (1999). 만성관절염환자의 주관적 피로와 영향요인에 대한 연구, 류마티스 건강학회지, 6(1), 73-84.
- 임현자, 문영임 (1998). 강직성척추염환자의 통증, 가족지지와 삶의 질과의 관계, 대한간호학회지, 28(2), 329-343.
- 장혜경 (1988). 암환자의 자존감과 가족지지 및 질적 삶의 관계 연구, 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 정유석 (1995). 질병이 가족기능에 미치는 영향- 뇌졸중과 고혈압 환자의 가족을 대상으로- 가정의학회지, 16(12), 814-823.
- 정형진, 김병직, 서광윤 (1984). 만성요통환자에서 실시한 심리검사의 임상적 고찰, 대한정형외과학회지, 19(2).
- 조남옥, 양경라, 홍여신, 이은옥, 최명애 (1998). 노인의 자기표현 수준과 상호작용양상에 따른 확대가족의 가족기능과 노인의 우울과의 관계 연구, 간호학논문집(서울대학교 간호대학), 12(2), 185-201.
- 조현숙 (1987). 신장이식 환자가 인지하는 가족지지와 삶의 질과의 관계 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 최선희 (1988). 한국 가족형태에 따른 가족기능에 관한 연구, 연세대학교 대학원 사회사업학과 석사학위논문.
- 최정혜, 김태현 (1991). 노부모가 지각하는 성인 자녀와의 결속도 및 갈등에 관한 연구, 한국노년학, 11(2), 212-234.
- 태영숙 (1985). 암환자가 지각한 사회적지지와 우울과의 관계, 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 1985.
- 한국가족연구회 (1994). 가족학, 서울: 도서출판 하우.
- 한홍무, 염태준, 신영우, 김교현, 윤도균, 정근재 (1986). Beck Depression Inventory의 표준화 연구, 신경정신의학, 25(3), 487-500.
- Atkinson, J. H., Ingram, R. E., Kremer, E. F., & Saccuzzo, D. P. (1986). MMPI subgroups and affective disorder in chronic pain patients, Journal of Nervous and Medical Disease, 174(7), 408-413.
- Battle, J. (1978) The relationship between self esteem and depression, Psychological Report, 42, 745-746.
- Barder, L., Slimmer L., & Lesage J.(1994). Depression and Issues of control among elderly people in health care settings. Journal of Advanced Nursing, 20,

- 597-604.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1983) Cognitive therapy of depression, 4th. ed., Guilford Press, New York, 1-33, 104-116, 71-74.
- Calliet, R. (1988). Low back pain syndrome. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Cargo, B. R., Drain, C., & Herrick, K. S. (1981). Dealing with chronic pain, chronic health problems: concepts and application. Mosby Co., 40-50.
- Cope, D. N., & Hall, K. (1982). Head Injury Rehabilitation: Benefit of early Intervention, Arch. Phys. Med. Rehabil., 63, 433-437.
- De-Nour, A. K., Shaltial J., & Czaczkes, J. W. (1968). Emotional reactions on chronic modialysis, Psychosomatic Medicine, 30(5), 521-533.
- Drinka, T. R. J. Smith, J. C., & Drinka, P. J. (1987) .Correlates of depression and burden for innormal caregivers of patients in a geriatrics refferral clinic, J. of am. Geriatr. Soc., 35, 522-525.
- Friedman, M. M. (1986). Family Nursing-theory and assessment-, Appleton-Century-Croft
- Kaplan, B. H. Cassel, J., and Gore, S. (1977), Social support and health, Medical care, 15(5). 47-58.
- Kerns, R. D., & Payne, A. (1996). Psychological approaches to pain management. 283-302.
- Krishman, K. R. R., France, R. D., & Pelto, S. (1985). Chronic pain and depression 1, Classification of depression in chronic low back pain patients, Pain, 22, 279-285.
- Litman, T. J. (1979) The family in health and health care: socio behavioral overview in patients, physicians and illness, N. Y., Free Press, 69-101.
- Magni, G., Caldieron, C., Riagtti-Luchini., & Merskey, H. (1990). Chronic Musculo-skeletal Pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National health and nutrition examination survey data, Pain, 31, 299-307.
- Magni, G. (1984). On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion. Pain, 31, 1-21.
- Magni, G. (1980). Chronic low back pain and depression : an epidemiologic study. Acta. psychiat. Scand., 70, 614-617.
- McCreary, C. P., Turner, J., & Dawson, E. (1980). Emotional disturbances and chronic low back pain, Journal of clinical psychology, 36, 709-715.
- Minuchin, S. (1970). The use of an ecological framework in the treatment of a child, The child in family, ed. Antony, E. J. and Kaupernik, C. New York: Wiley-Interscience.
- Moose R. H., & Moos, B. (1976). A typology of family scial environment, Family Process, 16(4), 357-391.
- Nielson, A. C., & Williams, T. A. (1980). Depression in ambulatory medical patients, Arch. Gen. Psychiatry, 37, 999-1004.
- Olsen, D. H. (1970). The impact of serious Illness on Family system, Postgrad. Med., 47, 169.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., and Russel, C. S. (1979), Circumplex Model of marital and Systems:IV Theoretical update., Family Process, 22, 69-83.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russel, C.

S. (1979). Circumplex Model of marital and family systems:IV Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications, Family Process, 18, 3-28.

Painter, J. R., Seres, J. L., & Newman, R. C. (1980). Assessing benefits of pain centers : why some patients regress, Pain, 8, 101-113.

Rakel, P. E. (1990). Textbook of family practice(4th Ed), Philadelphia WB Saunders Co., 1-49.

Waddell, G. Main, F. C. J., Morris, E. W., Paola, M. P., & Grey, I. C. M. (1984). Chronic low back pain, psychologic distress and illness behavior, Spine, 9(2), 209-213.

Zung, W. W. K. (1965). A self rating depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

Abstract

Key concept : Chronic low-back pain patient, Family function, Depression

The Relationship between Perceived Family Functioning and Depression in Patients with Chronic Low-Back Pain

Son, Jung Tae* · Park, Hyun Sook*

This study was conducted using a descriptive correlational survey design to identify how patients with chronic low-back

pain perceived family function and to examine the relationship between family function and depression.

The participants of the study were 116 patients with chronic low-back pain patient who were having follow-up treatment in a local pain clinic, located in Daegu. A structured questionnaire was filled out participants themselves and the structured interview was given during January and February, 2000.

The data collection instrument were FACE II-Korean version and Beck's Depression Inventory(1983).

The data collected were analysed using mean, standard deviation(SD), t-test, F-test, Duncan test and Pearson correlation coefficient, done with SAS.

The results are as follows:

1. The mean of the respondents' perceived family function was 3.47, with emotional bonding at 3.61, acceptability and sharing at 3.61, participation at 3.23, negotiation and satisfaction at 3.24 and responsibility and expectation at 3.76.
2. The mean of the respondents' perceived depression was 17.53 ± 8.76 .
3. There was significantly negative correlation between family function and depression($r = -0.4817$, $p = .0001$).
4. Research variables included demographic characteristics and showed that subjects who were aged 65 years or older showed significantly lower scores in patient's perceived family function than those who were aged 45 years or below($p = .0502$). Perceived family function of females respondents were significantly lower than males($p = .0026$). The illiterate showed

* Dept. of Nursing, Medical College, Catholic University of Daegu.

significantly lower scores than other groups($p=.0001$). Respondents with spouse and extended family tended to show significantly higher scores than those who were living with spouse only or by themselves alone($p=.0091$). Those who had higher income showed significantly

higher scores than in the lower income group($p=.0001$).

5. For family function regarding pain characteristics, those who reported severe pain-related daily activity impediments showed significantly lower scores in family function than others with less pain($p=.0357$).