

암환자 가족간호자의 가족기능 영향요인*

김 현 숙¹⁾ · 유 수 정²⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라에서는 매년 11만명 이상의 새로운 암환자가 발생한다. 국가암관리사업의 강화로 암 발생자 중 약 절반이 5년 이상 생존하고 있으나, 2006년 한 해 동안도 65,909명이 암으로 사망하여 사망원인 1위 자리를 지키고 있다(Korea National Statistical Office, 2007). 이와 같이 암은 발생률의 증가와 진단 및 치료방법의 발달로 생존율과 생존기간이 길어지면서 장기적인 관리가 필요한 만성상태를 보이기 때문에 암으로 인한 간병 부담이 늘어나고 있다. 또한 대다수의 암환자들이 가정에서 간호받기를 희망하고 조기퇴원과 함께 지역사회 중심의 의료를 지향하는 보건정책은 가정에서의 장기 간호를 필요로 하며, 핵가족화와 여성의 사회진출은 상대적으로 암환자의 간호에서 가족의 간호 부담을 더욱 증가시키고 있다. 특히 암은 장기적인 치료과정을 거치는 동안 반복적인 입원을 경험하고 가정에서 복잡하고 전문적인 관리가 필요하므로 환자 뿐 아니라 가족들에 대한 이해와 간호중재의 개발 및 적용에 대한 요구도 높아지고 있다.

암은 질병 특성 상 경과가 불확실하고 조절이 불가능 할 뿐 아니라 환자가 장기적인 치료를 받게 되면 급성기 또는 적극적인 치료기를 제외하고는 가정에서 가족의 돌봄을 필요로 하기 때문에 가족들은 환자의 가정 내 역할을 분담해야 하고 환자 간호에 시간을 투자해야 한다. 따라서 암환자 간호

는 장기적인 돌봄으로 인해 가족원에서 무력감, 역할 및 상호관계 양상의 변화, 분노, 죄의식 등 개인적인 삶을 위협할 뿐 아니라 스트레스로 인한 신체적 불편감, 수면부족, 피로, 만성적인 건강문제의 악화 등 생활전반에 걸쳐 영향을 미칠 수 있으며(Given et al., 2004; Nijboer et al., 1998) 이는 부담감이거나 역할 스트레스, 역할 갈등 등으로 설명되었다. 특히, 우리나라는 가족 중 환자가 발생하면 전통적으로 효와 유교적인 사상에 의하여 배우자나 자녀가 주 가족간호자가 되어 돌보는 것을 당연한 의무로 여기며, 환자간호에 가족이 깊숙이 관여한다. 그런데 암환자 관리를 위한 가장 중요한 지지자원의 중심이 가족이기 때문에 암 발병은 주 가족간호자 뿐 아니라 가족기능의 변화를 초래하기 쉬우며(Shapiro, Perez, & Warden, 1998), 가족이 암환자 간호에 실패하면 환자가 고통을 받고 삶의 질에 영향을 받는다(Given et al., 2004). 즉, 가족이 느끼는 부담감이 해결되지 않고 계속 축적되면 가족원의 건강문제를 초래하고, 또한 암환자를 돌보는 일에 소극적이고 위축되는 경향이 생겨 환자의 고통에도 무관심한 반응을 보이는 등 바람직하지 않은 방향으로 대처를 하게 되며, 동시에 가족관계나 가족기능 수행에 변화를 초래할 수 있다(Ham, 2004; Park & Hyun, 2000). 그러므로 간호사는 환자 뿐 아니라 가족 역시 중요한 간호대상자로 인식하고 암환자의 간호계획에 반드시 가족을 참여시키도록 강조되고 있다.

이와 같이 암과 같은 만성질환은 가족구조와 기능을 변화시키며, 가족이 경험하는 스트레스는 질병의 진행과정에 따라 다양한 반응을 보일 뿐 아니라, 가족이 질병이라는 스트레스

주요어 : 암환자, 가족기능, 관계의 질

* 이 논문은 2006년도 충주대학교 교내학술연구비의 지원을 받아 수행한 연구임

1) 충주대학교 노인보건복지학과 부교수

2) 상지대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr)

접수일: 2008년 8월 8일 수정일: 2008년 8월 15일 게재확정일: 2008년 8월 20일

에 얼마나 잘 대처해 나가느냐에 따라 질병경과도 영향을 크게 받는다(Shin & Kim, 2002). 따라서 가족구성원간의 상호작용이 일방향이 아니고 간호제공자와 환자 모두가 만성질환과 관련된 상황에 진력한다고 느끼게 된다면 가족구조는 붕괴되며 그 결과 가족기능에도 심각한 위기상황이 나타나게 된다. 그러므로 암환자에서 양질의 간호를 제공하기 위해서는 암환자 뿐 아니라 가족 전체의 건강을 유지, 증진시킬 수 있는 다차원적이고 적극적인 간호중재 모색이 필요하다. 이를 위해서 우선적으로 암환자 가족이 경험하는 스트레스, 부담감 등 부정적인 요인을 중재하기 위한 가족의 건전한 기능이 증진될 수 있는 요인들이 규명되어야 한다.

그런데 그동안 우리나라에서 발표된 암 관련 연구논문은 대부분의 경우 환자를 중심으로 치료과정 중에 경험하는 증상과 이를 완화시키기 위한 중재 제공 후 효과를 측정한 연구들이었다. 가족을 대상으로 한 경우도 주로 스트레스, 우울, 대처, 간호요구, 건강상태, 건강증진행위, 부담감, 삶의 질 등 암환자로 인해 가족원이 경험하는 신체적, 심리적인 부정적인 상태, 대처양상 및 암환자 관리에 초점을 두고 있으며, 가족 기능에 대한 연구는 가족기능 정도를 파악한 조사연구(Han, 2003)와 부담감과 가족기능에 대한 연구(Park & Hyun, 2000)가 전부였다. 한편, 최근 만성질환자를 가진 가족을 이해하기 위해 체계론적 접근이 시도되고 있으며(Friedman, Bowden, & Jones, 2003), 우리나라에서도 가족을 암환자가 성공적으로 적용할 수 있는 능력과 기능을 제공할 수 있는 효과적인 지지 체계로 보고 가족기능 수행관련 변수 및 삶의 질을 규명한 연구(Han et al., 2006)가 수행되었으나 가족 기능에 미치는 영향에 대해 포괄적으로 연구한 보고는 매우 부족한 실정이다. 그런데 가족 중 암환자의 발생은 가족의 신체, 사회, 경제적 위협이 되어 가족에게 부정적 영향을 미치며, 가족의 역기능적 상태를 초래하여 가족관계나 기능에 영향을 준다(Grov, Fosså, Sorebo, & Dahl, 2006; Han et al., 2006). 그리고 이와 같이 가족이 느끼는 위기와 불안감은 다시 환자에게 전달되어 환자의 치료과정에 부정적 영향을 미칠 수 있음을 고려할 때(Han et al., 2006), 암환자를 돌보는 가족의 가족기능에 영향을 미치는 요인을 파악하는 연구가 필요하다.

따라서 본 연구에서는 암환자 가족의 가족기능 정도 및 영향요인을 파악하고 관련요인들 간의 관계를 규명하고자 하였다.

연구목적

- 암환자 가족간호자의 가족기능을 확인한다.
- 암환자 및 가족간호자의 일반적 특성에 따른 가족기능을 규명한다.
- 암환자 가족간호자의 가족기능에 영향을 미치는 요인을 확

인한다.

- 암환자 가족간호자의 가족기능에 영향을 미치는 요인들 간의 관계를 규명한다.

용어의 정의

- 가족기능 : 암환자 가족의 역할과 행위로서 가족행동을 의미하며, 가족체계의 성장, 연속, 생존을 유지하는데 필요한 활동으로 가족 구조의 결과로 정의적, 구조적, 통제적, 인지적, 재정적, 외적관계 영역으로 구성되어 있는 복합적 개념으로(Lee et al., 1999) Lee 등(2002)이 한국의 사회문화적 상황을 반영할 수 있도록 개발한 가족기능 도구를 이용하여 측정된 점수를 의미한다.
- 가족간호자 : 가족간호자는 환자를 돌보는데 일차적 책임을 갖고 있는 가족원으로 본 연구에서는 환자와 가장 많은 시간을 함께 생활하거나 환자를 돌보는 가족구성원을 의미한다.

이론적 기틀

본 연구에서는 House와 George (George, 1980)의 가족간호자 스트레스-대처 모형에 근거하여 암환자를 돌보는 가족의 가족기능 및 그 영향요인을 규명하고자 시도하였다(Figure 1). 이 모형에 근거하여 지각된 스트레스 반응을 가족간호자의 부담감으로, 장기적 결과변수를 암환자 가족의 가족기능으로 조작화하였다. 부담감은 만성질환자를 돌보는 스트레스 상황에 대한 가족간호자의 주관적 자각에 따른 다차원적인 부정적 반응이며, 이와 같은 부담감의 결과는 가족간호자의 안녕감, 삶의 질 등의 개인적 차원과 가족기능과 같은 가족차원으로 구분될 수 있다. 한편 가족기능에 영향을 미칠 수 있는 스트레스 유발요인으로 암환자의 통증과 통증으로 인한 일상생활 방해 정도 및 활동도 등 신체적 기능상태를 포함시켰다. 환자의 통증은 가족들에게 부정적 영향을 미치는 대표적인 증상으로 통증이 있는 암환자를 돌보는 가족이 통증이 없는 환자를 돌보는 가족에 비해 부담감이 높다고(Given et al., 2004; Grov et al., 2006) 보고되고 있다. 또한 암환자에서 통증은 직접적으로 암환자의 먹고, 자고, 다른 사람들과 관계를 맺는 등 일상생활을 제한하거나 일상활동능력을 감소시키는 주 요인이 되고 있다(Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1998). 암환자가 신체기능상태가 나빠 독립적인 생활을 유지하기 어려울수록 가족 및 타인에의 의존도가 높아지고 돌봄 요구도 많아지므로 가족간호자는 업무량이 증가되어 부담감도 증가하는 것으로 나타났으며(Given et al., 2004), 이는 가족기능에 영향을 미칠 것으로 사료된다. 환자와 가족간호자간의 관계의 질이 좋으면 역할 스트레스의 지각이 낮아지며, 주관

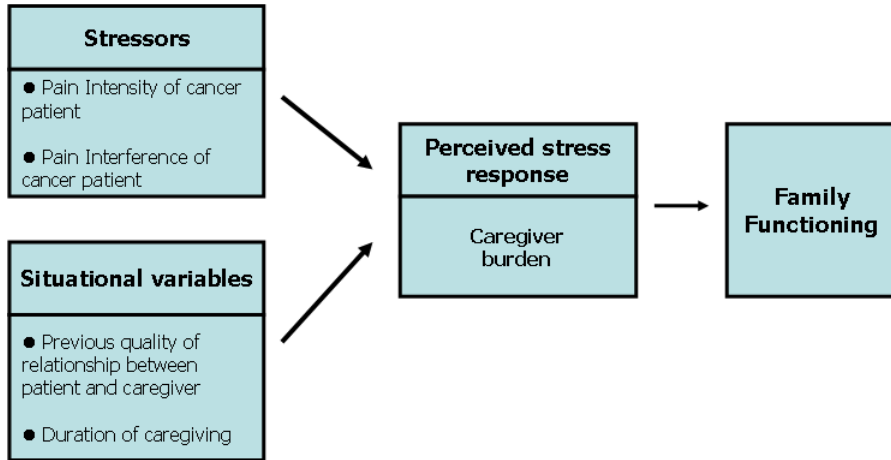


Figure 1. Theoretical framework of the study

적 부담감이 감소하고(Park & Hyun, 2000), 가족기능이 좋은 것으로 나타났다(Yu & Park, 2006). 한편 돌봄기간에 따른 부담감의 정도는 일치된 결과를 보이고 있지 않지만 일반적으로 돌봄기간이 길어짐에 따라 암환자 간호에 따른 부담으로 스트레스가 증가하며 부담감이 높아지는 경향을 보이는(Shin & Kim, 2002) 것으로 보고되고 있다. 그러므로 본 연구에서는 House 와 George (George, 1980)의 가족간호자 스트레스-대처 모형과 선행연구 고찰에 근거하여 암환자의 통증정도, 통증으로 인한 일상생활방해정도, 활동도 등을 스트레스 유발요인으로, 환자와 가족간호자간의 관계의 질, 돌봄기간을 주요한 상황적 변수로 포함시켰으며, 지각된 스트레스 반응을 가족간호자의 부담감으로, 장기적 결과변수를 가족기능으로 조작하였다. 한편 상황적 변수로 밝혀진(George, 1980) 요인 중 가족간호자의 성, 관계유형, 경제상태 등은 인구사회학적 특성에 포함시켜 분석하였다. 또한 본 모형에 근거하여 뇌졸중 환자 가족의 가족기능 영향요인을 분석한 결과(Yu & Park, 2006), 환자와 가족간호자의 관계의 질이 가족기능을 가장 잘 설명해주는 요인으로 규명되었다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 암환자를 돌보는 가족간호자의 가족기능에 영향을 미치는 요인을 조사하는 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상자

본 연구대상자는 서울에 소재한 1개 암 전문병원에서 담당 의사로부터 암 판정을 받고 입원 또는 외래 치료 중인 암환

자와 그 환자의 가족간호자로 연구자에 의해 본 연구의 목적과 과정을 설명 받고 연구에 참여할 것을 자발적으로 동의한 138쌍을 임의표집하였다. 연구대상자는 만 18세 이상의 성인으로 국문해독이 가능하며, 설문지의 내용을 이해하고 의사소통이 가능한 자로서 암환자와 그 가족간호자였다. 가족기능을 측정하기 위해서는 가족원 전체를 대상으로 하여 보다 더 객관적인 방법을 사용하는 것이 바람직하나, 현실적으로 실행이 어려워 암환자의 주 가족간호자를 연구대상자로 한정하였다. 이때 응답자에게 개인의 생각이 아닌 가족 전체의 상황을 대변하여 질문에 답하도록 요청하였다. 대상자 중 설문에 미비하게 응답한 14쌍의 자료를 제외한 124쌍을 최종 분석대상으로 하였다.

연구도구

● 가족기능

한국의 사회문화적 특성을 반영하여 가족원의 만성질병이라는 스트레스 하에서 나타나는 가족기능을 측정하기 위해 Lee 등(2002)에 의해서 개발된 도구를 이용하여 가족기능을 측정하였다. 본 도구는 가족기능을 정의적 결속, 외적 자원과의 관계, 가족규범, 역할과 책임, 의사소통, 재정자원 등 6개의 하부영역으로 구분하여 ‘전혀 아니다’를 1점, ‘매우 그렇다’를 4점으로 측정하는 4점 척도, 총 24 문항으로 이루어졌으며 점수가 높을수록 가족기능이 좋은 것을 의미한다. 도구개발 당시 신뢰도 Cronbach's alpha는 .87이었으며, 본 연구에서 전체 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .9185였고, 6개 하부영역의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .732 ~ .875였다.

● 스트레스 유발요인

- 암환자의 통증 강도

Yun, Mendoza 등(2004)이 한국에서 타당도와 신뢰도를 검증한 한국판 간이통증척도(BPI-K)를 사용하여 24시간 경험한 통증 중 ‘가장 심한 통증’, ‘평균적인 통증’, ‘가장 약한 통증’, ‘바로 지금 통증’ 등을 측정하였다. 각 통증 강도는 ‘0’ 통증 없음 ~ ‘10’ 상상할 수 없을 정도의 심한 통증으로 구분된 1 문항 VAS를 이용하여 측정하였다. 한국판 개발당시 통증강도 항목들의 Cronbach's alpha는 .85로 보고되었으며(Yun, Mendoza et al., 2004), 본 연구에서 Cronbach's alpha는 .893이었다.

• 암환자의 일상생활 방해도

암환자의 통증으로 인한 일상생활 방해정도는 Yun, Mendoza 등(2004)이 한국에서 타당도와 신뢰도를 검증한 한국판 간이통증척도(BPI-K)를 사용하였다. 통증으로 인한 일상생활 방해정도는 5문항으로 구성되었으며, 통증이 일상활동, 기분, 걷기, 대인관계 및 수면을 방해하는 정도를 0점(전혀 방해되지 않음)에서 10점(완전히 방해됨)의 점수범위를 가진다. 점수가 높을수록 통증으로 인한 일상생활 방해정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's alpha는 .886이다.

• 암환자의 활동도(ECOG-PS)

환자의 활동도는 Eastern Cooperative Oncology Group에서 개발한 Performance status 척도(ECOG-PS)로 측정된 점수로 나타났다. ECOG-PS는 환자의 일상활동도를 0점부터 4점으로 표시하도록 되어있으며, ‘0점’은 ‘환자가 모든 정상활동수행이 가능함’을 의미하고, ‘4점’은 ‘환자가 완전히 누워 지내는 상태로 전혀 자신을 돌볼 수 없음’을 의미한다. 점수범위는 0-4점으로 점수가 높을수록 활동도가 감소함을 의미하며, 3-4점은 활동도가 낮은 상태(poor)로, 0-2점은 활동도가 좋은 상태(good)로 판정한다(Oken et al., 1982).

● 상황적 특성

• 암환자와 가족간호자의 관계의 질

암환자와 가족간호자의 암 발생 전 관계의 질을 1문항, 5점 척도로 본 연구자가 개발하여 측정하였다. 즉, ‘1=매우 나빴다’에서 ‘5=매우 좋았다’로 구성되었으며 점수가 높으면 관계가 좋은 것을 의미하였다.

• 돌봄기간

암 발병 후 처음 돌봄 기간부터 현재까지의 기간을 개월수로 측정하였다.

● 부담감

외국에서 개발된 여러 부담감 측정도구를 참고하여 Jang (1995)이 번역, 수정·보완한 도구를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 부담감을 시간의존적, 발달적, 신체적, 사회적, 정서적, 재정적 부담감 등 6가지 하부영역으로 구분하여 ‘전혀 그렇지 않다’를 1점, ‘매우 그렇다’를 5점으로 측정하는 5점 척도로

총 29문항으로 이루어졌으며 점수가 높을수록 부담감이 큰 것을 의미하였다. 본 연구에서의 전체 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .932였으며, 하부영역의 신뢰도 Cronbach's alpha는 .753 ~ .908이었다

자료수집 절차

본 연구의 자료수집은 2004년 8월부터 2005년 1월 까지 약 6개월 간 진행되었다. 자료수집 전 병원 간호부의 허락을 받은 후 해당병동 수간호사와 외래간호사의 협조를 얻어 입원 또는 외래치료 중인 암환자와 가족간호자 각 124명을 대상으로 연구목적을 설명하고, 자발적으로 참여를 허락하여 자료수집에 동의한 경우 구조화된 질문지를 이용하여 직접 면담을 실시하는 방법으로 수집하였다. 자료수집시간 오차를 줄이고 자료의 신빙성 확보를 위해 해당 병원 간호사이면서 석사학위가 있는 연구보조원 1명이 자료를 수집하였다. 입원환자인 경우에는 병동을 방문하여 대상자 선정기준에 적합한 환자의 명단을 확보하고 환자와 가족간호자가 함께 있는 시간에 대상자를 방문하여 연구 참여에 동의를 구한 후, 면담을 통하여 자료를 수집하였다. 외래환자는 외래에 내원한 환자 중 대상자 선정기준에 적합하고 가족간호자를 동반한 경우 연구참여에 동의를 구한 후 자료를 수집하였다. 대상자가 원할 경우 환자용 설문지는 환자가, 가족용 설문지는 가족이 직접 기입하게 하였으며 직접 기입이 어려운 경우 연구보조원이 질문지 내용을 읽어주고 응답을 받아 대신 기록하였다. 또한 환자 및 가족용 질문지 작성일을 기준하여 연구보조원이 환자의 의무기록을 열람하여 환자의 임상학적 자료를 수집하였다. 의무기록의 열람은 환자 및 담당의사의 사전 허락을 받고 그 병원에 근무하는 간호사인 연구보조원에 의해 이루어졌다.

자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS PC (ver 15.0)을 이용하여 분석하였다. 암환자와 가족간호자의 일반적 특성은 서술통계, 암환자와 가족간호자의 일반적 특성에 따른 가족기능 차이는 One-way ANOVA, t-test, 변수간의 상관성은 Pearson's correlation 분석을 이용하였고, 가족기능에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하기 위해 multiple stepwise regression을 이용하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 암환자-가족간호자 124쌍의 일반적 특성

은 다음과 같다. 암환자의 연령범위는 18-78세로 평균 52.68 (13.16)세 였으며, 가족간호자는 17-75세 범위로 평균 43.64 (13.77)세 였다. 암환자는 남성 72명(58.1%), 여성 52명(41.9%)으로 남성이 많은데 비해, 가족간호자는 남성 39명(31.5%), 여성 85명(68.5%)으로 여성이 더 많았다. 교육정도의 경우, 암환자는 고등학교 졸업 39명(31.5%), 초등학교 졸업 36명(29.0%), 중학교 졸업 20명(16.1%), 전문대학 이상 졸업 19명(15.3%), 무학이 10명(8.1%) 순이었으며, 가족간호자는 전문대학교 이상 졸업 43명(34.7%), 고등학교 졸업 38명(30.6%), 초등학교 졸업(16.9%), 중학교 졸업 15명(12.1%), 무학 7명(5.6%) 순으로 조사되었다. 경제상태는 ‘중(보통)’으로 지각하고 있는 대상자가 가장 많았는데 암환자의 53.2%(66명), 가족간호자의 59.7%(74명)이 ‘중(보통)’으로 지각하는 것으로 파악되었다. 현재 암환자 81명(65.3%), 가족간호자 64명(51.6%)이 직업이 없는 것으로 조사되었으며, 암환자 77명(62.1%)과 가족간호자 85명(68.5%)이 종교를 가진 것으로 나타났다. 결혼상태의 경우, 암환자는 기혼 100명(80.6%), 사별 11명(8.9%), 미혼 10명(8.1%), 이혼 3명(2.4%) 순이었으며, 가족간호자는 기혼 98명(79.0%), 미혼 25명(20.2%), 이혼 1명(.8%) 순으로 조사되었다. 암환자의 진단명은 림프종이 34명(27.4%)으로 가장 많았고, 위암 21명(16.9%), 폐암 17명(13.7%), 유방암 15명(12.1%), 다발성 골수종 12명(9.7%), 결장암 6명(4.8%) 순이었으며, 이외에 방광암, 전립선암, 후두암, 갑상선암 등이 19명(15.3%)으로 조사되었다. 한편 암환자의 질병 단계는 치료가 65명(52.4%), 말기 51명(41.1%), 진단기 8명(6.5%) 순으로 나타났

다. 암환자와 가족간호자의 관계는 가족간호자가 암환자의 배우자인 경우가 57명(46.0%)으로 가장 많은 것으로 조사되었으며, 자녀 45명(36.3%), 부모 11명(8.9%), 형제/자매 11명(8.9%) 순으로 나타났고, 가족간호자 중 61명(49.2%)이 환자와 동거하는 것으로 조사되었다(Table 2).

스트레스유발 요인(통증강도, 일상생활 방해도, 활동도), 상황적 요인(관계의 질, 돌봄기간), 부담감 및 가족기능 정도

본 연구에서 스트레스 유발요인으로 고려한 암환자에서 통증강도는 한국판 단순통증척도(Brief Pain Inventory: BPI-K) (Yun, Mendoza et al., 2004)을 이용하여 측정하였다. ‘가장 심한 통증’의 경우 0-10점 범위에서 평균 5.18(2.98)점이었으며, ‘가장 약한 통증’은 평균 1.35(1.94)점 인 반면, ‘평균 통증’의 경우 평균 3.02(2.29)점 이었고 ‘바로 지금 통증’은 평균 2.41(2.66)점 이었다. 통증으로 인한 일상생활 방해도는 한국판 단순통증척도(Brief Pain Inventory: BPI-K)(Yun, Mendoza et al., 2004) 중 통증이 일상활동, 기분, 걷기 대인관계 및 수면을 방해하는 정도를 측정한 결과 0~50점의 점수범위에서 평균 19.61(14.78)점 이었다. 각 영역별 통증으로 인한 방해정도는 기분 5.06(3.39)점, 일상활동 4.26(3.72)점, 걷기 3.75(3.79)점, 대인관계 3.31(3.44)점, 수면 3.24(3.30)점 순으로 나타났다. ECOG-PS로 측정한 암환자의 활동도는 평균 1.36(.98)점으로 활동도가 좋은 상태(0-2점)로 판정되었다. 암환자와 가족간호

Table 1. Mean Scores for Stressors, Situational Variables, Caregiver Burden and Family Functioning (N=124)

Variables		Mean (SD)	Range
Stressors	Patient's pain intensity	Worst pain	5.18(2.98)
		Least pain	1.35(1.94)
		Average pain	3.02(2.29)
		Pain right now	2.41(2.66)
	Pain interference in Activities of Daily Living (ADL)	General work	4.26(3.72)
		Mood	5.06(3.39)
		Walking	3.75(3.79)
		Relationships	3.31(3.44)
		Sleeping	3.24(3.30)
		Subtotal	19.61(14.78)
	Performance status (ECOG-PS)	1.36(.98)	0- 4
Situational variables	Quality of relation	3.82(.78)	1- 5
	Duration as a caregiver	17.38(27.63)	.50-180.0
Perceived stress response	Caregiver burden	75.06(22.63)	29-143
Family functioning	Affective bonding	21.98(3.59)	10- 28
	Role and responsibility	12.07(2.09)	6- 16
	Family norm	12.17(3.44)	4- 42
	Communication	9.13(1.49)	5- 12
	Financial resource	2.12(.83)	1- 4
	External relationship	11.27(2.59)	4- 16
	Subtotal	68.73(9.18)	48- 92

자의 관계의 질은 1-5점 범위에서 평균 3.82(.78)점으로 보통 이상의 좋은 관계임을 알 수 있었으며, 가족간호자의 평균 돌봄기간은 5개월-180개월의 범위에서 평균 17.38(27.63)개월 이었다. 가족간호자의 가족기능은 48-102점의 점수범위에서 평균 68.73(9.18)점 이었으며, 6가지 세부영역별 점수는 Table 1 과 같았다.

각된 경제상태, 현재 직업유무, 결혼상태 등에 따른 가족기능은 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 종교($t=3.044, p=.003$)에 따른 가족기능의 차이는 통계적으로 유의하였다. 암환자의 질병종류, 질병의 단계 및 암환자와 가족간호자의 관계유형, 동거여부에 따른 가족기능의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다(Table 2).

대상자의 일반적 특성에 따른 가족기능

암환자의 성별, 교육정도, 지각된 경제상태, 현재의 직업유무, 결혼상태 등에 따른 가족기능은 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 종교($t=2.446, p=.016$)에 따른 가족기능의 차이는 통계적으로 유의하였다. 가족간호자에서도 성별, 교육정도, 지

스트레스 유발요인, 상황적요인, 부담감 및 가족기능 간의 관계

가족기능은 암환자의 활동도($r=-.264, p=.003$), 부담감($r=-.262, p=.003$)과는 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 보였으며, 암환자와 가족간호자의 관계의 질($r=.422, p=.000$)과는

Table 2. Family Functioning according to General Characteristics (N=124 dyad)

Variables	Categories	Patient				Family caregiver			
		n (%)	M (SD)	t or F	p	n (%)	M (SD)	t or F	p
Gender	Male	72(58.1)	67.78(9.29)	-1.377	.171	39(31.5)	69.33(9.63)	.479	.634
	Female	52(41.9)	70.06(8.95)			85(68.5)	68.46(9.02)		
Education level	No formal education	10(8.1)	68.20(9.64)	2.426	.052	7(5.6)	71.14(8.61)	.894	.470
	Elementary school	36(29.0)	66.89(8.53)			21(16.9)	69.57(8.80)		
	Middle school	20(16.1)	73.20(10.29)			15(12.1)	71.80(8.83)		
	High school	39(31.5)	66.97(7.61)			38(30.6)	67.13(9.16)		
	≥College	19(15.3)	71.42(10.52)			43(34.7)	68.28(9.61)		
Perceived economic status	High (above average)	3(2.4)	68.33(4.04)	.105	.900	4(3.2)	67.00(8.52)	.074	.929
	Middle (average)	66(53.2)	69.09(8.10)			74(59.7)	68.76(7.86)		
	Low (below average)	55(44.4)	68.33(10.59)			46(37.1)	68.85(11.19)		
Current occupation	Employed	30(24.2)	67.13(8.20)	.850	.430	49(39.5)	67.39(8.37)	1.420	.246
	Unemployed	81(65.3)	68.98(9.46)			64(51.6)	69.16(9.91)		
	Leave of absence	13(10.5)	71(9.69)			11(8.9)	72.28(7.68)		
Religion	Believers	77(62.1)	70.25(9.31)	2.446	.016	85(68.5)	70.25(9.54)	3.044	.003
	None	47(37.9)	66.26(8.49)			39(31.5)	65.44(7.46)		
Marital status	Married	100(80.6)	69.38(9.61)	.766	.549	98(79.0)	69.04(9.10)	.273	.762
	Single	10(8.1)	67.60(7.50)			25(20.2)	67.64(9.78)		
	Widowed	11(8.9)	64.82(6.59)			1(.8)	66.00(0)		
	Divorced	3(2.4)	66.00(5.66)			0(0)			
Disease	Lymphoma	34(27.4)	67.88(8.39)	.278	.946				
	Stomach ca	21(16.9)	69.71(9.40)						
	Lung ca	17(13.7)	69.59(9.44)						
	Breast ca	15(12.1)	69.87(12.81)						
	Multiple myeloma	12(9.7)	66.58(8.70)						
	Colon ca	6(4.8)	70.17(7.94)						
	Others	19(15.3)	68.42(8.39)						
Stage of disease	Diagnostic stage	8(6.5)	73.38(9.81)	1.914	.152				
	Active treatment stage	65(52.4)	67.46(8.52)						
	Terminal stage	51(41.1)	69.63(9.73)						
Relationship between patients and family caregivers	Relationship with patient		Spouse	57(46.0)	69.49(9.78)	.513	.674		
			Parents	11(8.9)	70.36(9.22)				
			Child	45(36.3)	67.76(8.88)				
			Sister / Brother	11(8.9)	67.19(7.53)				
	Living with patient		Yes	61(49.2)	69.02(8.96)	.336	.737		
			No	63(50.8)	68.46(9.46)				

Table 3. Relationships among Stressors, Situational Variables, Caregiver Burden and Family Functioning

Variables	Family functioning r (p)		
Stressors	Patient's pain intensity	The worst pain	-.058(.524)
		The least pain	-.167(.064)
		Average pain	-.122(.178)
		Right now pain	-.155(.085)
	Pain interference in ADL		-.149(.098)
Situational variables	Performance status (ECOG-PS)		-.264(.003)
	Quality of relationship		.422(.000)
	Duration as a caregiver		-.027(.767)
	Caregiver burden		-.262(.003)
Perceived stress response			

Table 4. Stepwise Multiple Regression Analysis Predicting Family Functioning

Variables	B	SE	β	t	p	Cum. R ² *	F (p)
Quality of relationship	.207	.041	.403	5.029	.000	.218	26.454(.000)
Performance status	-.093	.033	-.230	-2.869	.005	.254	18.128(.000)

*Cum. R² = Cumulative R²

통계적으로 유의한 정적 상관관계가 나타났다. 반면 지난 24 시간 동안의 ‘가장 심한 통증’, ‘가장 약한 통증’, ‘평균통증’, ‘바로 지금 통증’ 강도 및 통증으로 인한 일상생활 방해도와는 통계적으로 유의한 관계가 나타나지 않았다(Table 3).

가족기능 영향요인

암환자 가족기능에 영향을 미치는 주요요인을 확인하기 위해 단계적 다중 회귀분석을 실시한 결과, 가장 큰 영향을 미친 요인은 암환자와 가족간호자의 관계의 질로 전체의 21.8%를 설명하는 것으로 나타났다. 다음으로는 암환자의 활동도 순으로 영향을 미치는 것으로 나타났는데 이들 2개 변수의 총 설명력은 25.4%였다(Table 4).

논 의

본 연구에서 가족기능은 48-92점의 점수범위에서 68.73점으로 보통 이상의 좋은 기능상태로 나타남으로써 암환자 가족기능을 Family APGAR로 측정된 Park과 Hyun (2000)의 연구에서 가족기능이 중간 이하로 나타난 결과와는 차이가 있었다. 그러나 암환자에서 가족기능수행을 가족 일관성, 강인성 및 자원으로 평가한 Han 등(2006)의 연구와 McMaster Family Assessment Device를 이용하여 가족기능을 측정된 Han (2003)의 연구에서는 중간 수준보다 높은 가족기능 점수를 보고함으로써 가족기능 측정 개념과 측정 도구에 따라 결과가 상이하게 나올 수 있음을 알 수 있었다. 본 연구에서는 가족기능 측정에 우리나라에서 만성질환자를 대상으로 개발되어 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 가족 기능을 측정하는 데(Yu & Park,

2006) 이용되는 등 만성질환자 가족을 대상으로 타당도와 신뢰도가 검증된 도구를 이용하였다. 본 도구는 우리나라 가족의 사회문화적 특성을 비교적 잘 반영하고 암환자 발생이라는 가족 위기 발생 후 이를 가족 전체의 문제로 인식하고 대응하는 가족특성을 잘 반영하는 도구로 본 연구의 목적에 부합되어 가족기능을 적절히 측정된 것으로 판단된다. 또한 본 연구에서 가족기능이 보통 수준 이상의 좋은 기능 상태로 나타난 것은 만성질환의 경우 가족에게 꼭 부정적으로만 작용하는 것이 아니고, 환자를 돌볼 때 사랑과 헌신으로 돌보며 이로 인해 환자와의 사이에 친밀감이 생기고, 가족에 대한 의무를 다했다는 안도감, 자신의 삶이 충만해지는 느낌을 갖는 등 가족 개인의 삶이 성숙되는 긍정적인 결과로(Stajduhar, 2003) 가족 결속력이나 가족 적응력이 증진된 것으로 사료된다. 특히 우리나라와 같이 암환자 관리를 위한 가장 중요한 지지체계가 가족이며, 암환자 관리의 주된 책임이 가족에 있고, 가족 돌봄에 대한 도덕적 규범이 강한 사회에서는 암환자를 돌보는 일 자체에 대한 부담감과 더불어 돌봄 만족을 느낄 가능성이 크며(Son, Wykle, & Zauszniewski, 2003; Han et al., 2006), 이와 같이 환자를 돌봄으로 인한 긍정적 측면의 경험이 가족기능을 증진시키는데 영향을 미칠 수 있었다고 생각된다. 또한 특정가족원이 환자를 돌보는 것을 당연시하는 가족문화의 특성은 가족간호자의 부담감에도 영향을 미쳐 본 연구에서 가족간호자의 부담감은 75.06점으로 중등도 정도로 상대적으로 낮게 나타났다. 본 연구에서 부담감은 가족기능과 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 가족기능에 대한 회귀분석에서는 유의한 설명변수로 포함되지 않았다. 이는 회귀분석의 특성상 다른 독립변수를 서로 통제된 상태에서 각 독립변수가 종속변수에 미치는 순수한 연관성을 보여주는 것

으로 본 연구에서는 실제 암환자와 가족간호자의 관계의 질과 활동도를 통제한 경우에는 부담감이 가족기능에 영향을 미치는 변수가 되지 않는 것으로 설명될 수 있다. 즉, 부담감은 암환자와 가족간호자의 관계의 질과 암환자의 활동도를 매개로 하여 가족기능에 영향을 미치는 것으로 고려할 수 있다. 또한 적극적 치료기와 말기 환자 및 입원환자와 외래환자 등 연구대상자의 질병상태, 질병경과 및 치료방법 등에 따라 가족간호자에게 요구되는 돌봄의 업무와 양이 달라질 수 있으므로 이들 특성에 따른 부담감 정도를 확인함으로써 부담감과 가족기능간의 관계를 재확인하는 추후 연구가 필요할 것으로 사료된다.

암환자가 호소하는 통증강도 및 통증으로 인한 일상생활 방해는 가족기능과 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났으나, 스트레스 유발요인 중 암환자의 활동도는 가족기능과 유의한 상관관계가 나타났다. 암환자들이 경험하는 증상 중 가장 흔하고 고통스러운 증상이 통증이며(Kwon et al., 2006), 암환자의 통증은 가족들에게 부정적 영향을 미치는 대표적인 증상으로 통증이 있는 암환자를 돌보는 가족이 통증이 없는 환자를 돌보는 가족에 비해 긴장이 높고 우울하다고(Stajduhar, 2003) 보고되고 있다. 그런데 우리나라의 경우 암환자의 가족들은 환자를 돌보는 것을 의무로 여기며, 국내 암 생존율이 매년 지속적으로 증가하고 있음에도 많은 경우 암을 진단 시부터 불치병으로 인식하여 환자에게는 암 진단 및 진행시기를 통고하지 않은 채 가족들만 알고 있는 경우가 많이(Yun, Lee et al., 2004) 환자의 통증을 더 고통스럽게 지각하고 있을 가능성이 있다. 따라서 우리나라에서는 암환자가 호소하는 통증 및 통증으로 인해 먹고, 자고, 관계를 맺는 등 일상생활을 제한하거나 방해받는 것은 가족이 환자를 돌보아야 하는 상황을 유발하는 스트레스 요인이 되어 긴장상태를 유발할 수는 있지만 이와 같은 요인들이 가족기능에 영향을 미치지 않은 것으로 추론할 수 있다. 그런데 암환자의 ECOG에 의한 활동도는 가족기능과 유의한 부적 상관관계가 나타나 환자가 독립적으로 활동할수록 가족기능 점수가 높아지는 것을 알 수 있었다. 즉, 환자의 활동도가 낮아 독립적인 생활을 유지하기 어려울수록 가족간호자에 대한 의존도가 높아지고, 돌봄요구가 증가하면 부담감이 가중되어 가족 내 역할갈등이나 긴장이 고조되어 가족기능에 부정적인 영향을 미칠 것으로 생각된다. 또한 간호중재전략에서 정보제공은 불안 및 가족만족도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되어있다(Cho & Jun, 2007). 이에 암환자를 돌보는 가족의 가족기능을 개선하기 위한 간호중재에 암환자의 일상생활활동을 포함한 신체기능상태를 증진시켜 자기관리 능력을 함양할 수 있도록 통증간호를 포함한 증상관리, 일상생활동작 훈련 등과 관련된 정보제공과 재훈련이 포함되어야 한다고 생각한다. 또한 통

증은 여러 선행연구들(Grov et al., 2006; Ham, 2004)에서 비교적 일관되게 암환자 가족의 부담감 및 간호요구와 유의한 관계를 갖는 것으로 규명되고, 통증이나 통증으로 인한 일상생활 방해정도는 매우 주관적일 수 있으므로 추후연구에서는 암환자와 가족간호자가 지각하는 통증강도 등을 동시에 측정하여 그 차이를 확인하고, 그 차이가 가족기능에 미치는 영향을 규명하는 연구가 필요하다.

암환자 가족의 돌봄에 대한 가족들의 결정과 책임은 과거의 관계의 질에 좌우되며, 환자와 가족간호자의 관계의 질이 나쁠수록 부담감이 높아지며(Park & Hyun, 2000; Yu, Kim, Lee, & Park, 2004) 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 가족기능에 관한 연구(Yu & Park, 2006)에서 관계의 질은 가족기능을 가장 잘 설명하는 변수로 보고되었다. 본 연구에서도 암환자와 가족간호자의 관계의 질은 가족기능과 유의한 정적 상관관계가 나타났을 뿐 아니라 가족기능을 가장 잘 설명하는 변수로 나타났는데 이는 환자와 가족간호자와의 친밀도가 떨어질수록 가족기능이 낮게 나타난 선행연구(Park & Hyun, 2000)와 일맥상통한 결과였다. 그러므로 환자와 가족간호자가 좋은 관계를 유지하도록 하기 위해 간호중재에 의사소통전략, 상담요법, 휴지기 간호 등을 포함하여 개발하는 것이 가족기능을 증진하는데 도움이 될 것이다. 또한 가족원이 암환자 간호의 주요한 돌봄을 감당하고 있는 우리나라 간호실무 환경에서 지속적으로 가족간호자와 환자와의 관계의 질을 확인하는데 관심을 기울이고, 환자와 가족간호자의 관계의 질 향상을 기대하기 어려운 경우에는 적절한 다른 가족 또는 사회적 자원과의 연계를 권유하는 것도 고려하여 돌봄의 질을 조정하고 가족간호자의 부담감을 감소시켜야 할 것이다.

암환자 가족이 경험하는 스트레스와 대처양상은 질병의 진행과정에 따라 다양한 반응을 보이며(Shin & Kim, 2002), 돌봄기간에 따라 가족 기능에 차이가 있을 수 있으므로 암환자의 질병 발병 후 기간과 가족간호자의 돌봄기간은 연구결과의 일반화 및 해석에 중요한 영향을 미친다고 생각한다. 본 연구에서는 돌봄기간과 가족기능 간에 유의한 상관관계가 나타나지 않았는데 본 연구 대상자의 52.4%가 적극적 치료기에 있어 질병과 치료에 따른 부작용으로 환자의 신체적 의존성과 비활동성으로 환자를 돌보는 부담감이 있으나, 암 치료, 증상완화, 및 기능회복에 관심과 희망이 기울어져 돌봄기간과 가족기능과의 관계를 확인하기에는 제한적인 것으로 사료된다. 특히 암은 시기에 따라 가족이 경험하는 어려움에 차이가 있고, 이에 따른 대처전략도 변화할 수 있으며, 이와 같은 적응과정의 변화가 가족기능의 변화를 초래할 수 있다고 생각되므로 암환자의 질병진행단계와 돌봄기간을 추적하는 연구가 필요하다.

본 연구에서 암환자와 가족간호자의 일반적 특성 중 종교

유무에 의해서만 가족기능에 유의한 차이가 있었으며, 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 가족기능이 좋았다. 이는 종교적 믿음은 암환자와 여성 가족간호자가 지각하는 힘의 근원이었고 가족돌봄의 경험을 긍정적으로 평가하는데 중요한 요인이었다는 연구결과(Mehrotra & Sukumar, 2007)와 유사한 결과로 가족기능에 영향을 미치는 중요한 요소인 종교를 포함한 대상자의 영적 요구에 대한 적절한 간호중재의 개발이 필요함을 알 수 있다.

본 연구의 이론적 기틀에서 제시한 암환자를 돌보는 가족간호자의 가족기능 영향요인들의 가족기능 설명력은 25.4%로 상대적으로 낮게 나타났다. 그러므로 추후 연구에서는 우선적으로 암환자를 돌보는 가족의 가족기능 영향요인을 보다 포괄적으로 확인하여 본 연구에서 제시한 개념적 기틀을 확인하는 반복 연구가 필요하다고 생각한다. 또한 암환자 간호에서 가족간호자가 경험하는 돌봄만족도 등과 같은 긍정적인 돌봄 경험 등에 연구가 필요하며, 이들 변수와 가족기능간의 관계를 확인함으로써 가족기능에 대한 설명력을 높이는 연구가 필요하다.

결론 및 제언

본 연구는 암으로 진단받아 입원치료 및 외래치료를 받고 있는 환자와 가족간호자를 대상으로 가족기능 정도 및 영향요인을 확인하기 위한 서술적 상관관계연구로 수행되었다.

2004년 8월부터 2005년 1월까지 서울에 소재한 1개 암 전문병원에서 담당의사로부터 암 판정을 받고 입원 또는 외래치료 중인 암환자와 그 환자의 가족간호자 각 124명을 대상으로 연구의 목적을 설명하고 참여를 자발적으로 허락한 경우에 한하여 연구보조원이 구조화된 질문지를 이용하여 직접 면담과 의무기록지 검토를 통해 자료를 수집하였다. 암환자를 돌보는 가족간호자의 가족기능은 Lee 등(2002)에 의해 개발된 도구로 측정하였으며, Hause와 George (George, 1980)의 가족간호자 스트레스-대처 모형에 근거하여 가족기능 영향요인을 가정하였다. 암환자의 통증 및 통증으로 인한 일상생활방해 정도는 BPI-K로, 활동도는 ECOG-PS로 측정하였고, 암환자와 가족간호자의 관계의 질은 본 연구자가 개발한 도구로, 암 발병 후 돌봄기간 등을 개월 단위로 측정하였으며, 부담감은 Jang (1995)이 수정, 보완한 도구로 측정하였다. 수집된 자료는 Window SPSS (ver 15.0)을 이용하여 Pearson's correlation, stepwise multiple regression 등으로 분석하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

- 암환자를 돌보는 가족간호자의 가족기능 평균은 68.73점 이었다.
- 가족기능은 암환자와 가족간호자의 나이, 성별, 교육수준,

현재 직업유무, 결혼상태 및 암환자의 질병종류, 진단단계, 암환자와 가족간호자의 관계유형, 동거여부 등에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 암환자와 가족간호자의 종교 유무에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 가족기능이 좋은 것으로 조사되었다. 또한 가족기능은 암환자의 활동도 및 가족간호자의 부담감과는 유의한 부적 상관관계가 있었으며, 암환자와 가족간호자의 관계의 질과는 유의한 정적 상관관계가 나타났다.

- 암환자를 돌보는 가족간호자의 가족기능에 영향을 미치는 요인들은 암환자와 가족간호자와의 관계의 질과 암환자의 활동도로서 가족기능을 25.4% 설명하였으며, 이들 중 가족기능을 가장 잘 설명하는 요인은 암환자와 가족간호자의 관계의 질이었다.

이상의 결과를 바탕으로 다음을 제언한다.

- 본 연구에서 검증된 암환자를 돌보는 가족간호자가 인지하는 가족기능에 영향을 미치는 요인들이 포함되는 가설적 모형을 구축하여 모형의 적합도를 검증하는 연구가 필요하다.
- 암환자의 질병단계, 치료유형 등의 특성을 고려하여 가족기능을 파악하는 연구가 필요하다.
- 암환자의 가족기능을 증진시키는 간호중재에 본 연구에서 밝혀진 가족기능에 영향을 미치는 요인들이 포함되도록 개발하고, 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

References

Cho, K. J., & Jun, M. E. (2007). Effects of an information protocol on anxiety and nursing satisfaction for family caregivers of cerebrovascular accident patients in the ICU. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 14(1), 53-61.

Ferrell, B. R., Grant, M. M., Funk, B. M., Otis-Green, S. A., & Garcia, N. J. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. *Oncol Nurs Forum*, 25(5), 887-895.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

George, L. (1980). *Role transitions in later life*. Monterey, CA: Brooks /Cole.

Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., et al. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum*, 31(6), 1105-1117.

Grov, E. K., Fosså, S. D., Sorebo, O., & Dahl, A. V. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Soc Sci Med*, 63(9), 2429-2439.

Ham, D. O. (2004). *A study family functions and nursing needs in cancer patient families*. Unpublished master's

- thesis. Chung-Ang University, Seoul.
- Han, K. S., Khim, S. Y., Lee, S. J., Park, E. S., Park, Y. J., Kim, J. H., et al. (2006). Family functioning and quality of life of the family care-giver in cancer patients. *J Korean Acad Nurs*, 36(6), 983-991.
- Han, S. J. (2003). A study on the family functioning in the family with the cancer patient. *J Korean Oncol Nurs*, 3(2), 155-163.
- Jang, I. S. (1995). *A study of the family caregiver's burden for the elderly with chronic disease in a rural area*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Korea National Statistical Office (2007). *2006 annual report on the cause of death statistics*. Retrieved Feb 10, 2008, from www.nso.go.kr
- Kwon, Y. C., Yun, Y. H., Lee, K. H., Son, K. Y., Park, S. M., Chang, Y. J., et al. (2006). Symptoms in the lives of terminal cancer patients: Which is the most important?. *Oncology*, 71(1-2), 69-76.
- Lee, E. O., Kim, H. S., Park, Y. S., Song, M. S., Lee, I. S., & Park, Y. H. (1999). Model development of change of family functioning with chronic illness. *J Korean Acad Nurs*, 29(3), 467-484.
- Lee, I. S., Park, Y. S., Song, M. S., Lee, E. O., Kim, H. S., Park, Y. H., et al. (2002). A study on the development of the Korean family functioning scale. *J Korean Acad Nurs*, 32(3), 395-405.
- Mehrotra, S., & Sukumar, P. (2007). Sources of strength perceived by females caring for relatives diagnosed with cancer: An exploratory study from India. *Support Care Cancer*, 15(12), 1357-1366.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J., & Van den bos, G. A. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psychooncology*, 7(1), 3-13.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., et al. (1982). Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *Am J Clin Oncol*, 5(6), 649-655.
- Park, Y. H., & Hyun, H. J. (2000). Caregiver burden and family functioning of cancer patient. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(3), 384-395.
- Shapiro, J., Perez, M., & Warden, M. J. (1998). The importance of family functioning to caregiver adaptation in mothers of child cancer patients: Testing a social ecological model. *J Pediatr Oncol Nurs*, 15(1), 47-54.
- Shin, G. Y., & Kim, M. J. (2002). Factors influencing stress appraisal of cancer patients' primary caregivers. *J Korean Acad Adult Nurs*, 14(1), 125-134.
- Son, G. R., Wykle, M. L., & Zauszniewski, J. A. (2003). Korean adult child caregivers of older adults with dementia: Predictors of burden and satisfaction. *J Gerontol Nurs*, 29(1), 19-28.
- Stajduhar, K. I. (2003). Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care*, 19(1), 27-35.
- Yu, S. J., & Park, Y. H. (2006). Influencing factors on family functioning of caregivers in families with stroke patients. *J Korean Acad Adult Nurs*, 18(3), 457-467.
- Yu, S. J., Kim, S. M., Lee, Y. J., & Park, Y. H. (2004). Factors influencing burden in primary caregivers of elderly stroke patients in oriental medicine hospital. *J Korean Gerontol Nurs*, 6(1), 7-18.
- Yun, Y. H., Lee, C. G., Kim, S. Y., Lee, S. W., Heo, D. S., Kim, J. S., et al. (2004). The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol*, 22(2), 307-314.
- Yun, Y. H., Mendoza, T. R., Heo, D. S., Yoo, T., Heo, B. Y., Park, H. A., et al. (2004). Development of a cancer pain assessment tool in Korea: A validation study of a Korean version of the brief pain inventory. *Oncology*, 66(6), 439-44.

Factors Influencing Family Functioning in Family Caregivers of Patients with Cancer

Kim, Hyun Sook¹⁾ · Yu, Su Jeong²⁾

1) Associate Professor, Department of Elderly Health and Welfare, Chungju National University

2) Associate Professor, Department of Nursing, Sangji University

Purpose: The purpose of this study was to identify the factors related to the functioning of family caregivers of patients with cancer. **Method:** Data were collected by questionnaires from 124 patient-family caregiver dyads at a hospital in Seoul. Data collection was done between August, 2004 and January, 2005. Data were analyzed using Pearson correlation coefficients and stepwise multiple regression. **Results:** The mean score for family functioning was 68.73. Family functioning showed a significant negative correlation with burden of family caregiver and

performance status of patients with cancer, and a significant positive correlation with previous relationship between the patient with cancer and caregiver. The most powerful predictor of family functioning was the relationship between the patient and caregiver. The relationship between the patient with cancer and caregiver, and performance status of the patient accounted for 25.4% of the variance of family functioning. **Conclusion:** The results showed that the relationship between patients with cancer and caregivers and performance status of patients with cancer were significant factors influencing family functioning in family caregiver of patients with cancer.

Key words : Cancer, Family health, Family relations

• Address reprint requests to : Yu, Su Jeong

Department of Nursing, Sangji University

660 Usan-dong, Wonju-si, Gangwon-do 220-702, Korea

Tel: 82-33-738-7622 Fax: 82-33-738-7652 E-mail: ryusj@sangji.ac.kr