

소아암 환자 가족의 회복력 모형
검증 연구

연세대학교 대학원
간호학과
심 미 경

소아암 환자 가족의 회복력 모형
검증 연구

지도 오 가 실 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2003년 12월 일

연세대학교 대학원

간호학과

심 미 경

심미경의 박사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2003년 12월 일

감사의 글

이 논문이 나오기까지 도움을 주신 많은 분들께 머리 숙여 감사를 드립니다. 논문을 쓰는 과정 동안 그래도 세상은 아직 사랑으로 가득 차 있고 제가 배워야 할 것은 학문적인 지식뿐만 아니라 세상을 향한 사랑과 그 사랑을 베풀고 겸손함이라는 것을 깨달았습니다.

부족함이 많은 제자를 오랜 세월 여기까지 이끌어주시고 논문의 연구 계획에서부터 완성에 이르기까지 예리한 통찰력으로 꼼꼼하고 세심한 지도를 해 주신 오가실 교수님께 진심으로 존경의 마음을 바칩니다. 폭넓은 이해와 과분한 격려를 해주시며 연구를 왜 해야 하는지 연구의 의미를 되새기게 해주신 조원정 교수님, 날카로운 지적으로 연구의 방향을 세워주시며 학자로서의 자세를 가르쳐 주시고 힘들고 지쳤을 때 다시 설 수 있도록 용기를 주신 유지수 교수님, 항상 저의 편임을 느끼게 해주신 예리한 지적과 배려를 아끼지 않으셨던 김희순 교수님, 암환아 지지모임과 소아암 캠프를 운영하시면서 암환아에 대한 몸소 실천하는 사랑을 보여주신 연구가 진행될 수 있게 지원해주신 유철주 교수님께 깊은 감사의 마음을 전합니다.

자료수집을 흔쾌히 허락해주신고 여러 가지를 배려해 주신 서울 아산 병원의 서종진 교수님, 따뜻함과 친절함에 감동의 마음을 느끼게 해 주신 여의도 성모병원의 정낙균 교수님, 카톨릭대 간호학과의 박호란 교수님, 불쑥 어려운 부탁이라도 선뜻 들어주고 격려하고 지지해준 대전대학의 김태임 교수님, 언제나 기꺼이 통계 상담에 응해주신 동신대학의 정영해 교수님께도 진심으로 감사 드립니다.

오랜 친구로서 크고 작은 어려움을 함께 한 경인여대 박정모 선생님, 논문 진행 과정 내내 관심을 가져주고 격려해준 전나영 선생님, 학위과정 내내 고락을 같이 했던 이영자 선생님, 항상 도움을 아끼지 않았던 아동간호학교실의 손선영 선생님께 감사의 마음을 전합니다. 1학기가 넘는 기간동안 온갖 통계방법을 다 주문해도 싫은 내색 한 번 안 하고 응해주신 최봉욱 선생님께도 감사 드립니다.

자식을 위해 모든 것을 희생하시며 그래도 딸의 결실에 가장 기뻐할, 항상 성실하고 최선을 다해 살라고 하시며 강인함과 힘을 갖도록 격려해 주시는 저의 최고의 지지자인 어머니께 이 결실을 바칩니다.

또한 짧지 않은 기간동안 아내로서의 역할을 제대로 못하는 힘든 상황에서도 묵묵히 인내로써 지켜봐 주고 격려해준 남편에게 진심으로 미안한 마음과 고마운 마음을 전합니다. 언제나 바쁘기만 하고 엄마와 함께 하는 시간이 짧아도 논문이

무사히 끝나기를 작은 손으로 기도하던 사랑스런 나의 딸들, 채지와 채범에게 항상 지키지도 못하고 미루었던 약속들을 이제 지킬 것을 약속합니다.

끝으로 기꺼이 자료수집에 응해주신 소아암 환자 부모님들께 감사드리며 어려움을 굳건히 헤쳐나가 밝은미소를 되찾기를 간절히 기도합니다. 이 작은 결실이 그들에게 조금이나마 도움이 되었으면 하는 바램과 암을 앓고 있는 모든 어린이와 가족에게 우리 모두 사랑과 관심을 가졌으면 하는 바램을 가져봅니다.

2003. 12.

심 미 경 올림

차 례

차 례	i
표 차례	iii
그림 차례	iii
부록 차례	iv
국문 요약	v
 I. 서 론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구 목적	3
C. 용어 정의	3
 II. 문헌 고찰	6
A. 소아암 환자 가족의 적응	6
B. McCubbin의 회복력모형	8
C. 소아암 환자 가족의 회복력요인	14
 III. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형	31
A. 연구의 개념적 기틀	31
B. 가설적 모형	34
C. 연구 가설	36
 IV. 연구방법	38
A. 연구설계	38
B. 연구대상자	38
C. 연구 도구	40
D. 자료수집 방법	46

E. 자료분석 방법	47
V. 연구결과	49
A. 대상자의 일반적 특성	49
B. 연구변수의 서술적 통계	52
C. 측정변수의 상관행렬	53
D. 가설적 모형의 검증	55
E. 모형의 수정	67
F. 가설검증	77
VI. 논 의	81
A. 소아암 환자 가족의 회복력 모형 검증	81
B. 연구의 의의	89
VII. 결 론	91
A. 요약 및 결론	91
B. 제언	92
참고문헌	95
부 록	108
영문요약	120

표 차 례

표 1. 측정 도구의 신뢰도	45
표 2. 대상자의 일반적 특성	50
표 3. 연구변수의 서술적 통계	52
표 4. 측정변수의 상관행렬	54
표 5. 가설적 모형의 적합지수	57
표 6. 가설적 모형의 모수추정치, T값 및 다중상관제곱값	65
표 7. 수정모형의 적합지수	69
표 8. 수정모형의 모수추정치, T값 및 다중상관제곱값	72
표 9. 수정모형의 각 예측변수의 효과계수	75

그 립 차 례

그림 1. 연구의 개념적 기틀	32
그림 2. 가설적 모형	35
그림 3. 가설적 모형의 표준화 잔차 Q-plot	63
그림 4. 가설적 모형의 경로도해	66
그림 5. 수정 모형의 표준화 잔차 Q-plot	70
그림 6. 수정모형의 경로도해	76

부 록 차 례

부록 1. 사회적지지 질문지	109
부록 2. 가족관 질문지	110
부록 3. 가족강인성 질문지	112
부록 4. 가족기능 질문지	113
부록 5. 문제해결 대처 질문지	114
부록 6. 문제해결 의사소통 질문지	115
부록 7. 가족적응 질문지	116
부록 8. 일반적 특성에 관한 질문지	117

국 문 요 약

소아암 환자 가족의 회복력 모형 검증

본 연구의 목적은 McCubbin의 회복력 모형 중 회복력 요인과 적응과의 관계를 검증하여 소아암 환자 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인을 규명하고 이들 요인간의 인과적 관계 및 효과를 파악함으로써 가족의 적응을 증진하기 위한 간호중재의 이론적 기틀로서 회복력 모형의 적용가능성을 확인하고자 함이다.

가설적 모형에서 가족의 적응을 설명하는 예측변수는 사회적지지, 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결대처, 문제해결의사소통으로 이 중 사회적지지를 외생변수로, 나머지를 내생변수로 하여 18개의 가설적 경로를 구성하였다.

가설적 모형을 실증적으로 검증하기 위해서 2003년 3월 14일부터 5월 31일까지 서울과 경기 지역에 소재한 4개 대학병원에서 자료수집을 실시하였고, 자료수집 방법은 설문지 면접조사를 통해 총 232개의 자료가 분석되었다. 연구도구는 사회적지지 척도, 가족관 척도, 가족강인성 척도, 가족APGAR 질문지, 가족문제해결대처 척도, 가족문제해결의사소통 척도, 가족원의 안녕척도를 사용하였다.

대상자의 일반적 특성과 연구변수에 대한 기술적 통계 및 변수간의 상관관계 분석은 SAS Program을 이용하였고 모형의 부합도 검증과 모수추정을 통한 가설 검증은 PC-LISREL Version 8.12 프로그램으로 분석하였다.

본 연구에서 나타난 결과는 다음과 같다.

1. 모형의 부합도 검증

가설적 모형은 전반적 부합지수에서 대체로 잘 부합되는 것으로 나타났으나 표준화 잔차가 기준치를 초과하여(-2.89~3.94) 모형의 수정이 필요함을 보여주었다. 모형의 부합도를 높이기 위해 통계적 유의성과 이론적 타당성을 고려하여 1개의 경로를 제거한 수정모형을 확정하였다. 수정모형의 부합도는 χ^2 통계량/자유도(df)=2.4, 기초부합치(GFI)=.94, 원소간 평균차이(RMR)=.06, 표준부합치(NFI)=.93, 비표준부합치(NNFI)=.94, 표준화잔차 -2.38~3.30로서 양호한 것으로 나타났다.

2. 가설검증 결과

- 1) 소아암 환자 가족의 적응은 가족강인성 ($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$)과 문제해결대처 ($\beta_{64}=.38$, $T=2.95$)에 의해 유의하게 직접적인 영향을 받았다.
- 2) 사회적지지는 적응에 직접적인 영향은 없었으나($\beta_{61}=.05$, $T=.40$) 간접효과 (효과계수=.20, $T=1.89$)의 영향으로 총효과 (효과계수=.25, $T=3.35$)가 유의하였다.
- 3) 사회적지지는 간접효과와 직접효과를 포함한 총효과면에서 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결대처, 문제해결의사소통, 가족적응의 모든 내생변수에 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다.
- 4) 가족관은 가족강인성 ($\beta_{31}=.14$, $T=3.31$)과 문제해결대처 ($\beta_{41}=.39$, $T=6.22$)에 유의한 직접적인 영향을 주는 변수로 나타났다.
- 5) 가족강인성은 가족기능($\beta_{23}=.65$, $T=2.62$), 문제해결대처 ($\beta_{43}=.45$, $T=2.72$), 가족적응($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$)에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 나타났다.
- 6) 문제해결의사소통은 가족강인성($\beta_{35}=.36$, $T=2.97$)에 직접적인 영향, 가족기능(효과계수=.27, $T=2.48$)과 문제해결대처(효과계수=.20, $T=2.53$)에는 간접적인 영향을 주는 변수로 나타났다.

결론적으로 회복력 요인 중 가족적응에 가장 큰 효과를 갖는 변수는 강인성과 사회적지지, 문제해결대처였다. 이 중 가장 큰 직접적인 영향을 주는 변수는 가족강인성이었고 그 다음이 문제해결대처였다. 사회적지지는 직접적 경로없이 간접적으로만 가족적응에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족관과 문제해결의사소통은 가족적응에 가장 큰 영향을 미치는 가족강인성과 문제해결대처를 예측하는 변수로서 가족적응을 촉진하는 프로그램 개발 시 선행변인으로 중요하게 다루어야 할 변수임이 확인되었다. 따라서 소아암 환자 가족의 적응을 증진시키기 위해서는 이런 회복력 요인을 조기 사정하여 회복력 요인에 대한 간호중재를 개발하고 적극적인 실천방안이 강구되어야 할 것이다.

주요단어: 가족, 회복력모형, 소아암환자, 가족적응

I. 서 론

A. 연구의 필요성

소아암은 1990년대에 접어들어 강력한 화학요법과 조혈모세포이식 등을 포함한 치료방법의 발달로 혈액종양과 고형종을 포함해 전체 소아암의 75-80 %가 완치되는 만성질환형태로 전환되었다(유철주, 1999 ; 홍창의 1997). 그러나 아직까지 소아암은 소아 사망의 두 번째로 흔한 원인으로 전체 소아 사망률의 10% 이상을 차지하고 있으며 1-9세 아동의 경우 각종 안전사고와 선천성기형을 제외하고 세 번째 사망원인이 되고 있다(통계청 인구분석과, 1998).

어린이가 소아암으로 진단받게 되면 가족들은 만성질환이란 생각보다는 암이란 용어 자체의 죽음과 결부되는 특성 때문에 대부분의 가족들은 도저히 자신의 자녀와 암을 연관시킬 수 없어 충격적인 정신 심리적 반응을 일으키게 된다. 소아암으로 진단받게 된 가족은 비애, 분노, 적대감, 불신, 죄책감 등의 초기 반응을 보이고 이런 위기상황에서 벗어나면 다시 우울과 불안, 무력감 등의 정서적 고통을 겪게 되고 불면, 식욕부진 등의 신체 증상을 가지게 된다(Sawyer 등, 2000). 또한 반복적인 입원, 고통스러운 검사와 항암치료·방사선 치료·수술 등의 치료 절차를 가지는 소아암의 특성으로 인해 암환자 가족은 경제적인 문제에 직면하게 되고 환아와 부모관계의 변화, 부부관계의 변화, 사회적 관계 단절로 인한 사회심리적 스트레스를 경험하는 것으로 나타나고 있다(Grootenhuis와 Last, 1997).

이와 같은 과정은 가족체계의 불균형을 초래하고 가족구조와 기능이 변화되면서 (오원옥, 박은숙, 1998; 전영신 1999) 가족분열을 유발하는 가족 부적응의 상황까지 초래될 수 있다.

그러나 높은 스트레스 상황에서도 모든 부모와 가족이 똑같이 적응의 어려움을 겪는 것은 아니며 어떤 가족은 위기를 극복하지 못하고 지속적인 부적응상태에 있게 되고 가족해체와 분열에까지 이를 수 있지만 어떤 가족들은 다양한 자원을 동원해 사용하면서 더욱 강해지고 이를 잘 극복하여 스트레스와 적응사이의 관계를 조정하고 완화하는 적응요인에 관심을 가지게 되었다.

만성질환자 가족의 적응에 영향을 미치는 요인으로는 가족기능, 대처전략, 사회

적지지, 아동의 특성 및 부모나 가족체제의 특성이 있다. 이 중 가족의 힘과 능력, 자원에 초점을 맞춘 요인을 회복력 요인(resiliency factor)이라 하며 회복력 요인은 적응요인 중 가족의 강점과 능력 및 가족의 문화적 요소를 강조한 것으로 최근 주목받고 있다.

가족 적응을 설명하는 회복력의 개념과 회복요인에 초점을 맞춘 이론으로 가족 스트레스, 조정, 적응의 회복력 모형 (The resiliency Model of Family stress, Adjustment and Adaptation)이 개발되었다(McCubbin & McCubbin, 1993). 회복력 모형에서는 가족 적응을 예측하는 회복력 인자들간의 상호작용을 강조하고 있으며 회복력 인자를 가족유형(가족강인성), 가족의 관리자원, 가족의 상황적 평가, 문제해결 및 대응전략의 4가지 변인으로 구성된 이론적 틀을 구성하였다.

McCubbin 모델은 외국에서 다양한 인종과 집단을 대상으로 경로가 분석되고 모델의 적합성이 연구되었으나 문화적 배경이 다른 한국적 상황에서도 적합한지 모델의 적합성을 다룬 연구는 소수에 불과하였다. 특히 소아암 환자의 가족을 대상으로 검증한 연구는 시도되지 않았으며 최근 이 모델에서 강조되고 있는 가족관(family schema), 문제해결 의사소통 등의 회복력 요인을 포함한 연구 역시 드문 실정이다.

회복력 요인은 문화적 배경과 민족에 따라 차이가 나며(Hawley & Dehaan, 1996) 특히 가족관은 문화적 차이가 매우 크다고 보여진다. 산업화, 도시화로 인한 현대사회의 다양한 가치 변화에도 불구하고 여전히 중요한 가치관으로 남아있는 조상에 대한 제사와 친척들과의 유대관계, 친자 중심의 가족구성이 존속되는 가계영속성; 효도를 중시하고 노부모를 부양하는 부모공경의식; 개인보다는 가족집합체에 우선권을 두는 가족 우선성의 가족주의 가치관이 우리의 문화적 특성으로 강조되고 있는 한국적 상황에서(신수진, 1998) 회복력 요인이 똑같이 적용될 수 있을지 연구할 필요성이 있다고 보여진다.

또한 회복력 모형에서 제시되는 회복력 요인에 대해 요인들간의 관계와 적응에 이르는 경로는 명확히 밝혀지지 않고 있다. 따라서 요인들간의 관계와 경로를 보다 더 잘 이해할 수 있게 모형이 검증되어야만 회복력 요인에 대한 직접적인 간호중재 방안이 개발될 수 있을 것이다.

따라서 본 연구에서는 소아암 환자 가족의 회복력 인자를 포함한 한국적 상황에서의 모형의 적합도를 검증하여 이론적 기틀에 근거한, 건강한 가족기능을 유지

하고 가족 구성원의 안녕을 증진하는 가족간호 중재 개발에 기여하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 소아암을 앓고 있는 환자의 가족을 대상으로, 가족 스트레스, 조정, 적응 과정을 설명한 McCubbin의 회복력 모형(resiliency model) 중 회복력 요인과 적응과의 관계를 검증하여 가족의 적응을 증진하기 위한 간호중재 개발의 기초 자료를 제공하는 것이다.

이를 위한 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

1. McCubbin의 회복력 모형과 국내 소아암 환자 가족의 실제자료간의 부합도 검증을 통해 소아암 환자 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인을 규명한다.
2. 적응에 영향을 미치는 변수들간의 직접효과, 간접효과, 총효과를 조사함으로써 변인들간의 상호인과적 관계양상과 그 강도를 규명한다.

C. 용어정의

1. 회복력

회복력은 개인과 가족이 스트레스상황이나 역경상황에서 보여주는 긍정적인 행동 패턴과 기능적 역량으로 가족에서는 전체로서의 가족 단위와 가족 개개인의 안녕을 지키고 가족 단위의 통합성을 유지함으로써 분열을 막고 회복하는 가족의 능력을 말한다(McCubbin & McCubbin, 1996). 본 연구에서는 McCubbin과 McCubbin(1993)에 의해 제시된 회복력 모형에 근거해 회복력요인을 사회적지지, 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결 의사소통과 문제해결대처로 본다.

사회적지지 : 돌봄이나 애정을 받고 있다는 정서적 지지, 존경을 받고 가치가 있다고 느끼게 하는 존중의 지지, 상호이해와 상호의무가 있는 망에 속한 구성

원임을 믿게 해주는 지지망을 포함하는 대인관계적 상황에서 정보를 교환하는 것으로(Cobb, 1976), 본 연구에서는 가족이 지지의 근원으로 지역사회를 보고 지역사회에 통합되어 지역사회가 정서적 지지, 존중의 지지, 망지지(network support)를 제공한다고 느끼는 정도를 McCubbin, Patterson, Glynn(1982)에 의해 개발된 사회적지지 척도(Social Support Index: SSI)로 측정한 점수로 정의한다.

가족관 : 가족 단위에 의해 형성되고 채택되어 공유하고 있는 가치, 믿음, 목표, 기대, 우선 순위 등의 일반적인 구조로, 가족 의미 발달의 중심 기능을 하며 위기 상황을 평가하고 변화를 정당화하고, 가족 기능, 문제해결과 대처 반응을 받아들이는 골격과 세계관으로 기능하는 것을 말하며(McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996) 본 연구에서는 McCubbin, Thompson, Elver와 Carpenter(1992)에 의해 개발된 가족 가치관 도구(Family Schema-Ethnic Index: FSCH-E)를 우리나라 문화권에 맞게 수정된 도구로 측정한 점수를 말한다.

가족강인성 : 스트레스 상황에 처했을 때 신체적, 심리적 긴장상태를 극복하는 내적 통제감, 삶에 대한 의미 부여, 도전성 등의 속성으로 특징지어지는 가족의 내적 힘과 내구성이다(McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996). 본 연구에서는 McCubbin, McCubbin과 Thompson(1986)에 의해 개발된 가족 강인성 척도(Family Hardiness Index: FHI)로 측정한 점수로 정의한다.

가족기능 : 가족이 스트레스 사건이나 변화에 직면했을 때 어떻게 행동할 것인가를 예측하는데 중요한 역할을 하는 가족 행동의 형태로 사회 기본 구성단위로서의 가족이 수행하는 기본적 기능을 말하며, Smilkstein(1978)이 개발한 가족아프가(Family APGAR)도구로 측정한 점수로 정의한다.

문제해결대처 : 어려운 상황이나 문제상황에서 가족들이 이용하는 행동전략 및 가족자원을 이용하고 발달시켜 스트레스 사건의 영향을 줄이거나 완화시키고 회복을 촉진하는 적극적인 과정을 말하며(McCubbin, 1979) 본 연구에서는

McCubbin, Olson, Larsen(1981)이 개발한 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales(F-COPES)로 측정한 점수를 말한다.

문제해결 의사소통 : 가족 역경과 문제가 표현되고 해결되는 의사소통의 맥락이나 환경을 창조함으로서 가족 역경이나 어려움에 반응하는 대처 방법으로 McCubbin, Thompson, McCubbin(1988)이 개발한 Family Problem Solving Communication Index(FPSC)로 측정한 점수로 정의한다.

2. 가족 적응

가족 위기 상황에서 균형과 조화를 이룩하려는 가족 노력의 산물로, 개별적인 가족원의 긍정적인 신체적, 정신적 건강; 개별적인 가족원의 발달의 촉진과 증진; 가족원의 적절한 역할 기능; 생애 주기의 과제를 달성하는 가족단위의 유지; 가족 통합성과 환경적 영향에 대한 통제감의 유지로 볼 수 있다(McCubbin, McCubbin, Kosciulek, 1993). 본 연구에서는 McCubbin과 Patterson(1983)에 의해 개발된 가족원 적응 척도(Family Member Wellbeing Index: FMWBI)로 측정된 가족 안녕 점수로 정의한다.

II. 문헌고찰

A. 소아암 환자 가족의 적응

치료기술의 발달로 소아암이 만성질환적 특성을 갖게 되었지만 다른 만성질환과는 달리 진단 단계에서 소아암은 그 자체가 가족에게 가족의 기능과 아동의 생명을 위협하는 인자로 인식된다. 생존의 위협을 벗어나게 되어서도 소아암 환자 가족은 만성질환아를 간호해야 하는 상황에서 가족의 일상적인 생활에 변화가 초래되고 부부관계나 자녀관계 등 가족관계의 변화를 가져오며 장기간의 치료에 따른 경제적 어려움과 부담감을 가지게 된다(Hentinen & Kyngaes, 1998).

치료가 끝나고 장기간 생존하고 있는 소아암 환자의 가족들도 외상 후 스트레스 증후군(Pelcovitz 등, 1996), 재발에 대한 공포, 불임에 대한 걱정, 미래에 대한 불확실성 등을 가진다고 보고되고 있다(Wallace, Reiter, Pendergrass, 1987).

이런 소아암 환자 가족의 정신적, 신체적, 사회적 문제로 인해 가족적응의 부정적 결과인 가족 해체의 양상까지 보이고 있어(Kazak, 1999) 가족적응 증진을 위한 간호중재의 필요성이 인식되면서 가족적응과 관련된 연구가 이루어졌다.

암환자 가족의 적응에 영향을 미치는 요인으로서는 가족기능, 대처전략, 사회적지지, 아동의 특성, 부모나 가족체계의 특성 등이 연구에서 확인되었다.

가족 적응에의 영향요인 중 가족기능을 살펴보면, 가족기능은 가족적응을 측정하는 결과변수로 연구되기도 하였으나 많은 연구에서 가족적응의 예측요인으로 고려되었다.

아동의 암 발병이라는 가족내의 큰 변화는 가족의 구성원에게는 역할과 책임의 재분배를 포함하여 가족기능에 중요한 변화를 초래하게 된다. 가족 기능에의 변화를 요구하는 위기 상황 속에서 가족은 질서, 조화와 균형을 회복하기 위해 기능에의 재조정을 하게 된다.

강조되는 가족기능에 따라 나누어지는 가족유형(family typology)은 가족기능의 예측할 수 있는 패턴을 말하는데 가족기능은 결속력과 적응력의 두 가지 요소에 기초해 많이 연구되었다. 가족유형 중 회복력있는 가족(resilient family)은 결속

력과 유연성을 다 갖춘 가족으로 이런 가족유형은 가족강인성, 일관성을 증진시키며 높은 결혼만족도, 가족만족도를 가진다(McCubbin, Thompson, McCubbin, 1996).

Horwitz와 Kazak(1990)은 암환아 가족은 아주 높거나 아주 낮은 적응력을 가지고 있다고 하였고 Madan-Swain등(1994)은 암환아 어머니는 질병을 가지지 않은 어머니와 비교해서 더 경직되고 융통성이 없는 적응력을 가지고 있다고 하였다. 이정희(1992)는 가족의 기능은 장애 아동 가족의 적응에 유의하게 직접적인 영향을 미쳤다고 보고하였다.

가족적응에 영향을 미치는 또 하나의 중요한 요인으로 제시되는 것은 대처전략이다. 대처는 가족을 강화하거나 유지하고, 가족원의 정서적 안정과 안녕을 유지하고, 상황을 관리하기 위해 가족과 지역사회를 자원을 얻거나 사용하고, 스트레스에 의한 가족곤경을 해결하기 위한 노력을 시도하는 전략과 행위로 정의된다(Leske & Jiricka. 1998).

대처형태의 분류는 연구마다 조금씩 차이가 있으나 문제해결 시도와 정보를 구하는 등의 적극적 대처와 거리를 두는 것, 내재화 혹은 외현화의 회피적 대처로 나누기도 하고 몰입(engagement)과 비몰입(disengagement)의 대처형태로 나누기도 하는데 몰입은 상황의 양상에 따라 문제중심 혹은 정서중심대처를 하는 적극적인 노력을 하는 것으로 문제해결추구, 인지적 재구성, 사회적지지 추구, 감정표현 등의 대처가 해당되고 비몰입은 문제회피, 소망스런 생각, 사회적 위축, 자기비판 등의 대처가 해당된다(Trask 등, 2003). 여기서 인지적 재구성이란 스트레스 상황의 의미를 덜 위협적이고 다른 각도에서 보고 보다 더 긍정적으로 만드는 생각을 의미한다. 몰입의 대처형태가 적응을 증진시키는 것으로 제시되었고 소망적 사고와 위축 혹은 정서적 대처는 문제를 다루는 적극적 시도를 제공하지 않고 우울의 형태로 스트레스의 증가와 관계가 있어 부적응적인 것으로 밝혀졌다(Trask 등, 2003).

Grootenhuis와 Last(1997)는 유머나 사회적 지지의 추구, 자아 안정성의 유지, 의학적 상황에 대한 이해와 같은 대처유형이 적응의 증진과 관계가 있었다고 하였다. Brazil과 Krueger(2002)는 사회적지지를 획득하는 전략을 포함한 대처 형태는 정신적 긴장을 감소시키고 가족의 적응을 돕는다고 하였다.

사회적지지는 위기 상황이나, 암과 같은 만성질환을 겪고 있는 개인과 가족에게 심리적 스트레스를 완충하고 적응에 영향을 미친다는 결과에 많은 학자들이 의견을 같이 하고 있다.

만성질환 중 천식 환아 가족을 대상으로 한 연구에서 사회적 지지는 가족 적응에 유의한 영향을 미치는 인자로서 특히 아동의 주 양육자인 어머니는 자존감 지지, 심리적 긴장 감소와 가족 외부의 사회적 지지를 획득하기 위한 적응 양상을 보이고 있다고 보고하고 있다(Brazil & Kreuger, 2002). 인지된 사회적지지가 높은 암환아의 부모는 치료의 전 과정에서 정서적 문제가 적게 나타났고(Hoekstra-Weebers et al., 2001) 사회적지지 중에서도 부부간의 지지가 제일 중요하나 만성 질환아를 가지고 있는 다른 부모와의 관계와 지지 및 의료진으로부터의 지지도 중요한 것으로 나타났다(Speechley & Noh, 1992). Yeh 등(1999)은 사회적지지 추구가 암환아 부모의 적응 과정의 한 단계임을 제시하고 있다.

가족의 적응에 영향을 미치는 아동의 특성으로는 치료기간, 아동의 기능적 장애 등 질병과 연관된 특성(Manne 등, 1993), 연령(Kupst 등, 1982), 성별(Manne 등, 1995), 아동의 적응에의 어려움이나 아동의 행동적 문제(Brown 등 1993)가 있다. 부모나 가족체제의 특성으로는 사회경제적 상태(Speechley & Noh, 1992; Fink, 1995), 부모의 연령(Morrow, carpenter & Hoagland, 1984), 부모의 성별(Hentinen. Kyngaes, 1998), 부모의 개별적 특성으로 통제 지향성, 낙관주의, 문제 해결 능력(Wallander & Varni, 1998) 등이 적응에 영향을 미치는 변수였다. 그 외 부부관계(Canam, 1993)나 결혼만족도(Fife, Norton, Groom, 1987)도 가족적응에의 유의한 변수로 나타났다.

B. McCubbin의 회복력 모형

90년대에 접어들어 소아암이 만성질환화되고 암을 가지고 살아가는 것이 성장의 일부분으로 인식되면서 아동과 가족이 치료단계와 장기간의 생존과정 중에 어떻게 적응하고 회복되는가에 대한 이해가 보다 중요하다는 관점으로 바뀌지게 되었다(McCubbin 등, 2002). 즉, 개인과 가족이 왜 아프고 건강하지 않게 되는가

보다 특별한 위기를 가족이 어떻게 다루는지와 건강을 유지하는가 하는 가족의 회복력 속성과 아동기암의 보다 더 긍정적인 결과에 기여하는 요인에 초점이 맞추어지게 되었다. 이런 접근법은 강점에 기초한 견지(strength-based perspectives)에서 중재를 계획하고 수행할 수 있게 한다.

회복력 중심의 접근법을 채택하는 것은 몇 가지 합리적인 이유를 가지는데 어떤 스트레스와 역경이든 그 경험 속으로 희망과 낙관주의가 주입된다는 것이며(Rutter, 1987) 또한 부적응 행동을 이해하기 위해서는 어떻게 스트레스와 역경을 성공적으로 다루어 가는지를 이해해야 한다는 데 대한 인식이다. 다시 말해 부적응과 적응 행동은 이분화된 것이 아닌 한 연속체 안에 존재한다는 것이다(Garmezy, 1991). 그러므로 부적응 행동이나 정신병리가 존재하느냐의 여부가 아니라 암의 경험을 보다 더 포괄적으로 이해하기 위해서는 회복력에 초점을 맞출 필요성이 있다고 본다.

McCubbin과 McCubbin(1993)은 질병 스트레스로 야기된 위기에 대한 가족 적응 현상을 총체적으로 접근한 가족스트레스, 조정, 적응의 회복력 모형을 개발했는데 모든 의학적 상황이 가족 위기나 가족의 행동 패턴에 있어서의 주요한 변화를 불러 일으키지는 않는다는 것을 인식하게 되면서 회복력 모형은 왜 어떤 가족은 일상적인 혹은 정상적인 행동 방식에 있어서의 상대적으로 적은 조정을 하면서 건강 상태에 더 잘 대처할 수 있는지를 설명하는 가족 종류나 유형, 강점, 역량에 초점을 맞춘 모델이다.

회복력 모형에서 회복력이란 가족체계가 가지고 있는 내외적 자원으로 이는 가족의 강인성, 가족의 관리자원, 가족의 문제해결 및 대응전략 등의 구성요소를 가지며 이들간의 상호작용을 의미한다. 즉, 가족이 가지고 있는 가족 힘, 가족이 행하는 대처행동 및 개인, 가족, 지역사회 수준에서의 사회적지지의 자원이 포함된다.

회복력 모형은 가족체계를 자원을 교환하는 망으로 조명하면서 시간 경과에 따른 가족 변화와 적응을 강조하며 가족 적응을 예측하는 변수들간의 상호작용에 초점을 모으고 적응의 과정은 조화와 균형의 만족스럽고 성장을 유발하는 수준으로의 재형성을 지향한다. 회복력 모형은 스트레스적인 상황과 위기상황에 반응해서 시간에 따른 가족 행동의 경로를 형성하고 상호작용하는 과정과 개인, 가족, 지역사회의 특성을 분리함으로써 적응의 역동적인 과정을 설명한 모델이다.

회복력 모형은 첫 단계가 조정(adjustment) 단계이고 두 번째 단계가 적응(adaptation) 단계인데, 조정 단계는 요구가 적은 상황에서 현존하는 역량을 가지고 요구에 대처하는, 적은 변화가 시도되는 비교적 안정적인 단계(pre-crisis)로 가족의 상호작용은 안정적이고 가족정체성과 세계관은 그대로이다. 이 때는 보호적 요소가 작용하게 된다.

적응 단계는 위기나 역경 하에서 새로운 자원을 획득하고 대처행동을 발달시키고 상황과 관련된 의미나 인지를 변경함으로써 형평과 균형을 회복하려고 하며 위기의 본질과 정도에 따라 가족 가치관뿐만 아니라 규칙, 역할, 가족일상 등의 가족 정체성이 변화하게 되는, 회복요인이 작용하는 단계(post-crisis)이다. 이런 보호요인과 회복요인을 합쳐서 회복력 요인이라 한다.

여기서 회복이 된다는 증거는 좋은 결과, 예를 들어 일의 성취나 좋은 사회적 인 관계 등 어떤 영역에서의 완전한 기능이 있기 전에 심각한 위험이 있었다는 것에 근거한다. 즉, 심각한 위험(significant risk)이란 첫째, 지속적이고 만성적인 노출에 의한 고위험 상태, 예를 들어 가난과 같은 역 사회적인 상태에의 노출이고 두 번째는 심한 역경 혹은 상처를 주는 사건에의 노출, 예를 들어 전쟁 같은 것이 있겠고 세 번째는 이런 고위험상태와 역경에의 노출과의 결합이다. 이런 관점에서 본다면 회복되었다고 말할 수 있는, 충분한 위험에 노출된 사람은 별로 많지 않을 수 있으며 심각한 위험에 노출되었던 사람만이 회복되었다고 말할 수 있을 것이다(Patterson, 2002).

McCubbin 모형의 가정을 보면 (1) 변화와 역경은 가족생활 주기에 있어 자연적이고 불가피한 부분이다. (2) 가족은 예측할 수 있는 혹은 예기치 않은 비정규적인 스트레스와 긴장으로부터 가족을 보호하고 회복을 촉진하기 위한 강점을 소유하고 있으며 능력을 발달시킨다. (3) 가족은 한 번에 하나의 스트레스원에 노출되지는 않으며 가족생활과 일의 모든 영역에서 요구의 축적을 관리해야 한다. (4) 가족은 특히 가족 스트레스와 위기 중에 지역사회와의 관계망으로부터 도움을 얻을 수 있다. (5) 가족은 한 그룹으로서 발전해 나갈 수 있게 하는 가족의 의미와 목적을 형성한다. (6) 커다란 스트레스와 위기에 직면한 가족은 재앙의 한가운데 있을지라도 질서, 균형, 조화를 회복시키려 한다. 그럼으로써 회복과 적응의 과정은 개인과 가족의 안녕을 재형성하기 위해 더 넓은 지역사회와의 관계 뿐 아니라 가족 관계내의 변화를 포함한다. (7) 스트레스에 있는 가족체계는 가족의 하위 체

계, 즉 가족 구성원 개인에게 지대한 영향을 미친다. (8) 가족 적응의 부정적 결말은 그 자체가 가족 단위의 파괴나 황폐화를 뜻하는 것으로 가족 하위 체계간의 관계의 질, 가족 구성원 개인의 신체 및 심리적 건강 상태를 반영한다(McCubbin & McCubbin, 1996).

회복과 적응의 경로는 유사한 것으로 볼 수도 있으나 (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000) 회복력 요인과 적응 요인과의 차이점은 이런 요인들이 기초로 하고 있는 이론(모델)에서의 관점의 차이로 설명된다. 회복력 모형에서 가족은 가족 조정 혹은 적응에 도달하기 위해 가족능력, 가족자원을 가지고 가족요구와의 균형을 이루기 위해 적극적인 과정에 몰입한다고 본다.

회복력 모형에서 전제로 하고 강조하고 있는 두 가지 관점을 보면 첫째는, 회복이 이루어지기 위해서는 유의한 위협이 있어야 한다는 것이다. 스트레스와 적응 모형에서는 스트레스란 일상적인 스트레스일 수도 있고 비정규적인 스트레스일 수도 있으나 회복력 모형에서는 회복의 증거로서 유의한 위협에 노출된 후에 어떤 영역에서의 완전한 기능(좋은 사회적 관계나 일의 성취)에 근거하므로 유의하다고 할 수 있는 위협이란 그런 위협에 노출된 대부분의 사람들이 증상을 보이거나 비기능적 행위를 하게 되는 위협을 유의한 위협이라고 말한다. 회복이란 이런 유의한 위협에의 노출, 역경이 있다는 전제 하에 역경에도 불구하고 역경을 뛰어넘는 능력의 현상이나 과정을 언급할 때 사용해야 한다는 것이다. 둘째는, 이런 위협에의 노출과 성공적인 기능 사이에 기대되지 않은 관계가 발견되면서 둘 사이의 관계를 완화하는 ‘보호적 요소’라 불리워지는 요인에 대한 관심이다. 보호적 요소에 해당되는 회복력 요인은 가족의 능력 즉 가족의 힘을 강조하고 있다. 가족이 가지고 있는 유형적 또는 사회심리적 자원과 가족이 행하는 행위 즉 대처행위를 포함하는 회복력 요인을 확인하는 데 초점을 두고 있다. 이런 관점에서 회복력 모형에서는 가족 회복력을 “위기 상황에 직면해서 변화와 적응에의 위협이 되는 것에 가족이 저항하게 돕는 가족의 특성, 영역, 속성”으로 정의하고 있다.

회복력은 또한 특성, 과정, 결과의 3측면으로 볼 수 있는데 **과정으로 보는 경우**는 개인이나 가족의 고정된 속성 혹은 결과라기 보다는 보호적인 요소와 취약 요소에 의해 영향을 받는다고 본다. Garmezy(1991)는 정서를 방해받음에도 불구하고 충분한 기능의 유지로 보며 Haase(1997)는 긍정적 결과를 얻기 위해 유연성 있게 스트레스원을 관리하는, 강점과 자원을 발달시키거나 확인해 가는 과정으로

본다. 이런 과정으로 보는 시각은 물론 특성과 결과를 포함할 수도 있는데 증진된 자아존중감이나 사회적 능력 등의 결과뿐만 아니라 인성이나 환경적 요소들의 특성을 포함한 보다 포괄적인 이해를 가능하게 한다. Patterson(1991)은 회복하는 가족과정의 9가지 측면은 1) 질병을 다른 가족 요구와 균형을 맞추는 것 - 아동의 질환에 따른 요구를 아동의 정상적인 발달 요구와 균형을 이루게 하고 아픈 아동의 요구와 다른 가족 요구의 균형을 이루게 하고 가족의 일상적인 일과 정체성에 있어서 정상화를 유지하게 하는 것 2) 명백한 가족 경계를 유지하는 것 3) 의사소통 능력을 발달시키는 것 4) 상황에 대한 긍정적인 의미를 부여하는 것. 5) 가족 유연성을 유지하는 것 6) 한 단위로서의 가족 공동 수행을 유지하는 것. 7) 적극적인 대처 노력을 하는 것. 8) 사회적 통합을 유지하는 것. 9) 전문인과의 협력관계를 발달시키는 것이라고 하였다.

개별적인 특성으로 보는 경우는 자신감, 자아존중감, 자기효능감에 대한 믿음, 문제해결 기술목록, 만족스런 대인관계 등의 사회심리적 능력으로 보고 있는데 이런 특성으로 보는 경우는 (1) 어떤 특성(traits)을 소유한 것 (2) 어떤 행동을 하는 것 (3) 어떤 유용한 자원을 가진 것을 말한다.

결과로 보는 경우는 고위험에 처한 사람이나 가족에 있어서의 좋은 결과, 스트레스 하에서도 유지되는 능력, 손상으로부터의 회복이다. 결과로 보는 관점에서 회복력은 단순히 돌아가는 것이 아니라 역경의 결과로 회복과 함께 성장, 성숙, 변화를 포함한 개념이다.

가족 회복력의 개념에 관해 가족회복력은 전체로서의 가족에 의해 공유되어지고 상호적으로 구성되어지는 것인가, 아니면 가족 개개인에 의해 보여지는 개별적인 회복력의 집합체인지 또 회복력이 있는 개인은 전체로서의 가족 단위의 회복력에 어떻게 영향을 미치고 가족 역동은 개별적인 회복력에 어떻게 영향을 미치는지 이런 질문에 대해 개인의 회복력과 가족의 회복력은 서로 연관되어 있다고 본다(Barnard, 1994). McCubbin 과 McCubbin(1993)은 개별적인 강점은 스트레스의 영향을 완화하는, 가족에 의해 사용되어지는 자원의 한 유형으로 상호 인과성의 체제의 개념으로 볼 때 가족 개개인은 전체 가족에게 영향을 미친다고 보여지므로 개별적, 가족적, 지역사회 수준의 회복력은 상호연관되어 있으며 가족 회복력 기틀에서는 이런 상호작용이 어떤 형태로 발생하는지를 고려해야 한다고 하였다. 따라서 회복력을 가족에 의해 영향을 받는 개개인의 특성으로 보는 것에서 가족

의 전체적인 질로 개념화하는 기틀을 발달시키게 되었다.

McCubbin 등(1994)이 하와이 원주민을 대상으로 회복력 모형을 검증하여 제시한 3개의 모델을 살펴보면, 첫 번째 모형은 가족관, 가족일관성, 문제해결의사소통, 지역사회 사회적지지, 가족강인성의 5가지 회복력 요인이 가족적응에 미치는 효과를 분석했다. 이 모형에서 가족적응에 대해 직접효과를 미치는 것은 문제해결의사소통 하나로 나타났다. 문제해결의사소통은 가족관과 가족일관성, 가족강인성의 직접효과를 받는 것으로 나타났다. 가족관은 가족일관성에 직접효과를 가지며 가족일관성은 가족강인성에, 가족강인성은 문제해결의사소통에 직접효과를 가지는 것으로 나타났다. 지역사회 사회적지지는 가족관과 가족강인성에 직접효과를 가지는 것으로 나타났다.

두 번째로 단일 부모 가족 모형 역시 가족관, 가족일관성, 문제해결의사소통, 지역사회 사회적지지, 가족강인성의 5가지 회복력 요인이 가족적응에 미치는 효과를 분석했다. 이 모델에서는 가족강인성과 지역사회 사회적지지가 가족적응에 직접효과를 가지며 지역사회 사회적지지가 가장 큰 직접효과를 나타내는 것으로 나타났다. 가족관은 가족일관성에 직접효과를 가지며 가족일관성은 문제해결의사소통에, 문제해결의사소통은 가족강인성에 직접효과를 나타내었다. 가족관과 문제해결의사소통은 가족적응에 간접적인 효과를 가지는 것으로 나타났다.

세 번째로 양 부모 가족(two-parent/adult families) 모형은 가족일관성, 가족강인성, 문제해결의사소통의 3가지 회복력 요인으로 구성되어 문제해결의사소통이 가족적응에 직접적인 영향을 미치는 변수로 나타났다. 가족일관성은 가족강인성에, 가족강인성은 문제해결의사소통에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

McCubbin의 모델을 기틀로 하여 회복력을 연구한 국내의 연구를 보면 신부전 환자 가족을 대상으로 한 이영애(1995)의 연구에서는 가족일관성이 회복력요인의 측정변수 중 가장 설명력이 큰 것으로 나타났고 그 외 친척 및 친지의 지지, 사회적지지, 가족 강인성 순으로 나타났고 치매노인 가족을 대상으로 한 서문경애(1999)의 연구에서는 가족 적응에 가장 큰 직접적인 영향을 주는 변수로 가족의 관리자원, 가족 강인성, 가족의 문제해결 및 대응전략의 순으로 나타났다. 박인숙(2000)은 환자 상황 가족 가치관과 가족강인성과의 유의한 관계를 확인하였다.

요약하면, 회복력 모형은 기존의 스트레스 적응이론과는 달리 고위험에 처한 가족이 가족의 힘과 역량, 자원인 회복력 요인을 형성하고 동원하며 이들 요인간

에 상호작용하는 과정을 통해 적응해가며 단순한 돌아감이 아니라 변화와 성숙, 성장, 발전을 동반하는 회복을 하게 된다는, 가족의 능력을 강조하는 회복력 요인에 초점을 맞춘 긍정적인 이론이라는 강점을 가지고 있다.

C. 소아암 환자 가족의 회복력 요인

가족 적응에 영향을 미치는 요인 중 가족의 능력에 초점을 맞춘 것이 **회복력 요인**으로 회복력 모형에서는 이런 회복력 요인을 중심으로 하여 이론적 틀을 구성하고 있다.

가족의 능력에는 두 가지가 있는데 하나는 가족이 가지고 있는 자원으로 강인성, 적응력 등의 심리적 자원; 건강 등의 생물학적 자원; 사회적지지 등의 사회적 자원을 말하며 또 하나의 능력은 가족이 행하는 것으로 대처행위와 의사소통이 있다. 여기에 가족이 만들고 공유하는 가족으로서의 정체성과 세계관 등 가족관을 합하여 회복력 요인이라 한다. 즉 가족유형과 가족체제의 속성; 가족의 의미; 가족의 평가(appraisal) 전략, 대처 및 문제해결 능력; 지지, 지역사회와의 상호작용이 가족 회복력의 중심 요소가 된다(McCubbin, Thompson, McCubbin, 1996).

회복력 모형에서 제시되는 회복력 요인에는 가족유형과 가족기능, 가족강인성, 가족일관성, 가족관, 가족평가, 가족시간과 일상, 가족의식, 건강, 사회적지지, 가족 문제해결의사소통, 가족 문제해결대처 등이 회복력 요인으로 제시되고 있다.

가족시간과 일상이란 조화와 균형, 안정성을 유지하기 위해 가족 행위와 기능의 형태를 발달시키는 것으로 가족일상이란 식사시간, 취침시간, 가족과 함께 보내는 시간 등의 습관을 말하며 가족의식이란 가족이 휴일을 어떻게 보내고 생일이나 기념일을 어떻게 축하하는지의 관습으로 이런 가족일상과 의식은 가족 관계의 의미와 가치를 부여할 수 있는 중요한 가족생활의 양상이 되며 가족의 가치와 정체성이 발달되고 유지되는 한 방편으로 볼 수 있다. 가족 위기 상황에서는 종종 가족일상과 의식이 붕괴되나 이런 가족조절 과정의 와해는 가족 체제의 발달과 성숙, 안정성을 위협하게 된다(Patterson, 1995). 가족원의 신체적, 정서적 건강과 안녕은 가족체제의 회복력을 증진시키는 주요 회복력 요인인 동시에 가족 회복을 측정하는 결과변수로도 채택되고 있다(McCubbin 등, 1997).

이 중 본 연구에 포함된 회복력 요인, 즉 가족강인성, 가족기능, 사회적지지, 문

제해결대처, 문제해결의사소통, 가족관에 대해 문헌고찰을 하였다.

1. 가족강인성

가족강인성은 내적 통제감과 자신감으로 적극적으로 환경을 통제하고 상황에 따라 위협에 대처해나가는 특성으로 특별한 건강관리 요구가 있는 아동의 가족적응에의 주요 예측변수로 일관성있게 지지되어 왔다.

가족강인성은 문제와 어려움을 해결하기 위해 함께 일하는 능력, 변화를 위협이라기보다는 성장을 유발하고 유익한 것으로 보는 시각과 스트레스 상황을 조정하고 관리해나가는데 있어서 능동적인 지향을 하며 생활사건과 역경의 결과에 대한 통제감으로 특징지어지는 가족의 내적인 힘과 내구성으로 정의된다(McCubbin, McCubbin, Thompson, 1986).

가족강인성을 측정하는 도구에 관해 살펴보면, 가장 일반적으로 많이 사용되는 가족강인성 척도(Family Hardiness Index, FHI)는 처음에는 4개의 상호연관된 구성요소- 협동성, 도전성, 통제감, 자신감-를 가졌으나 도구의 타당도 연구를 거친 후 공동지향적 수행, 도전, 통제의 3가지 요인으로 된 구조를 가지는 것으로 보고되었다(McCubbin & McCubbin, 1993). 통제감은 가족생활이 외부의 사건이나 상황에 의해 만들어지는 것이 아니라 가족원이 영향을 미칠 수 있다고 믿는 성향이 며 협동성은 상호의존성, 함께 수행함, 내적 힘에 대한 인식이며 도전성은 변화를 안전에 대한 위협이 아니라 자극과 성장을 가져오는 삶에 있어서의 정상적인 것으로 보고 새로운 것을 경험하고 배우고자 하는 혁신적이고 적극적인 가족의 노력을 말한다.

통제할 수 없는 상황적인 스트레스를 많이 가지게 되는 만성질환이나 장애를 가진 환자가 있는 가족에서는 상대적으로 지속력이 있는 가족의 특성이 긴장을 감소시키고 안녕을 유지하는 데 있어 중요한 특성으로 보고되고 있다.

또한 가족강인성은 스트레스에 대한 가족 반응을 완화하는 중재 요인 및 만성질환 아동을 가진 가족의 적응을 촉진하는 요인으로 가족 생활주기에 따라 그 영향이 달라질 수 있는데 학령전기와 학령기 아동을 가진 가족에서 가장 영향력이 높은 것으로 나타났다(McCubbin, McCubbin, & Thompson, 1986). 젊은 가족은 가족생활과 일의 모든 영역에서 오는 요구의 축적을 관리하는 방법과 자녀양

육 기술을 발달시키고 있는 단계로 만성질환과 같은 스트레스에의 대처법을 발달시킬 기회와 축적된 것이 없기 때문에 가족강인성이 가장 영향을 미치는 것으로 보고 있다. 이런 가족 강점(가족강인성)과 가족요구(스트레스원)에 대한 이해는 가족발달의 초기 단계에 있는 젊은 가족에 있어 위험 가족을 예측하는데 있어 필수적이며 질병 사건에 대해 가족전환과 질환 관리에의 도움을 제공하는 간호중재를 계획하는데 있어서도 필수적이다(Donnelly, 1994).

가족강인성과 대처와의 관계를 보면 Kobasa, Maddi와 Kahn(1982)은 강인성은 스트레스에 대한 강력한 저항자원으로 강인성과 같은 특성 때문에 적극적으로 자신과 환경을 통제하고 상황에 따라 위협에 대처하고 적응해 나간다고 하였고 가족 강인성은 스트레스 상황에서의 건강한 결과와 자원이 사용되어지는 방법과 가족관계를 강화시키는 대처행동의 사용에 긍정적으로 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Leske & Jiricka, 1998).

Call과 Davis(1989)도 강인성이 높을수록 효율적인 대처전략을 많이 추구하여 스트레스를 완충시키며 높은 수준의 가족 강인성은 더 나은 가족 대처와 적응과 연관되어 있다고 하였다. Clark(2002)은 강인성은 상황에 대한 평가를 변화시키고 억압적 대처(스트레스에 대한 일시적 완화만을 가져오는 예를 들어 TV를 본다, 잠을 잔다 등)보다는 변형적 대처전략을 사용하게 함으로써 적응이나 안녕 등에 영향을 미친다고 하였다. 여기서 변형적 대처 전략이란 스트레스 사건을 변경시키는 인지적 또는 행동적 전략을 말한다.

가족강인성과 가족기능과는 관계를 보면, 발달적 장애 아동을 가진 가족에 관한 Failla와 Jones(1991)의 연구에서 가족 기능 만족도의 예측 변수로 가족 강인성, 총 기능적지지, 가족 스트레스원, 부모 나이에 의해 42%의 예측변량을 가졌으며 이 중 가족강인성이 가족기능 만족도에 가장 큰 영향을 미치는 요인임을 보고하면서 가족 강인성의 속성에 기초해 스트레스 상황에서도 성공적으로 적응할 수 있는 가족과 아닌 가족이 확인될 수 있다고 하였다. 천식아동 가족을 대상으로 한 Donnelly(1994)의 연구에서는 가족강인성과 가족기능과는 유의한 관계가 있다고 보고하고 있다 .

가족강인성과 문제해결의사소통과의 관계를 보면, 하와이 원주민 가족을 대상으로 회복력 모형을 검증한 연구에서(McCubbin, Thompson, Thompson, Elver,

McCubbin, 1994) 단일 부모 가족 모형에서는 문제해결 의사소통은 가족강인성에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났고 양 부모 가족 모형에서는 가족강인성이 문제해결 의사소통에 직접영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 가족강인성은 가족위기와 전환의 역경과 어려움을 헤쳐나가도록 하는 기본적인 내적 힘으로서 가족관의 개념과 밀접하게 연관된다고 하였다(McCubbin, Thompson, Thompson, McCubbin, Kasten, 1993).

가족강인성과 가족적응과의 관계를 보면, Clark(2002)은 개별적인 강인성과 가족강인성이 낮을수록 장애인들을 돌보는 간호제공자들의 우울과 피곤이 높아짐을 보고하여 가족강인성과 가족안녕과의 관계를 확인하였다. Fink(1995)는 가족강인성으로 측정된 내적 가족체제 자원은 가족안녕에 유의한 영향을 미친다고 하였고 ($\beta = .49, p < .05$) 서문경애(1999)는 가족 강인성은 가족 관리 자원 다음으로 치매 노인 가족의 적응에 영향을 미치는 변수라고 밝히고 있다. 전미영(1996), 이영애(1995)의 연구에서는 가족 강인성이 가족적응에 가장 중요한 영향을 미치는 인자로, 박인숙(2000)의 연구에서는 가족 강인성은 가족 적응과 순상관관계를 보여 가족 강인성이 높을수록 가족 적응도 높음을 보고하고 있다.

이상의 문헌고찰에서 가족강인성은 가족 힘과 능력을 나타내는 가족 회복력 요인의 핵심으로 다른 회복력 요인과의 높은 관계를 가지며 가족적응을 예측할 수 있는 강력한 변수임을 알 수 있다.

2. 가족기능

가족회복력 모형에서는 가족 조정과 적응의 과정에 포함되는 주요 변수의 하나로 가족기능을 들고 있다.

가족 회복력 모형에서 제시하는 가족기능의 4가지 영역은 (1) 대인관계 (2) 가족 개개인의 발달, 안녕과 영성 (3) 지역사회와의 관계 (4) 가족구조와 기능유지로 보고 있다.

이런 가족기능의 각기 어떤 양상이 강조되느냐에 따라 4가지 가족유형이 제시되고 있는데 재생적 가족 유형(regenerative family typology)은 가족 일관성과 강인성 영역에 기초해서 역경, 스트레스, 긴장 속에서도 가족 통합성을 잘 유지할 수 있는 가족으로 특징 지워진다. 융통성있는 가족(versatile family typology)은 가족

결속력과 유연성 영역에 기초해서 스트레스의 영향에서도 잘 회복될 수 있는 가변성을 특징으로 하는 가족이다. 주기적인 가족(rhythmic family typology) 유형은 가족시간과 일상의 영역에 기초를 두고 예측성과 안정성에 가치를 두는 가족이다. 전통적 가족유형(traditionalistic family typology)은 가족전통과 의식의 영역에 기초해 가족전통의 유지와 발달, 가족의식을 강조하는 가족이다(McCubbin & McCubbin, 1988). 가족 강점에 기초한 가족유형은 어떤 가족의 성격이 긍정적인 적응의 결과와 연관되어 있는지를 결정하기 위해 개발되었다.

가족기능의 측정도구로 많이 사용되는 FACES(Family Adaptability and Cohesion Scale)에서는 가족기능에 있어서의 결속력과 적응성에 기초해 가족유형을 3가지로 나누는데 결속력과 적응력이 있는 체계는 변화와 안정성의 균형을 잘 이룰 수 있다고 가정한다. 가족결속력(cohesion) 혹은 응집력은 가족 체계 내에서 공유하는 가족 구성원간의 정서적 유대감 및 개인이 경험하는 자율감의 정도를 말하며 적응력(adaptability) 혹은 유연성은 상황적 또는 발달적 스트레스에 대처하기 위하여 가족관계에서의 역할이나 규칙, 힘의 구조 등을 변화시킬 수 있는 능력을 말한다.

결속력 및 적응력의 차원에 따라 나타나는 가족기능은 성공적인 가족적응과 관계가 있는 것으로 확인되었다(Anderson, 1986). 두 수준이 다 중간범위일 때는 균형잡힌 가족, 한 수준은 중간이고 다른 수준은 높거나 낮을 때는 중간범위의 가족, 두 수준 다 극도로 높거나 낮을 때는 극단적인 가족 유형으로 나누고 기능적 가족과 비기능적 가족을 구분한다. 이런 가족기능과 가족유형은 스트레스에 대한 가족 반응에 있어서의 차이를 설명하는데 유용하게 쓰이며 스트레스 생활 사건이나 위기 상황에서 가족의 능력, 반응, 결과를 예측하고 가족행위를 설명하는데 있어 중요하다(Failla & Jones, 1991).

가족기능과 의사소통과의 관계를 보면 가족기능과 가족의사소통간의 높은 상관관계가 보고되었다(이경호, 1999; 강해자, 2001). 가족기능과 대처와의 관계는 가족통합성을 유지하고 협동하고 상황에 대한 낙관적 견해를 갖는 가족대처 유형은 가족기능 만족도와 유의하게 연관되어 있다고 하였으며(Failla와 Jones, 1991) 이경희(1992)는 장애아동 가족의 스트레스와 적응의 구조모형 연구에서 가족기능은 스트레스 상황 재정의의 대처영역에 유의한 직접효과($\beta = .68, p < .05$)를 보였다고 하

었다. 가족이 스트레스 상황을 평가하여 지각하는 것은 본 연구의 인지적 지향에 해당되는 대처행동으로 볼 수 있다.

가족기능과 가족적응과의 관계에 대해서는 이경희(1992)의 연구에서 가족기능은 가족적응에 직접효과를 미치는 것으로 나타났고($\beta=.26, p<.05$) 전은영(1996)의 연구에서 암환아 가족의 결속력은 역할 스트레스를 감소시키며 가족 효능을 높이고 가족적응력을 높이는 것으로 나타났다.

요약하면, 암환아를 가진 가족이 원만한 가족기능을 유지 또는 기능의 재조정이 이루어졌느냐의 여부는 가족적응의 중요한 회복력 요인이 된다. 따라서 가족기능은 가족적응의 주요 예측요인으로 고려되어 본 연구의 회복력 요인으로 포함시켰다.

3. 사회적지지

사회적지지는 다른 회복력 요인을 거쳐 적응에 이르게 하는 가장 중요한 매개변수로 가족적응에 간접적인 영향을 미치는 동시에 직접적인 영향을 미치는 변수로 제시되어 왔다.

회복력 모형에서 사회적 지지는 가족이 위기상황을 관리하기 위해 사용하는 모든 사람과 기관, 단체로부터의 지지를 포함하는 지역사회 자원이다. 즉 의료기관이나 사회단체 같은 공적인 근원 뿐 아니라 다른 가족원, 친지나 친구 같은 비공식적 근원으로부터의 지지를 다 포함한다.

가족 회복력 모형에서 사회적지지는 위기상황에서 가족이 직면하는 사회적 배경에 적합한 Cobb(1976)의 정의를 채택하여 다음의 3가지, 즉 (1) 한 가족 단위 내에서 가족원이 돌봄과 사랑을 받고 있다고 믿게 하는 정서적지지 (2) 가족원들이 존경을 받고 가치 있다고 믿게 하는 존중의 지지 (3) 상호간의 지지와 이해를 포함하는 의사소통의 망에 속한 구성원임을 믿게 해주는 망 지지(network support)를 제공하는 상호관계적 수준에서의 교환되는 정보로 정의하였다.

사회적지지의 기능을 보면 사회적지지는 가족 위기에 대한 완화요인, 가족곤경(스트레스)의 매개요인으로서 가족회복을 증진시키는 회복력 인자로 연구되어져 스트레스와 가족붕괴 사이의 일차적인 완화요인 혹은 매개요인으로 간주되어져 왔다. 사회적지지는 스트레스 정도가 높은 개인 및 가족에게 더 효과적이기 때문

에 심각한 스트레스와 위기 상황에 노출되어 있는 소아암 환자 가족의 사회적 지지의 인지는 가족 적응에도 주요한 영향을 주는 것으로 보고되고 있다(Brazil & Krueger, 2002; Hoekstra-Weebers et al., 1999; Hoekstra-Weebers et al., 2001). 특히 지지에 대한 인지된 유용성은 정신적, 신체적 건강문제에 대한 스트레스의 영향을 감소시켜 사회적지지와 건강 사이의 인과관계가 제기되고 있다(Heller, Swindle & Dusenbury, 1986). Hoekstra-Weebers 등(2001)은 인지된 사회적지지가 높은 암환자 부모는 암환자 치료의 전 과정에서 정서적 문제가 적게 나타났다고 보고하고 있다.

Tarr와 Pickler(1999)는 급성 임파구성 백혈병을 가진 아동의 가족에 관한 근거 이론적 연구에서 암환자 가족이 되어감의 주요 과정은 가능한 정상적으로 살아가려 노력하는 것, 삶이 예전 같지 않다는 것을 받아들이는 것, 해야 할 것을 이해하는 것, 변화시킬 수 없는 것은 받아들이고 불만족을 가지고 살아가는 것이라고 보고하고 있다. 이런 과정은 가족의 내외적인 배경에 의해 완화되는데 외적인 배경에는 결혼관계와 사회적지지망, 치료와 예전의 질병 경험 중의 긍정적, 부정적 경험을 포함하고 내적인 배경에는 개별적인 생존 전략, 개별적인 관점과 태도 등이 포함된다고 하여 사회적지지가 스트레스를 완화하고 적응을 촉진함을 밝히고 있다.

Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps, Klip(2001)의 소아암 환자 부모의 사회적 지지가 적응에 미치는 영향에 대한 종단적 연구에서 지지는 환자 아버지의 현재와 미래의 고통을 유의하게 예측할 수 있었으며 지지에 대한 불만족과 부정적인 지지망과의 상호작용은 위험요소이며 정신적으로 잘 적응된 어머니는 더 많은 지지를 받은 것으로 확인되었다.

소아암 환자 부모와의 면담을 통해 회복력 인자를 확인하기 위한 McCubbin 등(2002)의 질적 연구에서 6가지의 회복력 인자가 제시되었는데 진단과 치료의 초기 과정에서 첫 번째 인자는 내적인 가족 강점을 신속히 이동하고 재조직하는 것이었다. 즉 진단의 시기에는 가족을 급속히 움직이는 능력과 아동의 입원 시기에는 분열된 가족으로 참고 살아갈 수 있는 능력이 회복력 인자였으며 두 번째는 건강관리 팀으로부터의 지지로 확신과 현실적인 희망을 제공받고 정보와 도움에 대한 접근 가능성, 부모에 대한 존경을 보여주는 것이었다. 세 번째 요인은 확대된 가족으로부터의 지지로 간호의 위탁, 형제간호, 이송, 정서적·도구적 지지의 제공

이 이에 포함되었다. 네 번째는 지역사회로부터의 지지로 아동 간호, 경제적 도움, 집안 유지의 도움과 정서적 지지가 포함되었고 친구, 이웃, 교회 신도들로부터의 도움이 이에 해당되었다. 다섯째는 직장에서의 지지로 근무스케줄의 변화, 휴가 제공, 직장보험의 제공 등이 해당되었다. 여섯째는 가족 평가의 변화로 신은 우리가 다룰 수 있는 만큼만 주신다는 믿음에 의존하고 나쁜 것이 있으면 좋은 것도 있다는 태도와 함께 해야 할 것을 찾아서 할 수 있는 한 최선을 다하는 것이 부모들의 공통된 철학으로 사회적지지가 회복력인자의 중요 요인임을 제시하고 있다.

사회적지지와 대처간의 관계를 보면, 암환아 가족을 대상으로 가족 전환 영향 요인에 관한 구조 모형을 제기한 전은영(1996)의 연구에서 사회적지지는 대처에 직접적인 영향을 미치며($\beta = .23, t=2.58$) 선천성심장질환을 가진 아동의 가족을 대상으로 한 Tak과 McCubbin(2002)의 연구에서도 사회적지지는 가족대처에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다($\beta=.39, p<.05$) Katz(2002)는 만성질환아 아동의 가족적응에 영향을 미치는 사회심리적 변수에 대한 경로분석에서 사회적지지는 질병에 대한 부정적 영향의 인식, 문제해결대처를 거쳐 가족적응에 가장 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다($\beta=.67, p<.05$). 이경희(1992) 역시 사회적지지가 스트레스 상황을 재정의하는데 직접적인 긍정적 영향을 보였고 가족이 스트레스 상황을 평가하여 지각하는 것은 대처행동에 포함시킬 수 있는 것으로 결과적으로 사회적지지는 대처를 경유하여 적응에 영향을 미치는 것으로 보고하였다.

사회적지지와 강인성과의 관계를 보면, 사회적지지는 강인성에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났고(McCubbin 등, 1994; $\beta=.41, p<.05$) 사회적지지와 의사소통과의 관계에 대해서는 사회적지지는 가족의 의사소통에 직접적인 영향 ($\beta=.46, t=5.07$)을 미치는 것으로 나타났다(전은영, 1996).

사회적지지와 가족기능과의 관계는 사회적지지가 높을수록 가족기능이 높은 것으로 나타났다(전화연, 1999; 김은진, 1992). Snowdon 등(1994) 역시 장애아동을 가진 가족에 있어 사회적지지는 가족기능 만족도를 높인 것으로 보고하여 가족기능에 대한 사회적지지의 효과를 확인하였다.

사회적지지와 가족적응과의 관계를 보면, Weiss(2002)는 정신지체아와 자폐아 등 만성질환 아동 어머니의 성공적인 적응의 예측요인으로 사회적지지와 강인성을 들고 있으며 천식 환아 부모의 안녕은 사회적지지와 강인성에 의해 56%의 설

명력을 가지는 것으로 보고하였다(Svavarsdottir & McCubbin, 2000). 뇌성마비 아동 어머니의 스트레스와 적응에 관한 연구에서 장애의 심각도와 기능적 상태 등 장애 요인은 어머니의 우울과 관계가 없었으며 인지된 사회적지지만이 어머니의 우울과 아동의 기능적 상태 사이의 관계를 완화하는 것으로 보고하였다(Manuel 등, 2003). 탁영란 등(2003)은 백혈병과 뇌종양 환자 가족이 인지하는 사회적지지는 가족 적응에 유의한 영향을 주며 사회적지지의 영역별 인지에서 애착과 친밀감, 자기 존중감, 사회통합성의 지지가 가족적응에 유효한 영향요인으로 나타났다고 보고하였다. 가족자원과 가족의 요구가 노인환자를 돌보는 가족의 긴장과 안녕에 미치는 영향에 관한 Fink(1995)의 연구에서는 가족의 사회적지지와 가족강인성으로 측정한 가족자원, 가족긴장, 사회경제상태가 가족안녕의 65%의 변량을 가지는 것으로 설명되었고 사회적지지는 가족안녕에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다($\beta=.31$, $p<.05$). 탁영란, 이희영(1996)은 발달장애 아동 가족의 회복력 인자로서 인지된 사회적지지가 가족적응에 유의한 영향을 미침을 보고하였다($R^2=.28$, $p<.05$) Florian와 Dangoor(1994)는 심한 신체적 장애를 가진 여성의 가족적응에 영향을 미치는 변수들에 대한 공변량구조분석에서 사회적지지는 가족적응에 직접효과를 가지는 것으로 나타났다($\beta=.27$, $p<.05$).

사회적지지와 가족관의 관계를 보면, 사회적지지는 가족관에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(McCubbin 등, 1994).

이상에서 살펴본 바와 같이 사회적지지는 회복력모형에서 가족의 자원에 해당되는 회복력 요인으로 사회적지지를 인식하고 사회적지지를 추구하고 동원하는 능력 또한 가족의 강점으로 사회적지지는 다른 회복력 요인과도 높은 상관관계를 가지고 가족적응에 간접 혹은 직접효과를 가지는 변수가 된다. 따라서 본 연구는 사회적지지를 가족적응을 예측하는 회복력요인에 포함시켜, 사회적지지가 어떤 변인과 연관되어 있으며 인과론적으로 어떠한 과정을 통하여 가족적응과 관련되는지를 밝히고자 한다.

4. 문제해결대처

자녀가 암에 걸리게 되면 그 가족에게 불가피한 긴장과 고통을 주며 그 결과를 단기적으로 예측할 수 없으므로 위기가 되며 위기에 직면한 가족은 그에 대한

문제 해결 방법을 찾게 된다. 따라서 문제해결 방법으로서의 대처는 스트레스를 완화하고 적응에 이르게 하는 주요 선행 요인이 된다.

문제해결대처는 가족 능력의 행동적 요소로 가족이 스트레스 상황을 관리하기 위해 사용하는 특별한 문제해결 시도나 행동으로 현존하는 가족자원을 이용하고 가족단위를 강화시키는데 도움을 주는 새로운 행위와 자원을 발달시키고 스트레스 사건의 영향을 줄이거나 완화시키고 회복을 촉진하는 적극적인 과정으로 (McCubbin, 1979) 상황을 보다 더 건설적이고 관리할 수 있고 받아들일 수 있는 것으로 만들기 위해 상황과 관련된 의미를 형성하고 평가하는 가족 수준의 인지 평가(appraisal)를 포함한다.

대처의 기능은 크게 두 가지로 요약할 수 있는데 첫째는 도구적 기능으로 행동적 요소를 포함한 문제해결 방법을 말하고 두번째는 평가적 기능으로 요구와 자원의 유용성 사이의 균형에 대한 평가를 말한다(Lazarus & Folkman, 1984).

대처 행위의 목록에는 건강한 부정(denial), 개방적 의사소통, 사회적지지 추구, 정보의 추구, 문제 해결, 감정적 균형의 유지, 종교나 일관된 삶에의 철학을 가지는 것 등이 포함된다(Barbarin & Chesler, 1986). 가족은 광범위하고 다양한 대처 행위를 할 수 있으며 한 가지 대처행위에만 의존하는 것은 단기간에는 도움이 될 수 있으나 가족이 다양한 요구에 직면할 때는 한 가지 대처행위로는 충분하지 않고 다양한 대처행위가 필요하게 된다.

만성질환아를 가진 가족 상황에서는 가족단위 전체의 요구, 가족원의 개별적인 요구, 의학적 상태와 관련된 요구 사이에서 균형을 이루기 위해 다양한 가족 대처 행위를 사용하는 것이 더 효과적이며 가족원이 함께 일하고 시간을 보내는 것, 개별적인 지지의 욕구를 충족시키는 것, 의학적 상황에 대한 조언을 얻는 것이 중요하다고 하였다(Patterson, Budd, Goetz, 1993).

만성질환아 부모의 대처에서는 아동의 질환에 대해 다르게 정의하거나 의미를 부여하려는 노력이 많이 기술되고 있는데 질병의 위협에 대한 정상화(normalizing)와 의미부여는 장기간의 긍정적인 결과에 기여하고 있다고 하였다(Knafl & Deatricks, 1986). Ray와 Ritchie(1993)는 만성질환아 부모에게 도움이 되는 대처로는 가족의 통합, 협동, 지지 등 가족 강점의 유지; 긍정적인 관점의 유지; 질병에 대한 관리가 잘 수행되게 하는 것 등이 있다고 보고하였다. 이런 가족 생활과 관계를 강화하는 가족 강점의 유지와 낙관적인 견해를 유지하는 대처는

다른 사람과의 관계를 발달시키고 개인적인 강점을 향상시키는 활동에 몰두하거나 건강전문인과의 상담 등의 대처 방법보다 유의하게 도움이 되는 대처라고 하였다. 백현실(1990)은 혈액질환 및 종양으로 치료받고 있는 만성질환아 어머니에 있어 가장 도움이 되는 대처행위의 영역은 인지적 평가 영역이었으며 정신적 자원의 유지·발전, 자부심·자아존중감·독립심 고양에 도움이 되는 대처임을 제시하고 있다.

사회적지지 체계를 유지하고 지지를 추구하는 대처방식도 유용한 것으로 보고 있는데 Youngblut 등(1994)은 뇌성마비, 뇌손상, 마비, 경련성 질환 등의 신경계질환 및 천식, 만성 신부전 등 만성질환을 가진 아동의 가족의 대처방안으로는 친척과 어려움을 나눔, 가족의사로부터 정보와 조언을 구함, 전문가의 상담과 도움을 구함 등을 들고 있다.

가족대처와 사회적지지 및 의사소통 간의 관계를 보면 Kupst 등(1995)은 백혈병 암환아 가족의 대처에 관한 종단적 연구에서 부가적인 스트레스가 없고 결혼 문제가 없으며 보다 더 높은 결혼관계의 질, 적절한 지지체제는 연구기간 10년 동안 지속적으로 가족의 건강한 대처와 유의한 관계가 있으며 아버지의 직업상태, 사회경제적 상태, 개방된 가족 의사소통 등이 보다 더 건강한 대처와 유의한 관계가 있었다고 하였다.

가족대처와 가족강인성과의 관계에 대해서 민영숙(1994)은 암환아 가족이 사용한 대처 양상과 극복력 간에는 유의한 상관관계를 보여 대처 양상이 높은 가족이 극복력이 더 높은 것으로 보고하였다.

가족대처와 가족적응과의 관계를 보면, Yeh 등(2000)은 소아암 환아 부모의 적응과정에 관한 연구에서 부모들은 아동의 임상적 사건(예를 들어 진단, 부작용, 재발 등)이 발생하면 대처전략을 수정하는 역동적인 과정을 통해 아동의 암에 적응한다고 하였다. 즉, 치료에 직면하고 가족통합성을 유지하고 지지를 형성하고 정서적인 안정을 유지하고 영적인 의미를 추구하는 5가지 대처과정을 통해 적응에 이르게 됨을 설명하고 있다. Hoekstra-Weebers 등(1999)은 소아암 환아 아버지의 사회적지지 추구의 대처 행위는 정신적 적응의 가장 중요한 예측요인임을 제기하였다. 암환아, 심장질환아, 당뇨와 천식환아, 류마티스성 관절염 환아 등 만성질환아 가족을 대상으로 부모의 적응을 예측하기 위해 Double ABCX

Model(McCubbin & Patterson, 1983)에 기초한 예측적인 인과모형의 적합성을 확인한 Katz(2002)의 연구에서 문제해결 대처는 부모의 적응에 유의한 직접효과($\beta = .57, p < .05$)를 미치는 변수로 나타났다.

요약하면 대처는 역경을 살아가는 가족과 아동의 회복이 되는 결과의 주요 예측 요인으로 간주되어 왔다. 그러므로 소아암 환자 가족의 적응을 설명하는 가장 적절한 개념으로 고려되어 본 연구의 회복력 요인에 포함시켰다.

5. 문제해결의사소통

회복력 모형에서 의사소통은 가족이 공유된 의미를 창조하고 대처전략을 발달시키고 균형과 조화를 유지할 수 있게 하는 주요 회복력 요인으로 대두되었다. 가족 의사소통 패턴은 가족의 역경과 문제가 표현되고 스트레스를 관리하고 취해야 할 행동의 경로를 결정하는 가족 환경과 의사소통의 배경을 창조함으로써 어려움에 반응하는 방법으로 인식되어진다.

가족에 관한 체계론적 접근에서 의사소통은 가족집단의 구성, 유지, 발전과 가족 기능과 관련이 있다고 본다. 즉, 가족은 의사전달 과정을 통해 주위환경과의 관계를 유지하는 살아있는 체계라고 보기 때문에 가족기능에 있어 의사소통은 중요한 변수가 되고 있다. 감정이입, 지지적 반응 등의 긍정적인 의사소통 기술은 가족이 각자의 요구 변화를 공유토록 하며 이를 통해 가족의 결속력 및 적응력이 강화되는 방향으로 작용하며 반면 부정적인 의사소통 기술은 가족이 서로의 감정을 공유하는 능력을 최소화하여 가족의 결속력 및 적응력의 차원으로 이행하는 것을 억제한다고 하였다(Olson, Russel & Sprenkel, 1983).

가족회복이나 회복력을 연구하는 많은 학자들도 가족내의 관계적인 과정을 회복력의 일차적인 요소로 보고 초점을 맞추고 있다. 가족 관계 유형의 두 가지 중심 양상은 가족 결속력과 융통성으로 밀접성과 거리 및 변화와 안정 사이에 균형을 잡고 있는 가족의 경우가 가장 보호적인 것으로 보고 있다. 또 한 가지 중심 양상은 가족 내의 정서적이고 도구적인 의사소통 양상의 질로서 그것은 가족이 중심 기능을 성취하게 촉진하기 때문에 보호적인 요소가 된다고 보고 있다. 정서적인 의사소통은 가족원 사이에 사랑과 지지를 나타내는 수단으로 양육기능 수행의 중심이 되고 도구적인 의사소통은 역할분담, 규칙 설정, 의사결정, 갈등해결 등

가족이 각자 해야 할 일을 서로에게 알려주는 방법으로 도구적인 기능을 수행한다. 따라서 이런 의사소통 양상은 가족원의 요구를 충족시키고 가족기능을 수행하게 돕는 보호적인 요인이 된다고 하였다(Patterson, 2002).

의사소통을 측정하는 도구를 살펴보면, McCubbin 등(1988)은 모든 가족은 긍정적, 부정적 의사소통의 양상을 다 가지고 있으나 역경 속에서는 어떤 양상이 지배적이냐에 따라 문제해결 여부가 달라진다고 보아 문제해결의사소통 도구를 개발하였다. 이 도구에서 가족은 최소한 두 개의 기본적인 의사소통의 패턴을 가지고 있는 것으로 가정한다. 선동적인 의사소통 (incendiary communication)은 스트레스적인 상황을 촉발하고 가족긴장을 고조하고 흥분시키고 자극하는 의사소통의 유형을 말하고 긍정적인 의사소통(affirming communication)은 가족개인의 가치와 자존감을 강조하고 지지와 돌봄을 표현하고 온화하고 진정시키는 영향을 주는 의사소통의 유형을 말한다. 모든 가족은 두 가지 유형을 다 가지고 있으나 위험 요소와 위기가 있을 때 선동적인 유형이 지배할 경우 가족 황폐화와 가족 적응 능력을 손상시키는, 결과적으로 가족의 불균형을 초래하게 된다. 따라서 의사소통의 일차적인 유형으로 긍정적인 유형을 강조하는 가족체제는 문제를 해결하고 비기능적이 되는 가족의 위험을 최소화하고 회복에의 잠재력을 증가시키게 된다(McCubbin 등, 1997).

효율적으로 의사소통하는 능력은 모든 가족에 있어 건강한 기능의 중요한 양상이나 특히 비정규적인 생활사건과 변화에 직면해서 가족원은 특히 의사소통을 해야 한다. 만성질환이 가족원 사이와 다른 가족의 가족원과의 효율적인 의사소통을 방해하고 도전을 야기하는 이유는 첫째, 질병과 관계된 요구에 대처하는 것과 관련된 부가된 요구는 보다 더 문제해결 의사소통을 필요로 하며 불충분하거나 갈등적인 정보를 가지고 보다 많은 의사결정을 해야 하기 때문이고 정규적인 개인과 가족의 과제가 협상과 재조정을 요구하기 때문이다. 둘째는 정서의 표현, 슬픔과 같은 부정적 정서의 표현은 특히 아동에 대한 질책, 나무람으로 비취질까 억압하게 된다. 의사소통을 통해 이런 분노나 슬픔을 표현하고 미래에 대한 공포의 표현과 같은 개방된 표현의 기회를 제공하는 것은 역할 조정과 관련된 갈등의 해소나 돌봄의 긍정적인 감정을 가져와 적응을 돕게 된다(Patterson, 1991).

서중숙(1993), 백소희와 박인숙(1995)은 암환자 부모는 환자의 간호로 부부간의 대화 시간이 줄고 대화 시에도 긍정적인 태도보다는 부정적인 태도를 보이고

아이의 상태를 서로 상대방의 탓으로 돌리고 원망하는 등 의견 불일치와 의사소통 부재 현상을 나타낸다고 하였다. 양순옥, 김수지, Martinson(1992)도 암환아 부모의 경험에 대한 질적 연구에서 의사소통 부재와 의견불일치의 가족 내 변화를 보고하였다.

문제해결의사소통과 가족강인성 및 가족관 간의 관계를 보면 하와이 원주민 가족을 대상으로 회복력 모형을 검증한 연구에서(McCubbin, Thompson, Thompson, Elver, McCubbin, 1994) 가족 문제해결 의사소통은 가족관과 가족 강인성의 영향을 받고 가족 적응에 직접적으로 영향을 미치는 요인으로 확인되었고 선동적 의사소통은 가족강인성과 부정적 관계인 반면 긍정적 의사소통은 가족강인성과 긍정적 관계로 나타났다.

문제해결의사소통과 가족기능과의 관계에 대해서 McCubbin, McCubbin, Thompson과 Thompson(1995)은 하와이 원주민 가족을 대상으로 한 구조방정식 모형 검증에서 가족문제해결의사소통은 가족의 기능부전과 역으로 관련되어 있음을 밝혔다.

문제해결의사소통과 가족적응과의 관계를 보면 교통사고나 총상사고와 같은 심각한 손상을 입은 환자 가족의 적응에 대한 회복력 요인의 영향을 경로분석을 통해 조사한 Leske와 Jiricka(1998)의 연구에서 강인성, 가족관리자원, 대처는 가족 안녕에 유의한 영향을 미치지 않았고 문제해결의사소통만이 가족적응에 직접적인 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 유방암 환자의 정신적 적응과 유의한 상관관계가 있는 요인은 가족기능 중 의사소통으로 유방암환자의 경우 가족간의 특히 남편과의 부적절한 의사소통의 인지는 절망감과 무력감을 가져온다고 하였다(Inoue 등, 2003). 개방적이고 잦은 의사소통은 특히 암환아 어머니의 정서적 안녕과 연관되는 것으로 밝혀졌고(shapiro & Shumaker, 1987) 전은영(1996)은 암환아 가족의 의사소통은 가족의 결속력에 직접적으로 영향을 미쳐 보다 바람직한 가족 전환이 일어나는데 기여하는 중요한 요인으로 확인되었다.

이상의 문헌고찰에서 문제해결의사소통은 가족적응에 직접적인 영향을 미치는 변수로 밝혀졌으나 국내에서 회복력 요인으로 포함시킨 연구는 없었으며 고위험 상황에 있는 가족의 조화와 균형을 유지하고 위기로부터 회복하기 위해서는 문제해결 의사소통의 건설적인 유형을 발달하고 배양시켜야 하며 중재를 위한 의사소

통 유형의 파악이 필요로 된다고 보아 회복력 요인에 포함시켰다.

6. 가족관

회복력 모형에서 가족관은 가족의 가치, 신념, 기대, 확신들의 구조물로 정의된다.

가족의 공유된 세계관으로서의 가족관은 적응에의 중요한 다른 회복력 요인의 발달을 촉진하고 형성하게 도움으로써 적응을 촉진하는 역할을 한다. 회복력 요인은 문화적 배경과 민족에 따라 차이가 나고 가족의 회복력을 평가하는 기준은 가족의 문화적 배경에 어느 정도 의존할 수 밖에 없는데 가족의 문화적 배경으로 고려되는 것이 가족관이다. 가족관은 다양한 가족에게 회복력 모형이 적용될 수 있을지를 확인하기 위해 주요 예측요인으로 대두되었다.

가족은 문화를 보존하고 전달하는 사회에서의 일차적인 단체로 간주된다(Friedman, 1990). 간호이론가인 Leininger(1991)는 문화를 학습되고 공유되고 전해지는 것이라고 하였다. 한 문화에서의 가치와 신념을 외부인에게 설명하기는 굉장히 어렵고 가치와 신념이 쉽게 보여지거나 설명되는 것이 아니라 할지라도 사람들의 행동을 이해하는데 있어 이런 행동을 이끄는 보이지 않는 가치관에 대한 정보는 유용할 수 있다(Hart, 1999). 문화와 관련된 행동으로는 의사소통, 음식, 건강과 질병에 대한 신념 등이 포함된다. 가족의 문화와 신념 체계 및 개인과 가족간의 관계 현상에 대한 이해없이 간호는 총체적 간호일 수 없다(Chen & Rankin, 2002).

가족은 가족간의 관계를 이끄는 표현되거나 표현되지 않은 가치와 규범에서 공유된 정체성을 발달시킨다. 매일의 일상적인 일과 의식(rituals)은 다른 가족과 다른 한 가족이라는 일체감 형성에 기여하게 된다. 가족의 세계관은 일상적인 가족 기능 형성을 돕고 가족 외부 세계에 대한 오리엔테이션을 형성하게 하여 문화적 혹은 종교적 신념이 된다.

만성질환을 가진 가족에서는 이런 일상과 의식이 붕괴되면서 가족의 발달, 성숙, 안정성을 위협하게 된다. 가족이 역경에 처했을 때 그들이 경험한 상실과 비정규적인 경험에 따라 이런 가치관이 깨어지고 가족이 회복되고 성장하고 움직이는 능력에 따라 종종 사건의 의미를 만들게 하는 새로운 가치관 형성을 하게 된다.

가족은 스트레스나 위기 상황에서 세 가지 수준의 가족의미를 발달시키는데 첫째는 상황에 대한 의미의 발달로 요구에 대한 평가와 가족의 능력에 대한 평가이며 두번째는 한 가족이라는 가족 정체성의 발달, 세번째는 외부 시스템과의 관계에서 가족을 보는 세계관의 발달이다(Patterson & Garwick, 1994). 따라서 이런 의미를 만드는 과정은 가족 회복력의 중요한 요소이며 촉진될 수 있는 과정으로 보고 있다(Patterson, 2002).

가족관을 측정하는 도구를 살펴보면 McCubbin 등(1992)은 가족가치관 도구를 개발했는데 여기서 가족관은 가족이 상황에 부여하는 의미 다시 말해 스트레스와 주변의 상황을 어떻게 가족이 정의하는가에 초점을 맞추고 있는, 가족 평가(family appraisal)의 확장 요소로 본다. 위기상황에서 가족관은 다음의 4가지 과정을 통해 의미의 발달을 촉진한다고 본다. 첫 번째는 긍정으로 이런 상황이 오게 된 선의를 찾아 상황의 긍정적인 측면에서 상황을 만드는 것을 말하며, 두 번째는 영성화로 영적인 믿음의 배경에서 상황을 구성하는 것이고 세 번째인 일시성은 현재의 긍정적인 측면 뿐만 아니라 장기간의 결과와 장기적인 관점에서 상황을 구성하는 것을 말하며 네 번째로 자연성은 사물의 상호관계적인 질서와 지역사회와 개인간의 관계 뿐만 아니라 사물의 질서와 자연적인 관점에서 상황을 보는 것을 말한다(McCubbin, Thompson, McCubbin, 1996).

강한 가족관을 가진 가족은 삶의 요구에 대한 완벽한 해결보다는 인생에 대한 상대적인 관점을 채택하려는 자발성을 보인다. 따라서 가족관은 가족이 스트레스 사건에 의미를 부여하게 하는 안정된 요소로 회복력 모형에서 중심 역할을 하는 것으로 보여진다고 하였다(McCubbin & McCubbin, 1993).

Hawley과 Dehaan(1996)은 가족에게 힘을 복돋아주는 가족 가치관을 발달시키는 것이 치료적인 과정의 일부로 포함되어야 한다고 하여 가족가치관을 강조하고 있다.

가족관과 가족강인성 및 의사소통 간의 관계를 보면 가족관은 문제해결의사소통과 가족강인성의 경로를 통해 가족적응에 간접적인 영향을 미친다고 하였다(Antonovsky, 1994). 즉, 가족관은 위기상황에 대한 가족의 행동적인 반응인 문제해결의사소통과 내적인 가족 능력 및 기능의 유형인 가족강인성에 기여함으로써 가족적응을 촉진하는 데 있어 간접적인 역할을 하는 것으로 보고 있다.

가족관과 대처와의 관계에 대해서 가족관은 스트레스를 정의하고 스트레스 상황에 대한 인지 평가 및 위기상황에 대처하는 가족의 패러다임 형성을 이끄는 가족체제의 지도에 해당되는 것으로 (Kosciulek, 1997) 가족관은 대처에 영향을 미친다(McCubbin, Thompson, McCubbin, 1996). 즉, 대처의 기능 중에 평가적인 기능인 요구와 자원사이의 균형에 대한 평가를 통해 상황을 수용하고 상황에 대한 긍정적인 견해를 유지하고 가족이 최선을 다하고 있다는 믿음은 인지평가 지향 대처전략의 중요 요소로 가족관의 영향을 받게 된다.

가족관과 사회적지지와의 관계에 대해서 McCubbin 등(1994)은 하와이 원주민 가족을 대상으로 회복력 모형을 검증한 연구에서 가족관은 지역사회 사회지지 지의 영향을 직접적으로 받는 것으로 나타났다. 가족관과 가족적응과의 관계를 보면 Kosciulek(1997)는 뇌손상 환자의 일차적인 간호제공자인 가족을 대상으로 한 연구에서 가족관은 가족적응의 유의한 예측변수임을 제시하였다.

요약하면, 회복력 모형에서 가족관은 가족의 가치와 믿음을 표현하는 세계관으로서 위기상황에서 적응을 촉진하는 데 있어 중요한 역할을 하는 회복력 요인으로 대두되었다. 가족관은 가족의 공통된 견해, 가치와 신념의 중요성이 강조되고 종족, 문화, 가족 구조의 다양성에 대한 중요성이 대두되면서 여러 다른 가족에서 이 모형을 적용할 수 있을지 확인하기 위해 채택되어 이론의 scope을 넓히는데 기여하고 있다. 따라서 가족 우선성의 가족주의 가치관을 가지고 있는 한국적 상황에서 회복력 모형이 적용될 수 있을지 확인하기 위해 가족관을 회복력 요인으로 채택하였다.

이상의 문헌고찰 결과, 많은 회복력 요인으로 구성된 것이 회복력이나 회복력 요인간의 관계와 어느 요인이 얼마나 적응에 큰 영향을 주는지 영향변인간의 경로와 효과에 대해서도 일치되지 않는 결과가 제시되고 있다. 또한 국내에서는 가족관, 문제해결 의사소통 등의 회복요인에 관한 연구는 거의 이루어지지 않고 있다.

따라서 본 연구에서는 암환자 가족을 대상으로 한 실증적 검증과정을 통해 문제해결의사소통과 가족관을 포함하여 소아암 환자 가족의 회복력 요인을 확인하고 일방향적 인과관계와 상호교호적 관계를 포함해 적응에 이르는 경로 및 효과를 확인하고자 회복력 요인에서 적응에 이르는 회복력 모형을 검증하고자 한다.

III. 연구의 개념적 기틀 및 가설적 모형

A. 연구의 개념적 기틀

이상의 문헌고찰을 토대로 회복력 요인이 암환아 가족의 적응에 미치는 영향 및 회복력 요인간의 관계를 파악하고자 가족 스트레스, 조정, 적응의 회복력 모형(McCubbin & McCubbin, 1993)을 기초로 아래와 같이 개념적 기틀을 구축하였다(그림 1. 참조).

여기서 암의 종류나 암의 치료단계(진단, 치료, 관해, 생존 등)에 따라 가족의 스트레스 정도가 다를 수 있지만 증가된 가족의 스트레스는 아동의 암에 대한 공통된 반응이고 가족의 스트레스가 치료상태에 따라 크게 차이가 나지 않을 것이라는 가정 하에 본 연구에서는 회복력 요인이 가족 적응에 영향을 미치는 **가족조정과 적응 단계의 회복력 모형을 검증하고자 한다.**

McCubbin과 McCubbin(1993)의 회복력 모형에서는 가족의 회복력 인자를 가족기능, 가족자원, 가족의 상황적 평가, 가족의 문제해결 및 대응전략의 4가지 변수로 이론적 틀을 구성하고 있다. 가족자원에는 가족강인성 등의 심리적 자원과 사회적지지 등의 사회적 자원이 있으며 가족 상황적 평가의 또 다른 요소로 가족관을 보고 있다. 문제해결 및 대응전략은 McCubbin 등(1994)이 의사소통의 개념을 새롭게 첨가시켜 문제해결대처와 문제해결 의사소통으로 분리하였다. 따라서 본 연구에서는 가족기능, 가족강인성, 사회적지지, 문제해결의사소통, 문제해결대처를 회복력 요인으로 하여 이론적 틀을 구성하였다.

가족기능과 유형은 가족체계의 조화와 균형을 유지하고 회복, 발달시키는데 있어 중요한 역할을 한다고 보아 가족기능을 본 연구의 회복력 요인으로 포함시켰다. 가족자원은 가족의 저항자원으로 가족의 능력과 힘을 말하는데 사회적지지, 경제적 안정성, 강인성, 가족전통과 의식, 가족일상 등이 포함된다. 본 연구에서는 이중 강인성, 사회적지지로 가족자원을 측정하였다.

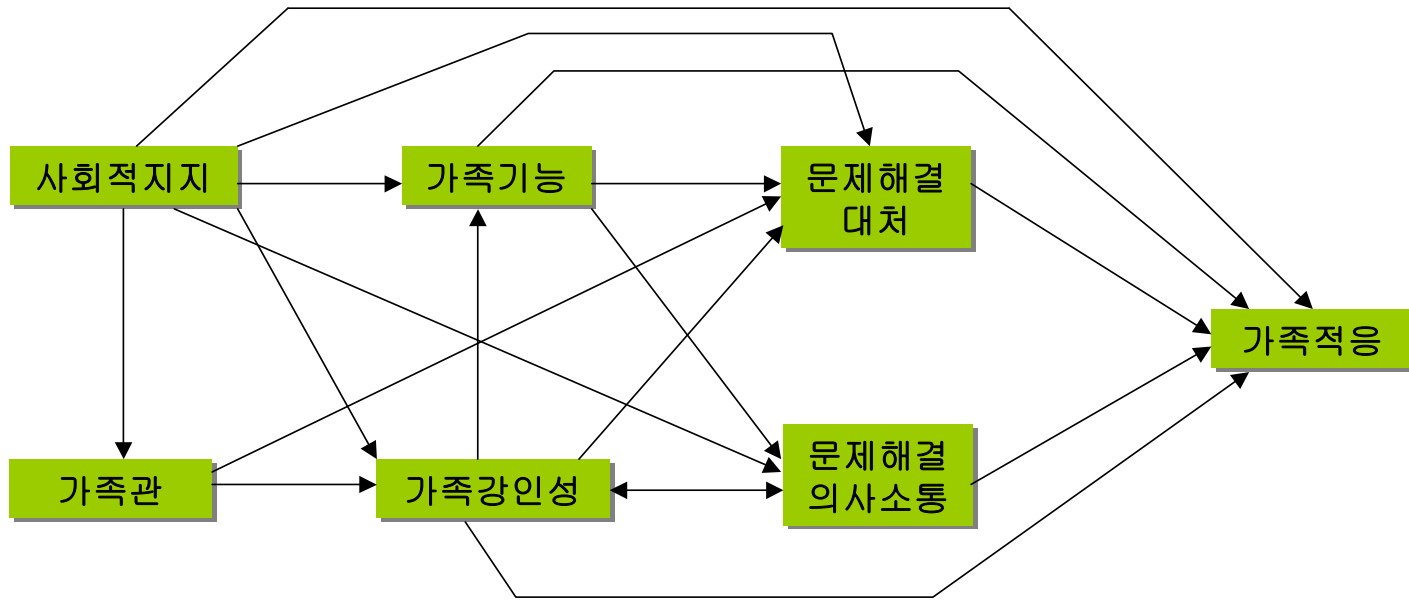


그림 1. 본 연구의 개념적 기틀

가족강인성은 사회적지지보다 가족 스트레스, 대처, 가족기능의 강력한 예측인자이며 가족 내의 강인성은 지속적인 조사를 할 만한 가치가 있음을 밝히고 있어 (Failla와 Jones,1991) 회복력 요인에 포함시켰다.

사회적지지는 기존의 가족 적응에 관한 연구에서 스트레스와 가족 붕괴사이의 일차적인 완화요인 혹은 매개요인으로 꾸준히 확인되어 왔으며 회복력 모형에서는 위기상황에서 가족의 사회적지지의 넓이와 깊이는 가족적응과 관련되며 긍정적인 관계를 가진다는 명제를 제기하고 있어 회복력요인에 포함시켰다.

가족강인성과 문제해결의사소통은 상호호혜적인 관계를 설정하였는데, 하와이 원주민 가족을 대상으로 회복력 모형을 검증한 McCubbin 등(1994)의 연구에서 단일 부모 가족 모형에서는 문제해결 의사소통은 가족강인성에 직접적인 영향을 미치는 것으로, 양 부모 가족 모형에서는 가족강인성이 문제해결 의사소통에 직접영향을 미치는 것으로도 나타났으므로 상호관계로 설정하였다.

가족의 인지평가는 가족이 스트레스 상황을 인지하고 평가하여 의미를 형성하는 것으로 가족관, 가족 패러다임, 일관성, 의미의 하위개념을 포함하고 있는데 이를 측정하는 원 저자의 도구가 4문항으로 하위개념을 측정하는 데 변별력이 부족하다고 보고 있다. 또한 가족의 인지평가는 가족이 어떤 상황에 대한 의미를 형성하는 일관성과 세계관인 가족관에 의해 영향을 받고 스트레스원인 위기에 대한 가족의 정의와 위기상황에 대한 패러다임이나 평가는 가족관과 세계관에 의해 형성된다고 보고 있어(McCubbin 등, 1994) 본 연구에서는 인지평가 대신 가족관을 회복요인으로 연구하고자 한다.

한편 McCubbin 등(1994)은 문제해결과 대처를 문제해결 의사소통과 대처로 분리하면서 의사소통의 개념을 새롭게 첨가시켰는데 문제해결 의사소통은 가족관과 가족강인성의 영향을 받고 가족적응에 긍정적 효과가 있는 것으로 보고하여 문제해결 의사소통을 회복력 요인에 포함시켰다.

가족적응은 가족원 개개인의 신체 및 심리적 건강상태에 영향을 미친다고 보아 가족 적응의 지표로 우울, 불안 등의 부정적 정서가 없는 가족안녕으로 확인하였다.

B. 가설적 모형

이상의 개념적 기틀을 근거로 구성된 가설적 모형은 그림 2와 같다. 본 연구의 가설적 모형은 외생변수 1개와 내생변수 6개로 구성되었으며, 외생변수는 사회적 지지, 내생변수는 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결대처, 문제해결의사소통, 가족적응으로 구성되었다.

사회적지지는 가족관에 영향을 미치고 가족기능, 가족강인성, 문제해결대처, 문제해결의사소통에 직접적인 영향을 미치며 가족적응에도 직접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

가족관은 가족강인성과 문제해결대처에 직접적인 영향을 미치며 문제해결의사소통에는 가족강인성을 거쳐 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다. 가족관은 가족적응에 직접적인 경로가 아닌, 가족강인성과 문제해결대처를 거쳐 간접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

가족강인성은 가족기능과 문제해결대처에 직접적인 영향을 미치며 가족강인성과 문제해결의사소통은 상호호혜적인 관계로 설정하였다. 가족강인성은 가족적응에 직접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

가족기능은 문제해결대처와 문제해결의사소통에 직접적인 영향을 미치며 가족적응에도 직접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

문제해결의사소통과 문제해결대처는 가족적응에 직접적인 영향을 미치는 것으로 경로를 설정하였다.

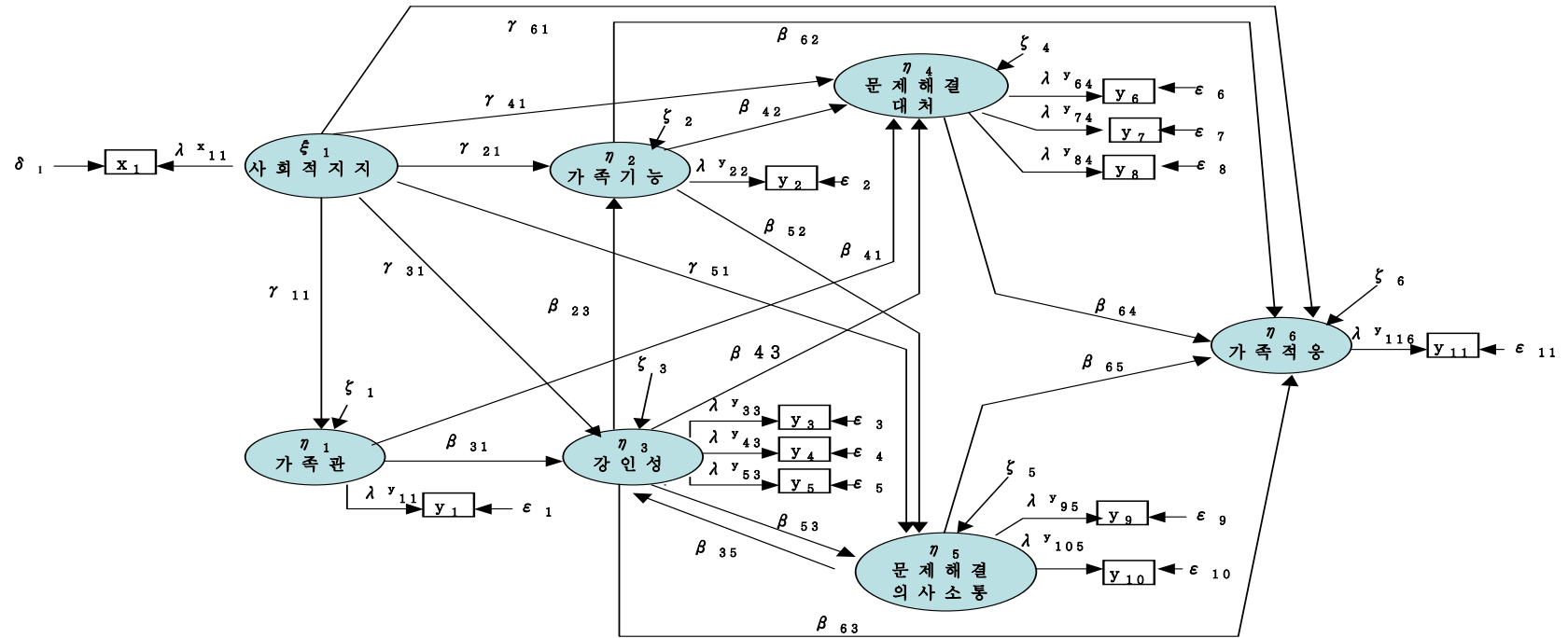


그림 2. 본 연구의 가설적 모형

C. 연구가설

1. 가족관을 내생변수로 하는 가설

가설 1 : 사회적지지가 많을수록 가족관 점수는 높을 것이다.

2. 가족강인성을 내생변수로 하는 가설

가설 2 : 사회적지지가 많을수록 가족강인성은 높을 것이다.

가설 3 : 가족관 점수가 높을수록 가족강인성은 높을 것이다.

가설 4 : 문제해결의사소통 점수가 높을수록 가족강인성은 높을 것이다.

3. 가족기능을 내생변수로 하는 가설

가설 5 : 사회적지지가 많을수록 가족기능은 높을 것이다.

가설 6 : 가족강인성이 높을수록 가족기능은 높을 것이다.

4. 문제해결대처를 내생변수로 하는 가설

가설 7 : 사회적지지가 많을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다.

가설 8 : 가족관 점수가 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다.

가설 9 : 가족강인성이 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다.

가설 10 : 가족기능이 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다.

5. 문제해결의사소통을 내생변수로 하는 가설

가설 11 : 사회적지지가 많을수록 문제해결의사소통 점수는 높을 것이다.

가설 12 : 가족강인성이 높을수록 문제해결의사소통 점수는 높을 것이다.

가설 13 : 가족기능이 높을수록 문제해결의사소통 점수는 높을 것이다.

6. 가족적응을 내생변수로 하는 가설

가설 14 : 사회적지지가 많을수록 가족적응 점수는 높을 것이다.

가설 15 : 가족강인성이 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다.

가설 16 : 가족기능이 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다.

가설 17 : 문제해결대처 점수가 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다.

가설 18 : 문제해결의사소통 점수가 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다.

IV. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 암환아 가족의 적응을 설명, 예측하기 위해 McCubbin의 회복력 모형을 이론적 기틀로 하여 암환아 가족의 회복력 요인인 사회적지지, 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결대처 및 문제해결의사소통간의 상호관계와 적응에 이르는 경로를 파악하고 모형의 부합도와 가설을 검증하는 공변량 구조분석 연구이다.

B. 연구대상자

본 연구대상자는 서울과 경기 지역의 4개 대학병원에서 소아암으로 진단받고 치료의 급성기(관해의 도입단계)를 종료하고 관해유지 중이거나 치료가 종료되어 추후관리를 받고 있는 12세 이하의 소아암 환자의 가족을 대상으로 하였다.

가족의 스트레스와 적응은 질병과정과 치료 단계에 따라 달라질 수 있기 때문에 진단 받은 지 2개월 이내의 가족과 말기 암환아의 가족은 제외하였다. 진단 받은 지 2개월 이후의 가족으로 선정한 이유는 자녀가 암이라는 사실은 논의할 여지가 없는 명백한 스트레스 상황이지만 이런 스트레스는 시간에 따라 달라질 수 있는데 가족은 진단을 받는 초기 위기인 급성단계 후에는, 전형적으로 치료에 들어가고 추후관리를 받는 만성적인 스트레스 단계로 접어들게 되며 진단 후 2개월까지를 급성단계, 그 이후를 만성단계로 본 Dahlquist 등(1996)의 기준을 적용하였다. 소아암에 대한 부모의 적응을 연구한 Trask 등(2003)의 연구에서도 암의 유형, 치료중인지 관해 상태인지의 치료단계, 진단 후 기간에 따라 부모의 distress가 차이가 없었으며 진단 후 1개월이 경과한 것은 질병적응에의 충분한 시간이 된다고 제시하고 있다.

위의 대상자 선정 기준에 맞는 가족에게 연구의 목적을 설명한 후 연구에 참

여하기를 동의하는 가족 245명에게 질문지를 작성하게 하였다. 회수된 질문지는 총 243부였으나 불완전한 응답을 한 11부를 제외한 총 232 응답지를 최종분석에 사용하였다.

가족 중 응답자는 주로 어머니였다. Uphold와 Strickland(1989)는 일차적인 간호제공자인 가족원이 가족 생활 사건에 대해 가장 인식력이 있는 사람이며 따라서 일차적인 간호제공자가 되는 어머니의 인지는 아동의 간호에 덜 참여하는 가족원보다는 훨씬 정확하다고 하였다. 또한 가족 기능 등에 대해 부가적인 통찰력을 얻을 수 있기 때문에 아버지나 다른 가족원을 포함시킬 필요는 있지만 가족 구성원 중 한 사람에게 질문하여 이를 분석하면 가족에 대한 정보를 얻을 수 있고 다양한 가족원의 반응을 사용하는 것이 보다 더 타당성 있는 자료를 보장하지는 않는다고 하였다.

여기서 12세 이하의 소아암 환자 가족으로 선정한 이유는 청소년기 환자를 가진 가족의 회복력 요인은 학령기 아동을 가진 가족의 회복력 요인과는 차이가 있고(McCubbin 등, 1997) 본 연구가 가족 발달 주기에 따른 회복력 요인의 차이를 보는 것이 아니므로 학령기 아동의 가족만을 대상으로 하였다.

대상자 수의 결정은 공변량 구조 분석을 할 때는 표본 추출 오차를 가능한 줄이기 위해 모델의 크기에 관계없이 표본크기가 적어도 200이상이어야 한다(배병렬, 2002)는 것에 의거하였다. 표본 크기가 100 이하인 경우에는 모델에 대한 그릇된 결론을 내릴 가능성이 단연코 크며 적어도 200 이상이어야만 부합지수들이 모델에 대한 올바른 결론으로 유도할 가능성이 크다는 것이다(이순묵, 1990). 또한 본 연구에서 모수추정법으로 사용한 최대우도법(Maximum likelihood : ML)은 최소한 표본크기가 200 이상이 되어야 한다는 연구결과(Hoogland & Boomsma, 1998)에 부합하는 표본크기이다.

C. 연구도구

본 연구에서는 사회적지지 척도, 가족관 척도, 가족강인성 척도, 가족APGAR 질문지, 가족 문제해결 의사소통 척도, 가족 문제해결대처 척도, 가족원의 안녕 척도의 7개 도구로 구성된 질문지를 사용하였다(부록 1- 8 참조).

7개 도구는 전체 119 문항이었으나 문항분석 단계에서 척도 영역 내에서 기여도가 낮은 것으로 평가된, 문항간의 상관계수(corrected item to total correlation coefficient) .10 이하의 5 문항과 내용타당도 검증 과정에서 문항간 차이가 제기된 4문항, 낮은 신뢰도를 보인 하위척도 3문항의 총 12문항이 제외되어 총 107문항이 되었다.

최종적으로 분석에 포함된 문항은 사회적지지 16문항, 가족관 34문항, 가족강인성 19문항, 가족기능 5문항, 문제해결대처 16문항, 문제해결의사소통 9문항, 가족적응 8문항, 일반적 특성 16문항의 총 123문항이었다. 본 연구에서 선정된 모든 도구는 사전조사를 실시하여 이해하기 어려운 항목이나 문장을 확인하여 어휘를 수정하고 도구의 신뢰도를 검사한 후 사용하였다.

1. 사회적지지

McCubbin, Patterson, Glynn(1982)이 개발한 사회적지지 척도(SSI)를 사용하였다.

SSI는 16문항의 5점 척도로 구성되어 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점으로 점수가 높을수록 사회적지지가 많음을 의미한다.

본 연구에서는 원 도구를 전문가의 번역 및 역번역의 과정을 거쳐 간호학교수 3명의 내용타당도 검증을 통해 문항을 수정 보완하였으며 5가족에 대한 사전조사를 통해 이해가 되지 않는 문장이나 어렵게 표현된 문장을 확인해 어휘를 수정하였다. 원 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .82 였으며 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .70, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .75로 나타났다.

최종분석 과정에서 문항간 상관계수가 낮은 1문항이 제외되어 총 16문항이 최종 분석에 사용되었다.

2. 가족관

McCubbin, Thompson, Elver, Carpenter(1992)에 의해 개발된 가족 가치관 도구(FSCH-E)를 우리나라 문화권에 맞게 수정하여 사용하였다.

FSCH-E는 34문항의 4점 척도로 “전혀 그렇지 않다” 1점, “매우 그렇다” 4점으로 점수가 높을수록 가족가치가 잘 형성되어 있는 것을 의미한다.

본 연구에서는 전문가의 번역과 역번역을 거쳐 간호학 교수 3인의 내용타당도 검증에 거쳐 문항을 수정보완하였다. 이 과정에서 “우리의 민족적, 문화적 뿌리는 우리에게 힘을 준다”, “음악은 우리 가족에게 민족적/문화적 뿌리를 느끼도록 가르친다”, “춤은 우리 가족에게 민족적/문화적 뿌리를 느끼도록 가르친다”, “모국어를 사용하는 것은 민족적/문화적 뿌리를 이해하고 소중히 하게 한다”의 4문항은 가족 문화의 차이로 인한 의미의 모호성이 제기될 수 있어 삭제하였고 사전 조사를 통해 이해하기 어렵거나 의미전달이 불분명한 문항은 수정보완하였다.

원도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .87이었다. 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .85, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .85로 나타났다.

문항간 상관계수가 낮은 1문항이 제외되어 총 34문항이 최종분석에 이용되었다.

3. 가족강인성

McCubbin, McCubbin과 Thompson(1986)이 개발한 가족의 강인성 척도(FHI)로 측정한다.

이 도구는 통제감, 협동성, 도전성의 총 20문항 4점 척도로 구성되어 “그렇지 않다” 1점에서 “항상 그렇다” 4점으로 점수가 높을수록 강인성이 높은 가족임을

의미한다.

본 연구에서는 간호학 교수 3인에게 자문을 구하여 내용타당도를 높였으며 원 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha .82였으며 이영애(1995)의 연구에서는 Cronbach's α 는 .80, 전미영(1996)의 연구에서는 .85이었다. 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .79, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .75로 나타났다.

문항간 상관 계수가 낮은 1문항이 제외되어 총 19문항이 최종분석에 사용되었다.

4. 가족기능

Smilkstein(1978)이 개발한 가족 APGAR 질문지로 측정한다.

가족 APGAR 도구는 가족원들이 가족의 일반적 기능 다섯 가지, 즉 적응(adaptation), 협력(partnership), 성장(growth), 애정(affection), 융화(resolve)에 대한 만족도를 측정할 수 있는 도구로 거의 그렇지 않다는 0점, 거의 그렇다는 2점으로 하여 0에서 10점의 범위를 가진다. 총 점수가 7-10 점이면 가족기능이 좋은 것으로 4-6 점은 중등도의 기능으로, 0-3 점이면 문제가 있는 가족기능으로 본다.

도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .86(Smilkstein, 1982)이었으며 본 연구의 사전조사에서 Cronbach's α 는 .77, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .70으로 나타났다.

5. 문제해결대처

McCubbin, Olson, Larsen (1981)이 개발한 가족대처척도(F-COPES)를 수정보완해서 사용한다.

이 도구는 어렵거나 문제가 되는 상황에서 가족이 사용하는 문제해결 및 행동 전략을 확인하기 위해 개발되었으며 5가지 하위요인으로 구성되었다.

첫 번째 영역은 사회적지지 추구로 친척, 친구, 이웃, 확대가족으로부터의 지지를 획득하는 능력이며 두 번째 영역은 재구성(reframing)으로 스트레스 상황에

대한 가족의 인지적 지향과 연관되어 스트레스 상황을 보다 더 관리할 수 있는 것으로 만들기 위해 상황을 재정의하는 가족의 능력을 말한다. 세 번째 영역은 영적인 지지의 추구, 네 번째 영역은 도움을 받고 획득하기 위한 가족 기동성(mobilizing family to acquire and accept help)으로 다른 사람으로부터 도움을 받고 지역사회 자원을 찾는 가족의 능력을 말한다. 다섯 번째 영역인 수동적 평가(passive appraisal)는 문제상황에 대한 회피 반응과 같은, 가족이 채택하는 수동적인 행동 양식을 말한다.

가족대처 도구는 16문항의 5점 척도로 구성되어 “전혀 그렇지 않다” 1점, “매우 그렇다” 5점으로 점수가 높을수록 대처행동을 통해 도움을 얻는 정도가 높은 것을 뜻한다.

본 연구에서는 전문가의 번역과 역번역 과정 및 간호학 교수 3명의 내용타당도 검증을 거쳐 문항을 수정 보완한 뒤 사전조사를 통해 다시 어려운 문항이나 의미가 중복되는 문항을 수정하였다. 원 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .86이었고 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .66, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .77로 나타났다.

본 연구에서는 사회적지지를 따로 측정하고 있으므로 사회적지지 추구의 하위영역을 제외하였다. 문항간 상관계수가 낮아 제외된 문항은 전부 수동적 평가의 문항으로 제외 후 남은 3문항으로 구성된 수동적 평가의 하위척도는 신뢰도가 Cronbach's α 가 .07로 제외되어 총 16문항이 최종분석에 이용되었다.

6. 문제해결 의사소통

McCubbin 등(1988)이 개발한 가족 문제해결 의사소통 척도(FPSC)를 사용한다.

FPSC는 역경과 생의 재난에 가족이 대처하는 데 있어서 중요한 역할을 하는 가족 의사소통의 두 가지 지배적인 양상을 사정하는 도구로 모든 가족은 의사소통의 긍정적, 부정적 양상 둘 다를 가지고 있으며 이런 의사소통 양상이 가족의

문제해결과 회복력에 중요한 요소로 인식되면서 개발되었다.

FPSC는 9문항의 4점 척도로 구성되어 있으며 전체를 긍정적인 문제해결 의사소통 방향으로 해석할 때는 “전혀 그렇지 않다” 1점, “매우 그렇다” 4점으로 하고 3개 문항을 역코딩하여 총 점수가 높을수록 긍정적인 문제해결 의사소통을 잘하는 것으로 해석된다. 하위척도별로 두 개의 도구로 나누어 각각 별개로 평가할 때는 2개 문항을 역코딩해서 선동적 의사소통 도구는 점수가 높을수록 문제해결 의사소통을 잘 못하는 것으로, 긍정적 의사소통 도구는 점수가 높을수록 문제해결 의사소통을 잘하는 것으로 해석한다.

본 연구에서는 전문가의 번역과 역번역 과정 및 간호학 교수 3인의 내용타당도 검증 등을 통해 문항을 수정하였고 5가족의 사전조사를 통해 이해가 가지 않는 문장이나 어려운 어휘를 수정 보완하였다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .89였다. 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .74, 본 조사에서 Cronbach's α 는 .76으로 나타났다. 문항간 상관계수가 낮은 1문항이 최종 분석에서 제외되어 총 9문항이 사용되었다.

7. 가족적응

McCubbin과 Patterson(1982)에 의해 개발된 가족원의 안녕척도(FMWB)로 측정한다.

이 도구는 가족원의 건강, 긴장, 에너지, 즐거움, 공포, 분노, 슬픔, 일상적 관심 등에 대한 정도를 측정하는 8문항으로 구성된 질문지로 “전혀 그렇지 않았다” 1점에서 “매우 그렇다” 10점까지의 10점 Likert 척도로 점수가 높을수록 가족 적응이 좋음을 의미한다.

원 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 .85였다. 전미영(1996)의 연구에서 Cronbach's α 는 .82, 서문경애(1999)의 연구에서는 Cronbach's α 는 .88로 나타났다. 사전조사에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 가 .88이었으며 본 조사에서는 Cronbach's α 가 .86으로 나타났다.

표 1. 측정도구의 신뢰도

연구변수	도구명	문항수	가능점수범위	Cronbach's α
사회적지지	SSI	16	16-80	.76
가족관	FSCH-E	34	34-136	.85
가족강인성	FHI	19	19-76	.75
통제감		6		.47
협동성		8		.77
도전성		5		.60
가족기능	Family APGAR	5	5-15	.70
문제해결대처	F-COPES	16	16-80	.79
인지적 지향		8		.78
영적지지추구		4		.91
가족기동성		4		.52
문제해결의사소통	FPSC	9	9-36	.80
긍정적의사소통		5		.73
선동적의사소통		4		.56
가족적응	FMWB	8	8-80	.87

D. 자료수집방법

본 연구의 자료수집방법 및 절차는 사전조사와 본 조사의 2단계로 이루어졌으며 사전조사는 2차에 걸쳐 실시하여 도구수정을 위한 1차 사전조사와 도구의 신뢰도를 확인하기 위한 2차 사전조사로 이루어졌다.

1. 사전조사

1차 사전조사는 3월 14일부터 16일까지 경기도에 위치한 1개 대학병원에서 암환아와는 상관없으나 외래를 방문한 본 연구 대상자의 연령에 해당되는 아동을 가진 5명의 어머니를 대상으로 시행하였다.

연구 도구의 질문내용 중 이해하기 어려운 문장이나 어휘를 확인하였고 반응을 살펴보았다. 사전조사 결과 가족관 도구에서 ‘정체성’을 ‘동일성’으로, 대처도구에서 ‘교회나 절 등의 종교 의식에 참여한다’와 ‘교회나 절 등의 종교 활동에 참여한다’를 똑같은 의미로 해석하여 ‘교회, 절 등의 예배나 예불에 참여한다’와 ‘교회나 절 등의 활동에 참여한다’로 수정하였다.

2차 사전조사는 2003년 3월 22일부터 3월 30일까지 서울의 2개 대학병원에서 본 연구대상자와 조건이 같은 암환아 어머니 30명을 대상으로 실시하였다. 자료수집은 질문지 작성 방법에 대한 설명을 하여 본인이 직접 작성케 하였고 도움이 필요로 되는 대상자는 연구자가 읽어주고 기재하는 방식으로 하였다. 소요시간을 측정하고 도구의 신뢰도를 조사하였다. 질문지 작성에 소요된 시간은 20-30분 정도였다.

2. 본 조사

본 조사는 2003년 3월 31일부터 2003년 5월 31일까지 4개 대학병원에서 입원하고 있는 아동의 가족을 대상으로 실시하였다.

각 병원에 자료수집협조에 관한 공문을 보내 협조를 얻었으며 소아암 전문의를 방문하여 연구대상자 기준을 설명하고 적합한 대상자 선정을 부탁하였다. 입원실의 경우에는 의사가 선정해 준 대상자를 방문하여 연구 목적을 설명하고 연구에 참여할 것을 동의한 가족에게 자료를 수집하며 외래는 혈액검사 결과가 나오는 동안의 대기 시간을 이용하여 역시 같은 방법으로 외래의 빈방이나 대기실에서 자료를 수집하였다.

자료수집은 본 연구자와 질문지작성과 면접법에 대해 교육받은 연구 보조자로 간호과를 졸업하고 대학병원의 간호사로 발령을 기다리고 있는 졸업생 5명이 실시하였다. 수집방법은 질문지작성에 대한 설명 후 대상자가 직접 기록하게 하였고 대상자 혼자 기록하는 데 어려움이 있는 경우에는 문항을 읽어주고 기재하는 방식으로 하였다. 질문지를 작성하는데는 20-30분 정도가 소요되었다.

E. 자료분석방법

1. 기술적 통계

SAS program을 이용하여 대상자의 일반적 특성 및 연구 변수에 대한 기술적 통계를 구하였으며 연구 변수들간의 상관관계를 Pearson 상관계수 값으로 분석하였다.

2. 모형의 부합도 검증

부합도 검증이란 이론적으로 가정된 가설적 모형이 실제로 수집된 자료에 의해 얼마나 잘 지지되고 있는가를 확인하는 것으로, 본 연구에서는 PC-LISREL Version 8.12 program을 이용하여 카이자승치(Chi Square), 카이자승치/자유도(df), 기초부합치(GFI), 조정부합치(AGFI), 표준부합치(NFI), 비표준부합치(NNFI), 원소간 평균자승 잔차(RMR), Critical Number(CN), 표준화잔차, Stem-leaf plot

으로 부합도를 검증하였다. 전반적 부합지수들의 값이 양호하고 특징수가 0이라는 가설에 대한 검정통계량인 T값이 크고, 표준화잔차의 값이 작으면 모형이 자료에 잘 맞음을 의미한다(배병렬, 2002).

3. 모형의 수정

모형의 수정을 위해서는 PC-LISREL Version 8.12에서 산출한 표준화잔차, 수정지수(Modification Index), T값을 근거로 하고 이론적 타당성을 고려하여 수정하였다.

4. 모형의 경로분석 및 가설검증

PC-LISREL Version 8.12 프로그램을 이용한 공변량 구조 분석을 실시하여 경로계수, 잔차, 측정오차를 측정하여 가설적 모형과 수정모형에서 설정된 경로의 특징수를 분석하였고 가설검증을 위한 추정된 각 모수의 유의성 검증은 직접효과, 간접효과, 총효과에서 나타나는 효과계수의 크기와 T값을 기준으로 하였다.

V. 연구결과

A. 대상자의 일반적 특성

응답자는 어머니가 199명(85.8%)으로 대부분이었으며 아버지는 14.2%인 33명이 응답했다. 어머니의 평균 연령은 35.9세, 아버지의 평균 연령은 39.3세였다. 가족의 특성으로 자녀수는 평균 2.2명, 전체 가족수는 4.2명이었다.

결혼상태에서 결혼이 227가족(97.9%), 사별과 이혼은 5가족(2.1%)이었다. 교육 정도는 아버지의 경우 대졸이 162명(69.8%)로 가장 많았고 어머니의 교육수준 역시 대졸이 118명(50.9%)으로 가장 많은 비율을 차지하였다. 종교가 있는 가족이 75.5%로 종교가 없는 가족(23.7%)보다 많았다. 경제상태는 중류층이라고 대답한 가족이 181명(78.0%)로 가장 많았으며 하류가 41명(17.7%), 상류가 10명(4.3%)으로 나타났다.

아동의 특성으로는 남자가 131명(56.5%)으로 여자 101명(43.5%)보다 많았으며 나이는 7-12세가 94명(40.5%), 4-6세가 78명(33.6%), 1-3세가 60명(25.9%)이었다. 학교생활은 재학 중인 아동이 58명(25%), 휴학 상태인 아동이 37명(16%), 장기결석 아동이 20명(8.6%), 미취학아동이 117명(50.4%)이었다.

진단명은 백혈병이 149명(64.2%)으로 가장 많았고, 악성임파종 22명(9.5%), 신경모세포종, 윌름종양, 골육종, 횡문근육종, 뇌종양을 포함한 고형종이 61명(26.3%)이었다. 치료상태는 치료 중인 아동이 222명(95.7%), 치료 종료 아동이 10명(4.3%)이었고 진단 이후 질병 기간은 평균 20.6개월이었으며 재발한 과거력이 있는 아동은 20명(8.6%), 재발한 과거력이 없는 아동은 212명(91.4%)로 나타났다.

표 2. 대상자의 일반적 특성

n=232

	특 성	구 분	빈도(백분율)	평 균	표 준 편 차
아동	성별	남	131(56.5)		
		여	101(43.5)		
	나이	1-3세	60(25.9)		
		4-6세	78(33.6)	5.9	
		7-12세	94(40.5)		
		백혈병	149(64.2)		
	진단명	악성임파종	22(9.5)		
		고형종	61(26.3)		
	진단이후 기간(개월)			20.6	17.9
	치료방법	화학요법	193(83.2)		
		방사선치료	85(36.6)		
		수술	81(34.9)		
		골수이식	51(21.9)		
	치료상태	치료중	222(95.7)		
		치료종료	10(4.3)		
가족	학교생활	재학	58(25.0)		
		휴학	37(16.0)		
	응답자	장기결석	20(8.6)		
		미취학아동	117(50.4)		
		어머니	199(85.8)		
		아버지	33(14.2)		
	연령(세)	부		39.3	4.9
		모		35.9	5.2
	자녀수(명)			2.2	0.7
	가족수(명)			4.2	0.8
	결혼상태	결혼	227(97.9)		
		사별	1(0.4)		
		이혼	4(1.7)		
	교육정도 부	고졸	65(28.0)		
		대졸	162(69.8)		
		고졸	108(46.5)		
		대졸	118(50.9)		
	종교	기독교	83(35.8)		
		천주교	44(19.0)		
		불교	48(20.7)		
		무	55(23.7)		
	경제상태	상	10(4.3)		
		중	181(78.0)		
		하	41(17.7)		

B. 연구변수의 서술적 통계

가족이 인지하는 사회적지지는 평균 60.88점으로 본 연구 대상자들은 사회적지지를 높게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 가족관은 평균 104.13점으로 가족가치가 비교적 잘 형성되어 있는 것으로 나타났다. 가족기능은 평균 12.59점으로 가족기능이 비교적 높게 유지되고 있는 것으로 나타났다.

가족강인성의 하위영역 중 협동성은 평균 26.44점, 통제성은 평균 18.89점으로 높은 편이었고 도전성은 평균 14.81점으로 보통 정도로 나타났다. 문제해결대처의 하위영역에서 영적지지추구는 평균 12.37점, 가족기동성은 평균 13.59, 인지적지향은 평균 27.19점으로 보통 정도의 대처를 하고 있는 것으로 나타났다.

문제해결의사소통은 긍정적 의사소통이 평균 15.06점, 선동적 의사소통이 평균 7.98점으로 긍정적 의사소통을 많이 사용하고 부정적 의사소통은 비교적 낮게 사용하고 있는 것으로 나타났다. 가족안녕은 평균 44.05점으로 본 연구의 가족들은 보통 정도의 안녕 상태임을 나타내었다.

표3. 연구변수의 서술적 통계

이론변수 측정변수	평균(표준편차)	범 위	왜 도	첨 도
사회적지지	60.88 (6.27)	16-80	.52	1.20
가족관	104.13 (8.79)	34-136	.86	1.23
가족기능	12.59 (1.96)	5-15	-.86	.49
가족강인성	62.45 (5.38)	19-76	.19	.14
협동성	26.44 (3.31)	8-32	.09	-.91
도전성	14.81 (1.81)	5-20	.05	.76
통제성	18.89 (2.16)	6-24	-.08	-.19
문제해결대처	60.74 (8.63)	16-80	.54	.44
인지적지향	27.19 (4.35)	8-40	.81	.12
영적지지추구	12.37 (4.34)	4-20	-.21	-.67
가족기동성	13.59 (2.38)	4-20	.31	.05
문제해결의사소통	29.38 (3.33)	9-36	-.76	1.54
긍정적 의사소통	15.06 (1.88)	5-20	-.78	1.10
선동적 의사소통	7.98 (1.67)	4-16	-.49	1.98
가족적응	44.05(13.11)	8-80	-.82	.88

C. 측정변수의 상관행렬

본 연구의 측정변수의 상관행렬은 표 4에 제시하였다.

가장 높은 상관관계를 보인 것은 문제해결의사소통의 하부영역인 긍정적의사소통과 선동적 의사소통으로($r=-.69$) 긍정적의사소통을 많이 할수록 선동적 의사소통은 적게 하는 것으로 나타났다. 그 다음이 인지적 지향과 가족관의 관계로($r=.56$) 가족관이 잘 형성되어 있을수록 인지적 지향의 대처를 잘 하는 것으로 나타났다. 긍정적 의사소통과 도전성도 높은 상관관계를 보였다($r=.54$).

가족관은 가족강인성의 하부영역인 통제성($r=.46$)과 높은 상관관계를 보였고 대처의 하부영역인 인지적 지향($r=.56$)과 영적지지추구($r=.27$), 가족기동성($r=.37$)과도 상관관계를 나타내었다. 또한 가족관은 긍정적의사소통($r=.27$)과 사회적지지($r=.46$)와도 상관관계를 보였다.

가족기능은 긍정적 의사소통과 가장 높은 상관관계를 보였다($r=.46$) 또한 가족강인성의 모든 하부영역과 상관관계를 보였고 대처 중에서는 인지적 지향과 가족기동성과 상관관계를 보였다. 가족기능은 사회적지지 및 가족안녕과도 유의한 상관관계를 나타내었다.

강인성의 모든 하부영역은 상호간에 유의한 상관관계를 나타내었고 하부영역 중 통제성은 대처의 인지적 지향과 높은 상관관계를 보였다($r=.52$).

사회적지지는 모든 측정변수와 유의한 상관관계를 나타내었는데 특히 인지적 지향($r=.46$), 가족관($r=.46$), 통제성($r=.45$)과 높은 상관관계를 보였다.

표 4. 측정 변수의 상관행렬

	사회적지지	가족관	협동성	통제성	도전성	가족기능	인지적지향	영적지지 추구	가족기동성	긍정적 의사소통	선동적 의사소통	가족적응
사회적지지	1.00											
가족관	.46****	1.00										
협동성	.31****	.06	1.00									
통제성	.45****	.46****	.19**	1.00								
도전성	.41****	.29****	.35****	.36****	1.00							
가족기능	.32****	.13*	.34****	.36****	.37****	1.00						
인지적 지향	.46****	.56****	.19**	.52****	.29****	.29****	1.00					
영적지지 추구	.26****	.27****	.15*	.22***	.17*	.04	.34****	1.00				
가족기동성	.32****	.37****	.17*	.22***	.15*	.17**	.44****	.17**	1.00			
긍정적 의사소통	.40****	.27****	.34****	.34****	.54****	.46****	.32****	.17**	.20**	1.00		
선동적 의사소통	-.34****	-.17**	-.34****	-.33****	-.52****	-.41****	-.26****	-.13	-.18**	-.69****	1.00	
가족적응	.22***	.05	.32****	.12	.26****	.18**	.03	.11	.07	.20**	-.19**	1.00

* P < .05

** P < .01

*** P < .001

**** P < .0001

D. 가설적 모형의 검증

1. 가설적 모형의 인정가능성 검토

모형검증에 있어서 모형에 대한 평가는 항상 모형에 대한 식별가능성부터 고려해야 하며 모형식별의 필요조건은 정보의 수와 미지수(자유모수)의 수를 비교하는 것이다. 구조방정식 모델에서 설정된 경로는 그 값이 추정되어야 하는 미지수이다. 모델이 설정되었으면 관측자료로부터 이런 자유모수의 추정치를 얻는 일이 요구된다.

모형인정의 필요조건은 정보의 수가 미지수의 수보다 많아야 모형인정의 필요조건이 충족된 것으로 본다. 모형전체에 존재하는 측정변수의 수를 k 라 할 때 $k(k+1)/2$ 가 정보의 수이다. 본 연구의 가설적 모형에서 측정변수는 12개이므로 주어지는 정보의 수는 78개가 되고 이론모형과 측정모형의 특징수 매트릭스(Parameter Matrix - Gamma, Beta, Phi, Psi, Theta-Delta, Theta-Epsilon)에 포함된 미지수의 총 수는 48이므로 모형 전체의 정보의 수보다 적은 자유도(정보의 수-미지수의 수)가 30인 모형식별을 위한 필요조건이 인정되었다.

2. 가설적 모형의 검증과정

구조방정식 모델에서 널리 사용되는 추정법은 전형적으로 연속적인 변수에 대한 정규분포를 가정하고 있다. 구조방정식모델은 자료의 분포적 특성, 특히 다변량 정규성이 이탈하거나 또는 자료가 강한 첨도 및 왜도를 갖는 경우에는 모수추정치 및 적합도가 민감하다 즉 안정적이지 못하다.

자료의 정규분포를 평가하기 위하여 본 연구에서는 서술적 통계에서 왜도(skewness)나 첨도의 값이 2보다 크거나 -2보다 작으면 다변량 정규 분포의 가정이 위협받는 것으로 해석한다. 본 연구에서 고려하는 측정변수에 관한 기술통계량을 살펴볼 때 모든 변수들이 다변량정규성으로부터의 이탈이 극심하지 않은 점으

로 모든 측정변수들이 다변량 정규분포를 따른다는 가정하에서 최대우도법(Maximum Likelihood Method)을 사용하였다.

ML 추정량은 관찰변수들이 다변량 정규분포에 따른다는 가정하에 일관적이고 비편향적이고 효율적인 모수추정치들을 갖는다. 비편향적은 추정치의 기대값이 실제 모수와 일치한다는 뜻이고 일관적은 표본크기가 커질수록 추정치가 실제의 모수에 근사하다는 것이며 효율적은 표본크기가 커질수록 각기 다른 표본에서 산출된 추정치들은 서로 유사하다는 의미이다.

본 연구의 분석에 사용된 표본의 크기는 232개였다. 포함된 잠재변수의 수는 7개로 외생변수는 사회적지지이며 내생변수는 가족관, 강인성, 가족기능, 대처, 의사소통, 가족안녕이다. 외생변수에 대한 측정변수는 사회적지지가 1개의 측정변수로 측정되었으며 내생변수는 가족관이 1개, 의사소통이 2개, 대처가 3개, 강인성이 3개, 가족안녕과 가족기능이 각각 1개의 측정변수로 측정되어 총 12개의 측정변수가 포함되었다.

3. 가설적 모형의 전반적 부합지수

구조방정식의 일차적인 목적은 연구자가 가정한 모형이 자료에 의해서 얼마나 지지되는지를 평가하는 것이다. 본 연구의 가설적 모형이 자료에 부합하는지를 평가하기 위해 전반적 부합지수로 χ^2 통계량, χ^2 통계량/자유도(df), 기초부합치(GFI), 조정부합치(AGFI), 원소간 평균차이(RMR), 표준부합치(NFI), 비표준부합치(NNFI), Critical Number(CN)를 이용하였다.

표 5. 가설적 모형의 전반적 부합지수

부합지수	$\chi^2(p\text{-value})$	χ^2/df	GFI	AGFI	RMR	NFI	NNFI	CN
최적모델		2-3	0.9-1	0.9-1	0.05	0.9-1	0.9-1	200이상
가설적 모형	112.52(0.00)	2.6	0.92	0.85	0.06	0.93	0.93	139

1) χ^2 통계량

카이제곱 통계량은 자료에 대한 정규분포 이론을 근거로 계산되며 가설적 모형과 자료가 완전히 일치되는 상태를 귀무가설로 보고 검정한다. 귀무가설이 기각되어 유의적이란 뜻은 모형과 자료가 통계적으로 일치되지 않는다는 것으로 이 불일치의 정도를 재는 χ^2 값이 크면 모형이 자료에 부합되지 않음을 의미한다.

그러나 χ^2 값의 한계점은 χ^2 통계량은 표본크기에 의해 민감하게 영향을 받기 때문에 표본크기가 100-200인 경우에 통계적 유의성 검증을 위한 적절한 χ^2 값을 얻을 수 있으며 표본크기가 이 범위를 벗어날 경우에는 χ^2 값은 신뢰하기 어렵다. 표본의 크기가 감소하면 실제 유의적인 차이를 비유의적으로 제시하는 오류가 발생하며, 표본의 크기가 200 이상 증가하면 이와는 반대의 오류 즉, 실제로 모형이 현실과 커다란 차이가 없는데도 마치 차이가 있는 것처럼 사소한 차이를 유의적으로 판단함으로서 귀무가설을 채택하기 힘들게 된다.

일반적으로 카이제곱 통계량에 의한 검정은 관찰변수들이 다변량 정규분포에 따르며 표본공분산행렬에 근거하여 분석이 수행되어야 하며 표본의 개수가 적절히 커야 한다는 등의 가정들이 만족될 경우에만 유효한데 실제 분석에서 이러한 가정들이 모두 만족되지는 쉽지 않다. 따라서 카이제곱 통계량은 검정통계량보다는 모형이 자료에 의해서 지지되는 정도를 나타내는 하나의 측도로써 유용하게 사용될 수 있다.

본 연구에서는 χ^2 값이 112.52(df=43, P=.00)로 귀무가설이 기각되어 가설적 모

형이 자료에 잘 부합되지 않는 것으로 나타났으나 표본크기가 200보다 커서 실제로 모델이 통계적으로 유의한 차이가 없음에도 불구하고 차이가 있는 것처럼 나올 수 있어 다른 여러 가지 적합지수를 고려해야 한다.

2) χ^2 통계량/자유도(df)

χ^2 통계량을 자유도에 대하여 수정한 값으로, 표준 Chi-square라고 하며 그 값이 2-3 정도이면 적합하고 2 - 3 이상이면 모델이 관찰된 상관행렬을 재생시키는 능력이 떨어짐을 의미한다. 이 값도 표본수에 민감한 수치이므로 모형의 부합도를 검정하는데 결정적인 지수는 될 수 없음이 고려되어야 한다.

본 연구에서는 표준 Chi-square 값이 2.6으로 나타났고 일반적으로 χ^2 값이 자유도의 2배를 넘지 않으면 p값이 작아도 적합한 모델로 평가되는데 본 연구에서 χ^2 값이 자유도의 2배에서 크게 벗어날 정도로 높지 않아 적합한 모델로 평가된다.

3) 기초부합치(Goodness of Fit Index; GFI)

기초부합치는 주어진 모형이 자료를 얼마나 잘 설명하는지를 보여주며 표본의 크기나 다변량 정규분포의 가정에 비교적 영향을 받지 않는다. GFI의 해석은 회귀분석에서 다중상관자승치(R^2)와 비슷하며 주어진 모형이 자료의 변량/공변량을 얼마나 설명하는지를 보여준다. 0과 1 사이에 존재하며 1에 가까울수록 적합도가 좋은 것으로 간주된다. 일반적으로 GFI가 .90이상이면 큰 문제가 없는 모형으로 평가하며 .95이상이면 좋은 모형이라 할 수 있다.

본 연구에서는 GFI가 0.92로 나타나 큰 문제가 없는 모형으로 간주된다.

4) 조정부합치(Adjusted Goodness of Fit Index; AGFI)

AGFI는 GFI를 자유도에 대하여 수정한 값으로 수정결과 GFI보다는 적은 숫

자가 산출된다. AGFI는 회귀분석에서 조정된 다중상관자승치와 비슷하게 해석된다.

AGFI는 모델의 간명도를 보는 간명적합지수로 추가적인 모수를 포함하는 것에 대한 벌칙함수를 고려한다. AGFI의 범위는 0과 1 사이에 있으나 이론적으로 음수가 될 수 있다.

본 연구에서는 AGFI가 0.85로 나타나 모형의 수정이 필요한 것으로 간주되나 AGFI는 시뮬레이션 결과 좋지 않은 지수로 나타나 요즈음에는 잘 쓰이지 않는 지수(배병렬, 2000)임을 고려하였다.

5) 잔차평균자승이중근(Root Mean square residual; RMR)

관찰행렬(S)과 추정행렬(Σ)과의 차이를 잔차공분산행렬(residual covariance matrix)이라 한다. RMR은 이러한 잔차평균을 자승하고 이를 합한 후 이중근($\sqrt{\quad}$)을 취한 값이다.

이는 표본자료에 의해 모델이 설명할 수 없는 분산/공분산의 크기를 말하며, 작을수록 좋다. 재생산된 공변량은 모델에 의하여 뒷받침되는 공변량자료를 표시한다. 이 재생산공변량이 분석자료의 공변량과 큰 차이가 없으면 모델과 현실사이에 큰 차이가 없다고 해석되고 그 모델은 잘 맞는 모델로 판정된다. 극히 잘 맞는 모델이라면 RMR이 0에 가까울 것이고 잘 안 맞는 모델일수록 점점 더 큰 양의 수가 된다.

RMR은 공분산을 투입행렬로 이용하는 경우 자료가 표준화되어있지 않기 때문에 추정계수들의 비교가 상대적으로 어렵다. 반면 상관행렬을 투입행렬로 이용하는 경우 자료를 표준화시켰기 때문에 동일한 값을 제공하여 추정계수의 비교가 용이하다. 따라서 연구자는 투입행렬이 공분산행렬인지 아니면 상관행렬인지에 따라 RMR의 실제적인 유의성을 평가할 수 있다. 일반적으로 RMR은 측정단위에 따라 변수의 값이 다르게 나타나는 공분산행렬보다 상관행렬인 경우에 더욱 용이하다. 대체로 투입된 자료가 상관행렬인 경우에 한해서 0.05 이하이면 좋은 모델로 평가된다. 공분산행렬인 경우 표본자료의 숫자들의 크기에 신경쓰지 않고 해석할

수 있는 GFI, AGFI, NFI, NNFI 등을 함께 참조할 것을 요구한다.

본 연구에서는 RMR이 0.06으로 모델과 현실 차이에 큰 차이는 없는 것으로 나타났다.

6) 표준부합치(Normed Fit Index; NFI)

NFI는 기초모형(임의적이고 매우 제약된 모델로서 모든 상관관계가 0 이다고 가정하는, 즉 측정변수간에 공분산이 존재하지 않는다고 가정하는 모델)을 자료에 잘 맞지 않는 최악의 모형으로 보고 이 기초모형과 연구자가 설정한 모형을 비교하는 것으로 크기는 0-1 사이에 위치한다. NNFI가 1을 넘을 수 있는 반면 NFI는 그 값이 반드시 0과 1 사이에서만 존재하므로 표준이라는 접두어가 붙었다. 연구자가 설정한 모형이 기초모형에 가까우면 그 값이 0에 가깝고 최적의 모형이면 1에 가깝다.

일반적으로 NFI가 0.9 이상이면 바람직한 것으로 보는데 본 연구에서의 NFI는 0.93으로 좋은 부합도를 보여주었다.

7) 비표준부합치(Non-Normed Fit Index; NNFI)

NNFI는 NFI의 자유도와 표본크기의 의존도를 조정한 것으로 제안모델과 기초모델의 비교와 모델의 간명도(즉 자유도)를 결합하여 측정된 것이다. 기초모델은 보통은 측정변수간에 공변량이 존재하지 않는다고 가정하는 매우 간명한 모델이다. NNFI의 분모는 가장 안맞는 모델과 가장 잘 맞는 모델사이의 일종의 거리를 의미한다. NNFI의 분자는 연구자가 설정한 모델이 가장 안 맞는 모델에서 얼마나 멀리 떨어져 있는가를 보여주는 또 하나의 거리를 의미한다. 즉 연구자의 모델이 가장 잘 맞는 모델에 가까울수록 분자에서의 거리는 분모에서의 거리와 같아진다. 권장 수용수준은 0.90이상이며 1.0에 가까운 수치를 보여줄 때 적합한 모형이다.

본 연구에서의 NNFI는 0.93으로 좋은 부합도를 보여 주었다.

8) Critical Number(CN)

CN은 가설적 모형이 통계적으로 수용가능한 크기를 추정하는 것으로 표본크기가 다른 가설적 모형을 평가하는 방법이다. CN은 χ^2 검증을 위해 주어진 유의수준에서 구조방정식모형이 수용할 수 있는 적절한 표본크기를 나타내 주는 지수이다. CN 값이 200 이상이면 주어진 모형이 표본자료를 적절하게 나타내고 모형이 적절함을 의미한다.

본 연구의 가설적 모형에 대한 CN은 139로 나타나 모형의 수정이 필요하다고 보여진다.

9) 표준화잔차(Standardized Residual)

모형에 기초하여 추정된 공분산행렬과 표본으로부터 얻어진 공분산행렬간의 잔차를 표준화한 것이다. 표준화 잔차의 값이 클 경우 그에 해당하는 공변량이 모형에서 잘못 표시되었음을 의미한다. 두 변수간의 공변량이 잘못 모형화되어 있다는 것은 두 변수간에 직접효과, 간접효과, 또는 제 3변수효과 중 어느 하나 또는 여러 개가 잘못 표기된 것임을 나타내는데 표준화 잔차값의 절대값이 2.58이상이면 공변량이 경로도형에서 세부적으로 부적합함을 의미한다.

Stem-leaf plot은 표준화 잔차 값들이 가지는 분포로 그림을 통해 표준화 잔차의 분포를 한 눈에 볼 수 있다. plot의 분포는 대부분의 값이 0을 중심으로 모여있고 양쪽이 대칭을 이루는 정상분포 모양을 이루어야 모형의 부합도가 좋음을 의미한다.

표준화 잔차 Q-plot은 추정모델의 정규분포성을 검토하는데 유용한 것으로 Q-plot의 기울기가 1(=45°)보다 크면 모형이 상당히 잘 부합되고 있음을 의미하며 1에 가까우면 적절하게 부합된다고 할 수 있으며 1(=45°)보다 작으면 전반적으로 모형의 부합도가 빈약함을 의미한다.

본 연구의 가설적모형에서는 표준화 잔차의 중위수 값이 0.03, 가장 작은 표준화 잔차값이 -2.89, 가장 큰 표준화 잔차값이 3.94로 기준치인 절대값 2.58을 넘는

값들이 많으므로 모형의 수정이 필요함을 보여주었다.

본 연구의 가설적 모형의 결과는 그림에서 보는 와와 같이 0을 중심으로 모여 있고 양쪽이 대칭을 이루는 정상분포 모양을 보이고 있으나 2.58이상의 큰 값을 보이는 변수들이 많아 모형의 수정이 필요함을 알 수 있다.

< 표준화잔차 정보 >

가장 작은 표준화잔차 = -2.893
표준화잔차 중위수 = 0.030
가장 큰 표준화잔차 = 3.942

< Stem-leaf Plot >

- 2|9766433321
- 1|99999763211
- 0|9976665552000000000
0|2233334455667777889
1|0012355667999
2|5566
3|79

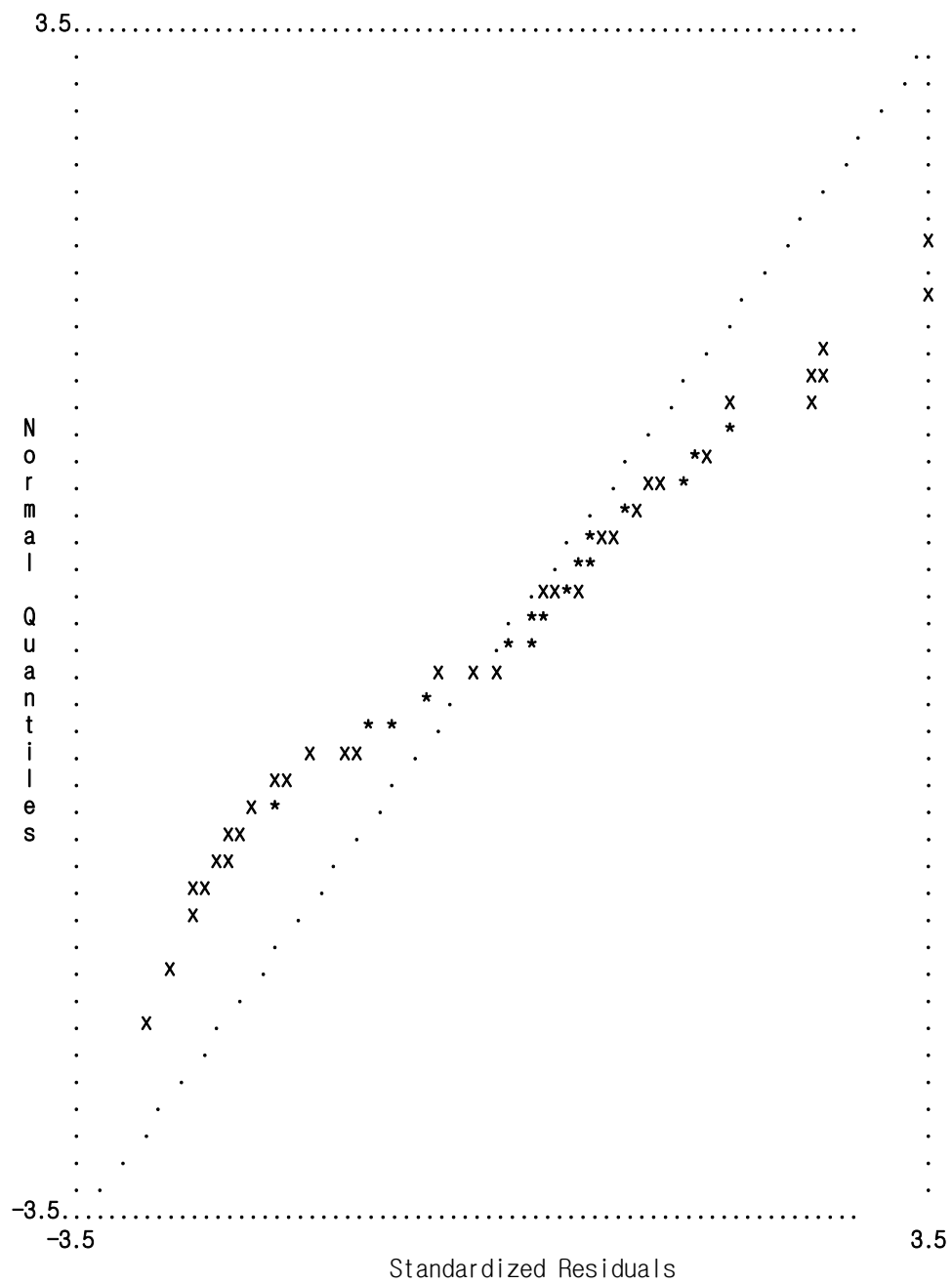


그림 3. 가설적 모형의 표준화잔차 Q-plot

4. 가설적 모형의 모수 추정치 및 효과계수

최대가능법을 이용하여 가설적 모형의 모수를 추정한 결과로서 각 경로의 모수추정치(β , γ)와 T-value, 각 내생변수의 다중상관제곱값을 제시하였다(표 6).

다중상관제곱값(Square Multiple Correlation; SMC)은 내생변수의 변량이 외생변수의 측정변수에 의하여 설명되는 정도를 의미하는 것으로 회귀분석의 R^2 와 유사하며 이 값이 높으면 좋은 예측변수임을 의미하여 하나의 방정식이 가지는 선행형성의 강도가 높다고 할 수 있다. 추정된 각 모수의 유의성 검증은 T-value를 기준으로 하였다.

내생변수를 중심으로 이론변수들간의 직접효과를 살펴보면 다음과 같다.

가족관은 사회적지지의 직접적인 영향을 받아($\gamma_{11}=.46$, $T=7.38$) 사회적지지에 의해 가족관이 설명되는 정도는 21%였다.

가족강인성에 직접적인 영향을 미치는 예측변수는 사회적지지($\gamma_{31}=.23$, $T=3.40$), 문제해결의사소통($\beta_{35}=.36$, $T=2.91$), 가족관($\beta_{31}=.14$, $T=3.20$)이었으며 이 중 가장 큰 직접적인 영향을 주는 변수는 문제해결의사소통이었고 그 다음이 사회적지지, 가족관의 순이었다. 가족강인성이 이들 변수에 의해 설명되는 정도는 74%였다.

가족기능에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성이며($\beta_{23}=.62$, $T=2.46$) 사회적지지는 유의한 영향을 미치지 못하였다. 가족기능이 이 두 변수에 의해 설명되는 정도는 27%였다.

문제해결대처에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성과($\beta_{43}=.44$, $T=2.70$) 가족관으로($\beta_{41}=.38$, $T=6.05$) 이 중 가족강인성은 가장 큰 영향을 미치는 변수였고 문제해결대처가 이들 예측변수에 의해 설명되는 정도는 44%였다.

문제해결의사소통은 직접적인 영향을 미치는 변수가 없었으나 가족강인성과 사회적지지, 가족기능에 의해 문제해결의사소통이 설명되는 정도는 48%로 나타났다.

가족적응에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성과($\beta_{63}=.80$, $T=1.99$) 문제해결대처($\beta_{64}=.26$, $T=2.74$)로 나타났고 이들 예측 변수에 의해 가족적응이 설명되는 정도는 18%로 나타났다

표6. 가설적 모형의 모수추정치, T값 및 다중상관제곱값

내생변수			
외생변수	경로계수(S.E)	T-value	SMC
가족관			.21
사회적지지	.46(.06)	7.38*	
가족강인성			.74
사회적지지	.23(.07)	3.40*	
문제해결의사소통	.36(.12)	2.91*	
가족관	.14(.04)	3.20*	
가족기능			.27
가족강인성	.62(.25)	2.46*	
사회적지지	.05(.13)	.42	
문제해결대처			.44
가족강인성	.44(.16)	2.70*	
사회적지지	.08(.08)	1.04	
가족관	.38(.06)	6.05*	
가족기능	.06(.07)	.92	
문제해결의사소통			.48
가족강인성	.28(.38)	.75	
사회적지지	.21(.16)	1.33	
가족기능	.19(.10)	1.94	
가족적응			.18
가족강인성	.80(.40)	1.99*	
문제해결의사소통	.08(.21)	.38	
문제해결대처	.26(.10)	2.74*	
사회적지지	.05(.12)	.41	
가족기능	.03(.09)	.29	

* | T-value | > 1.96 (p < .05와 같음)

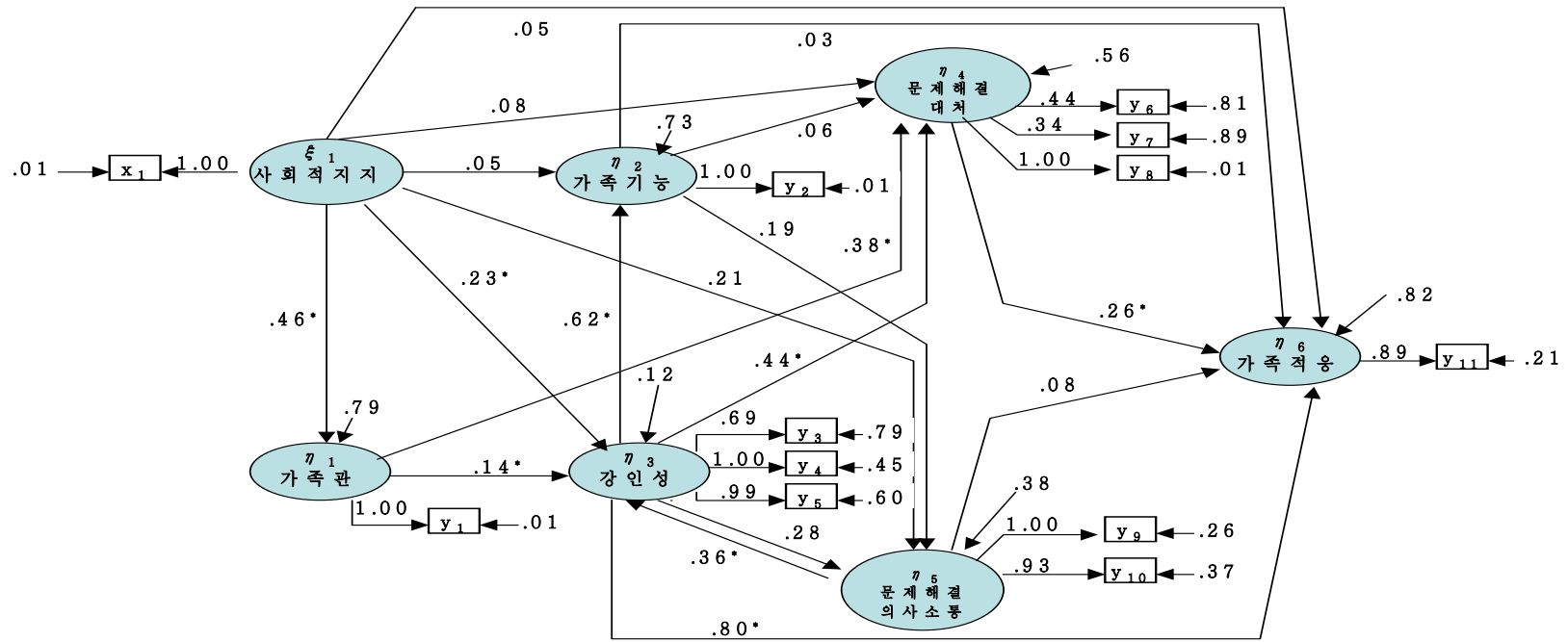


그림 4. 가설적 모형의 경로 도해

E. 모형의 수정

1. 모형의 수정

모형을 찾는 것은 간명함과 부합도를 동시에 증가시키거나 또는 그 중 하나의 희생을 최소화하면서 다른 하나의 증가를 최대화시키고자 하는 과정으로 모형수정을 통해 이루어진다.

모형의 부합도를 높이기 위하여 모형을 수정하는 방법에는 기존의 이론변수를 유지하면서 자유특징수를 추가하는 방법, 이론변수를 유지하면서 자유특징수를 고정하는 방법, 이론변수의 추가 및 제거를 포함하여 수정하는 방법 등이 있다. 본 연구에서는 기존 이론변수는 유지하면서 모형을 수정하는 방법을 이용하였으며 이론적 정당성을 고려하여 수정하였다.

기존의 이론변수를 유지하면서 어떤 자유특징수를 고정하느냐 하는 것은 자유특징수에 대해 T 값의 절대치가 2보다 작을 때 즉 모형에서 그 특징수가 부여하는 의미가 무시해도 좋을 정도라면 그 특징수의 값을 0으로 고정시킬 수 있다. 고정지수는 모델에 표시된 자유특징수가 과연 그대로 유지할 만큼 중요한 미지수인지에 대하여 대략적인 통계적 정보를 제공한다. 어느 미지수의 고정지수가 작을 경우(0에 가까울 때) 그 미지수를 0에 고정된 특징수로 바꾸어도 모델의 부합도에는 별 지장이 없음을 나타낸다. 즉 부합도를 크게 희생하지 않고도 간명한 모델로 될 수 있음을 의미한다. 고정지수가 상당히 크면(절대치가 2보다 클 때) 그 미지수를 고정시키지 말고 그냥 모델에 표시되어야 할 것을 의미한다. 즉 그 모델은 더 이상 간명한 모델로 될 수 없음을 나타낸다.

따라서 이론적 타당성을 고려하고 고정지수가 작은 경로를 고정하면서 모형의 적합도를 증진시키는 방향으로 진행하여 가족기능에서 가족적응의 경로는 T 값이 0.29로 작고 유의하지 않은 경로로 제외되었다.

또한 모형을 수정할 때 고려해야 할 사항으로 표준화잔차 값과 수정지수가 있는데 표준화잔차가 2.58이상이면 공변량이 경로도형에서 세부적으로 부적합함을

의미하고, 수정지수는 모형의 고정특징수를 자유특징수로 할 경우, 즉 모형에서 경로로 표시되지 않은 두 변수 사이를 새로 연결한다면 부합도가 얼마나 증가할 것인지 알려주는 치수이다.

표준화잔차 값과 수정지수가 높게 나온 경로는 통제감과 인지적 지향, 통제감과 협동성의 경로였다. 그러나 측정변수 간의 오차들간에 상관을 허용하지 않는 공변량 구조 분석에서 오차들끼리의 상관(공분산) 관계를 추가해 상호관계가 있는 것으로 허용하는 것은 대부분의 경우 모형의 적합도는 높아지지만 이로 인해 이론적 타당성 증가보다는 단순히 표본에 내재해 있는 우연성을 반영하는 경우가 많으므로 미리 이론적으로 예측된 것이 아니라면 정당화하기 어려우므로 측정오차의 공분산을 허용하는 것은 이론적, 방법론적으로 명확한 근거가 없는 한 하지 않는 것이 바람직하다고 하였다(배병렬, 2002).

따라서 본 연구에서 이들의 경로는 이론적으로 타당하지 않기 때문에 추가시키지 않았다.

2. 수정모형의 부합도 검증

모형 수정은 부합도를 증진시키면서 간명한 모형을 찾기 위해서이다. 이 때 수정된 모형이 가설적 모형보다 간명하면서 부합도가 좋은 모형인지를 검증하는 방법 가운데 하나가 Bentler와 Bonett(1980)의 카이제곱 차이 검증이다. 가설적 모형과 수정모형의 카이자승차이 값이 자유도의 차이에 비해서 월등히 크다면 간명도 희생에 비해 더 큰 부합도의 증가를 가져오므로 모형의 적합도가 실질적인 증진이 있음을 의미하며 카이자승차이 값이 자유도 차이 값과 비슷하다면 이는 우연에 의한 가능성이 있음을 고려해 볼 때 실질적인 증진은 미약한 것으로 볼 수 있다. 본 연구의 가설적 모형과 수정모형을 카이제곱 차이 검증에 따라 비교해 볼 때 카이제곱 차이는 $112.52 - 106.13 = 6.39$ 이고 자유도의 차이는 $43-40=3$ 으로, 카이제곱 차이 값이 자유도 차이보다 더 큰 것으로 나와 부합도의 증가가 간명함을 희생시키는 것을 정당화할 만큼 큰 것으로 통계적으로 검증되었다. 따라서 수

정모형의 적합도나 간명도에 있어 실질적인 증진이 있음을 보여 주었다.

표준화잔차에서는 가장 큰 표준화잔차 값이 3.30으로 약간 큰 값을 보이기는 하나 나머지는 모두 기준치인 2.58이하의 수준에 있으며 stem-leaf plot도 대칭성이나 0을 중심으로 한 집중성이란 관점에서 훨씬 양호한 것으로 판단된다.

표 7. 수정모형의 전반적 부합지수

부합지수	$\chi^2(p\text{-value})$	χ^2 / df	GFI	AGFI	RMR	NFI	NNFI	CN
가설적모형	112.52(.00)	2.6	.92	.85	.06	.93	.93	139
수정모형	106.13(.00)	2.4	.92	.86	.06	.93	.94	150

<표준화잔차 정보>

가장 작은 표준화잔차(smallest standardized residual)	-2.378
표준화 잔차 중위수(median standardized residual)	0.006
가장 큰 표준화 잔차(Largest standardized Residual)	3.302

<Stem-leaf Plot>

```

- 2|43330
- 1|97776544432200
- 0|996655555411000000000
0|112222223334455567789999
1|00113447
2|2333
3|13

```

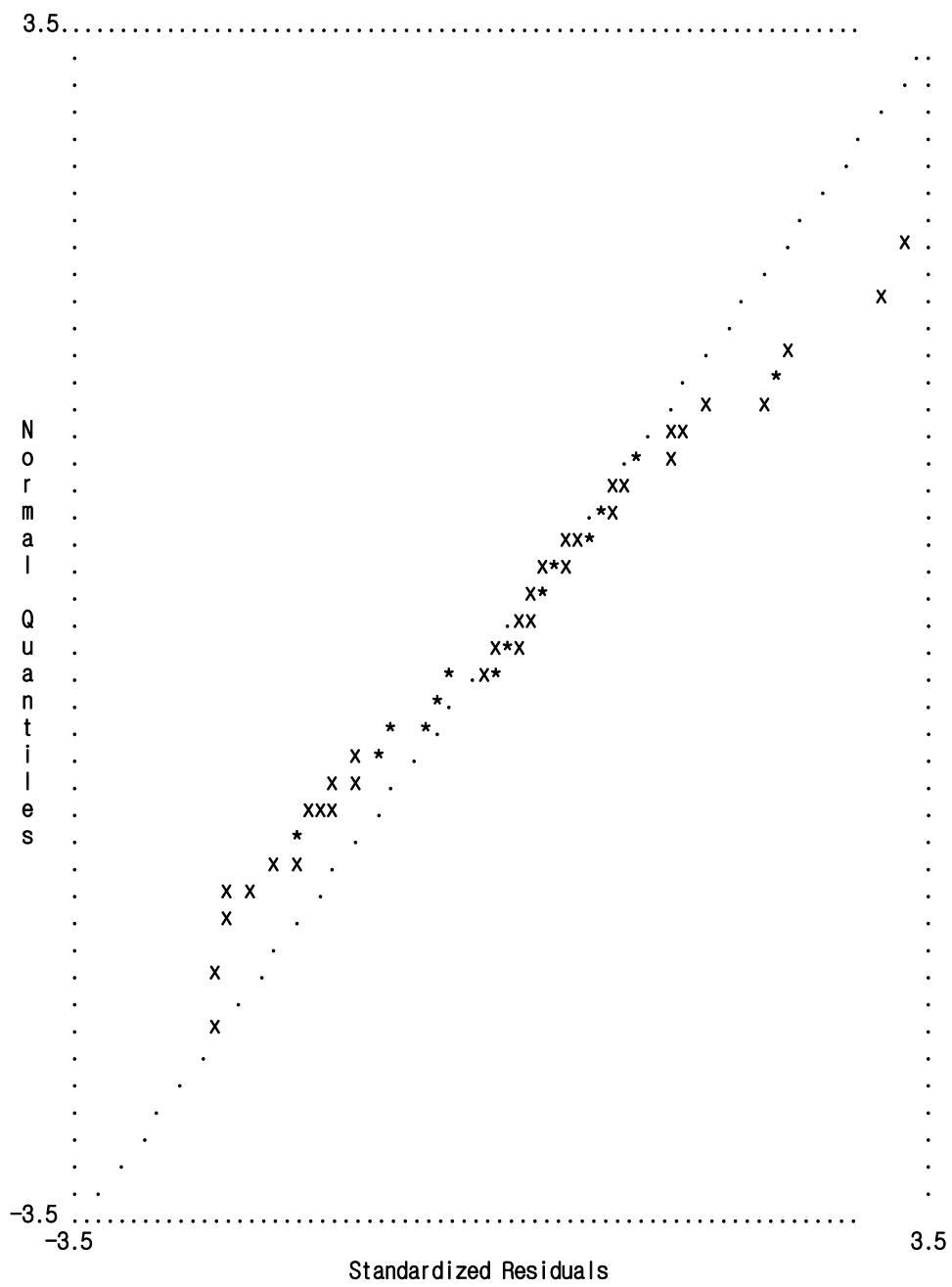


그림 5. 수정모형의 표준화잔차 Q-plot

3. 수정모형의 요인계수

각 변수의 특징수(Beta, gamma)의 값과 특징수가 0이 아니라는 가설에 대한 검정통계량인 T값, 각 내생변수의 다중상관자승치(, Squared Multiple Correlation)를 표 8에 제시하였다.

SMC는 내생변수의 변량이 측정변수에 의하여 설명되는 정도를 의미하여 추정된 각 특징수의 통계적 유의성은 T값의 절대치가 1.96이상을 기준으로 판단하였다.

사회적지지는 가족관에 직접적인 영향을 미치는 예측변수($\gamma_{11}=.47$, $T=7.38$)로 가족관이 사회적지지에 의해 설명되는 정도는 22%였다.

가족강인성에 직접적인 영향을 미치는 예측변수는 사회적지지($\gamma_{31}=.23$, $T=3.43$), 문제해결의사소통($\beta_{35}=.36$, $T=2.97$), 가족관($\beta_{31}=.14$, $T=3.31$)이었으며 이 중 가장 큰 직접적인 영향을 주는 변수는 문제해결의사소통이었고 그 다음이 사회적지지, 가족관의 순이었다. 가족강인성이 이들 변수에 의해 설명되는 정도는 74%였다.

가족기능에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성($\beta_{23}=.65$, $T=2.62$)이며 사회적지지는 유의한 영향을 미치지 못하였다. 가족기능이 가족강인성과 사회적지지에 의해 설명되는 정도는 29%였다.

문제해결대처에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성($\beta_{23}=.45$, $T=2.72$)과 가족관($\beta_{41}=.39$, $T=6.22$)으로 이 중 가족강인성은 가장 큰 영향을 미치는 변수였고 문제해결대처가 이들 예측변수에 의해 설명되는 정도는 53%였다.

문제해결의사소통에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족기능($\beta_{52}=.20$, $T=1.99$)으로 가족강인성과 사회적지지는 유의한 직접적인 영향을 미치지 못하였다. 문제해결의사소통이 가족강인성, 사회적지지, 가족기능에 의해 설명되는 정도는 48%였다.

가족적응에 직접적인 영향을 미치는 변수는 가족강인성($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$)과 문제해결대처($\beta_{64}=.38$, $T=2.95$)로 나타났고 이들 예측 변수에 의해 가족적응이 설명되는 정도는 22%로 나타났다.

표 8. 수정모형의 모수 추정치(γ , β), T값 및 SMC

내생변수			
외생변수	경로계수(S.E)	T-value	SMC
가족관			.22
사회적지지	.47(.06)	7.38 *	
가족강인성			.74
사회적지지	.23(.07)	3.43*	
문제해결의사소통	.36(.12)	2.97*	
가족관	.14(.04)	3.31*	
가족기능			.29
가족강인성	.65(.25)	2.62*	
사회적지지	.05(.37)	.42	
문제해결대처			.53
가족강인성	.45(.16)	2.72*	
사회적지지	.08(.08)	1.07	
가족관	.39(.06)	6.22*	
가족기능	.05(.07)	.75	
문제해결의사소통			.48
가족강인성	.26(.37)	.71	
사회적지지	.21(.15)	1.38	
가족기능	.20(.10)	1.99*	
가족적응			.22
가족강인성	.97(.42)	2.30*	
문제해결의사소통	.09(.21)	.42	
문제해결대처	.38(.13)	2.95*	
사회적지지	.05(.12)	.40	

* | T-value | > 1.96 (p < .05와 같음)

4. 수정모형의 효과분석

수정모형에서의 직접효과와 간접효과, 총효과를 내생변수를 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

가족강인성에 유의하게 영향을 미치는 변수는 사회적지지($\gamma_{31}=.23$, $T=3.43$)가족관($\beta_{31}=.14$, $T=3.31$), 문제해결의사소통($\beta_{35}=.36$, $T=2.97$)으로 나타났으며 가장 크게 영향을 미치는 변인은 문제해결의사소통이었다. 세 변수 모두 직접효과가 유의하여 총효과가 유의하였다.

가족기능에 유의하게 영향을 미치는 변수는 사회적지지(효과계수=.34, $T=5.01$), 가족관(효과계수=.11, $T=2.09$), 가족강인성(효과계수=.76, $T=2.26$), 문제해결의사소통(효과계수=.27, $T=2.48$)이었으며 가장 크게 영향을 미치는 변수는 가족강인성이었다. 사회적지지는 직접효과는 유의하지 않았으나 간접효과(효과계수=.11, $T=2.09$)가 유의하여 총효과가 유의하였다. 가족관도 간접효과가 유의하여 총효과가 유의한 것으로 나타났고 문제해결의사소통 역시 간접효과(효과계수=.27, $T=2.48$)가 유의하여 총효과가 유의하였다. 가족강인성은 직접효과($\beta_{23}=.65$, $T=2.62$)가 유의하여 총효과가 유의하였다.

문제해결대처에 유의하게 영향을 미치는 변수는 사회적지지, 가족관, 가족강인성, 문제해결의사소통이었고 이 중 가장 크게 영향을 미치는 변수는 가족강인성이었다. 가족관은 직접효과($\beta_{41}=.39$, $T=6.22$)와 간접효과(효과계수=.08, $T=2.39$)가 다 유의하여 총효과(효과계수=.47, $T=7.99$)가 유의하였고 사회적지지는 직접효과는 유의하지 않았으나 간접효과(효과계수=.39, $T=5.58$)가 유의하여 총효과(효과계수=.47, $T=7.70$)가 유의하였다. 가족강인성은 직접효과($\beta_{43}=.45$, $T=2.72$)가 유의하여 총효과(효과계수=.56, $T=3.11$)가 유의하였다. 문제해결의사소통은 간접효과(효과계수=.20, $T=2.53$)가 유의하여 총효과가 유의하였다. 가족기능은 문제해결대처에 유의한 영향을 미치지 못하였다.

문제해결의사소통에 유의한 영향을 미치는 변수는 사회적지지(효과계수=.39, $T=6.36$)와 가족기능(효과계수=.23, $T=2.23$)이었고 가장 크게 영향을 미치는 변수

는 사회적지지였다. 사회적지지는 직접효과와 간접효과가 유의하지 않았으나 총효과가 유의하여 지지되었다. 가족기능은 직접효과($\beta_{62}=.20$, $T=1.99$)가 유의하여 총효과(효과계수= .23, $T=2.23$)가 유의하였다. 가족강인성은 문제해결의사소통에 유의한 영향을 미치지 못하였다.

가족적응에 유의한 영향을 미치는 변수는 사회적지지(효과계수= .25, $T=3.35$)와 가족강인성(효과계수=.86, $T=2.30$), 문제해결대처(효과계수=.38, $T=2.95$)로 나타났다. 이 중 가장 크게 영향을 미치는 변수는 가족강인성으로 나타났다. 사회적지지는 간접효과(효과계수=.20, $T=1.89$)가 유의하여 총효과(효과계수=.25, $T=3.35$)가 유의하였다. 가족강인성은 직접효과($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$)가 유의하여 총효과(효과계수=.86, $T=2.30$)가 유의하였고 문제해결대처도 직접효과($\beta_{64}=.38$, $T=2.95$)가 유의하여 총효과가 유의하였다.

표 9. 수정모형의 각 예측변수의 효과계수

내생변수 예측변수	직접효과(T값)	간접효과(T값)	총효과(T값)
가족관			
사회적지지	.47(7.38)*		.47(7.38)*
가족강인성			
가족기능		.08(1.63)	.08(1.63)
사회적지지	.23(3.43)*	.21(3.57)*	.44(7.99)*
가족관	.14(3.31)*	.02(1.31)	.16(3.33)*
의사소통	.36(2.97)*	.06(1.62)	.42(3.51)*
가족기능			
사회적지지	.05(0.42)	.29(2.53)*	.34(5.01)*
가족관		.11(2.09)*	.11(2.09)*
가족강인성	.65(2.62)*	.11(1.00)	.76(2.26)*
문제해결의사소통		.27(2.48)*	.27(2.48)*
문제해결대처			
사회적지지	.08(1.07)	.39(5.58)*	.47(7.70)*
가족관	.39(6.22)*	.08(2.39)*	.47(7.99)*
가족기능	.05(0.75)	.04(1.52)	.09(1.30)
가족강인성	.45(2.72)*	.11(1.42)	.56(3.11)*
문제해결의사소통		.20(2.53)*	.20(2.53)*
문제해결의사소통			
사회적지지	.21(1.38)	.18(1.25)	.39(6.36)*
가족관		.07(1.01)	.07(1.01)
가족기능	.20(1.99)*	.03(1.60)	.23(2.23)*
가족강인성	.26(0.71)	.20(1.91)	.46(0.99)
가족적응			
사회적지지	.05(0.40)	.20(1.89)*	.25(3.35)*
가족관		.02(.37)	.02(0.37)
가족기능		.02(.40)	.02(0.40)
가족강인성	.97(2.30)*	-.11(-.92)	.86(2.30)*
문제해결대처	.38(2.95)*		.38(2.95)*
문제해결의사소통	.09(.42)	.10(.82)	.19(1.22)

* | T-value | > 1.96 (p < .05와 같음)

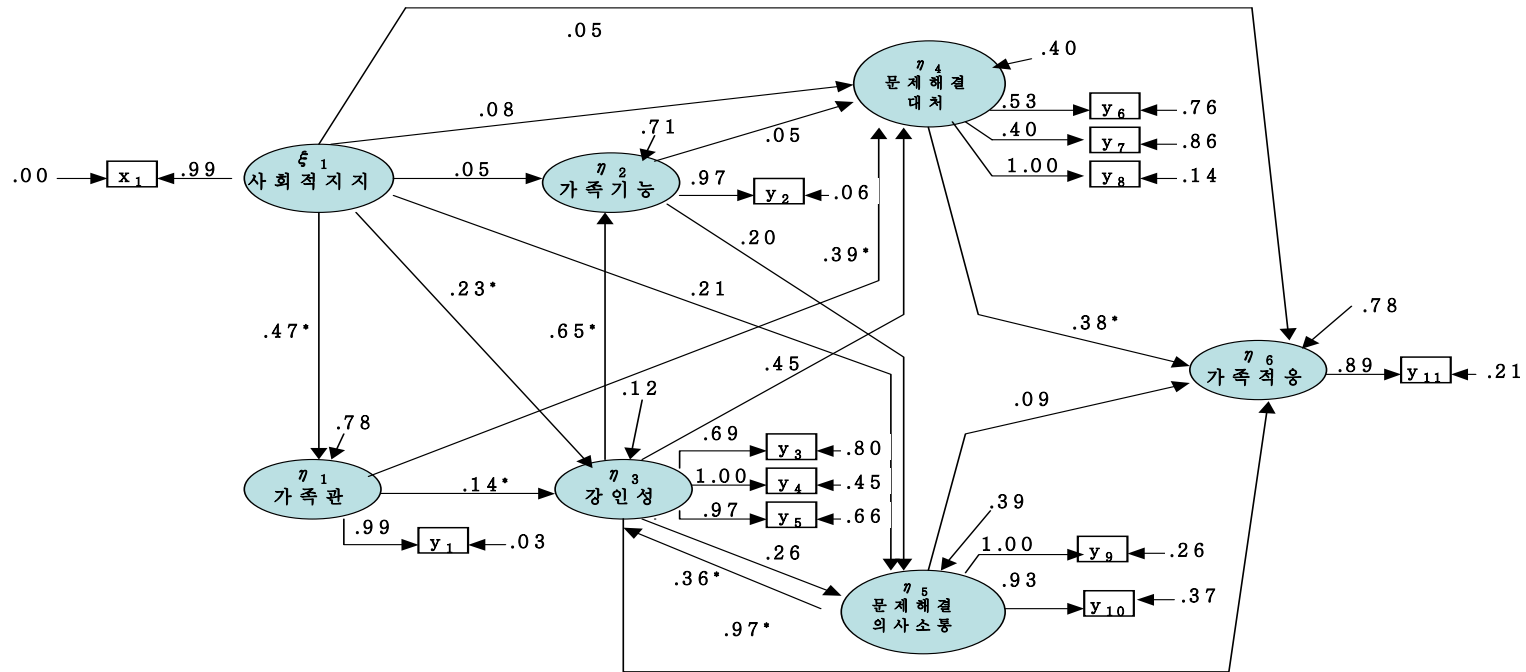


그림 6. 수정모형의 경로도해

F. 가설검증

본 연구의 가설적 모형에서 가족의 적응을 설명하는 예측변수는 사회적지지, 가족관, 가족강인성, 가족기능, 문제해결대처, 문제해결의사소통으로 이 중 사회적지지를 외생변수로 나머지를 내생변수로 하여 18개의 가설적 경로를 구성하였다. 18개의 가설 가운데 수정모형을 통해 14개의 가설이 지지되었다.

가설 1. 사회적지지가 많을수록 가족관 점수는 높을 것이다(γ_{11}).

이 가설은 직접효과 ($\gamma_{11} = .47, T=7.38$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 2. 사회적지지가 많을수록 가족강인성은 높을 것이다(γ_{31}).

이 가설은 직접효과 ($\gamma_{31} = .23, T=3.43$)와 간접효과(효과계수=.21, $T=3.57$)를 포함한 총효과 (효과계수= .44, $T=7.99$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 3. 가족관 점수가 높을수록 가족강인성은 높을 것이다(β_{31}).

이 가설은 직접효과 ($\beta_{31} = .14, T = 3.31$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 4. 문제해결의사소통 점수가 높을수록 가족강인성은 높을 것이다(β_{35}).

이 가설은 직접효과 ($\beta_{35} = .36, T = 2.97$)와 총효과 ($\beta_{35} = .42, T = 3.51$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 5. 사회적지지가 많을수록 가족기능은 높을 것이다(γ_{21})

이 가설은 직접효과($\gamma_{21} = .05, T = .42$)는 통계적으로 유의하지 않았으나 간접효과 (효과계수=.29, $T=2.53$)와 총효과 (효과계수=.34, $T=5.01$)가 통계

적으로 유의하여 지지되었다.

가설 6. 가족강인성이 높을수록 가족기능은 높을 것이다(β_{23}).

이 가설은 직접효과 ($\beta_{23}=.65$, $T=2.62$)와 총효과 (효과계수=.76, $T=2.26$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다

가설 7. 사회적지지가 많을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다(v_{41}).

이 가설은 직접효과 ($v_{41} = .08$, $T= 1.07$)는 통계적으로 유의하지 않았으나 간접효과 ($v_{41} = .39$, $T=5.58$)와 총효과 (효과계수=.47, $T=7.70$)가 유의하여 지지되었다.

가설 8. 가족관 점수가 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다(β_{41})

이 가설은 직접효과 ($\beta_{41}=.39$, $T=6.22$), 간접효과 (효과계수=.08, $T=2.39$), 총효과 (효과계수=.47, $T=7.99$)가 모두 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 9. 가족강인성이 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다(β_{43})

이 가설은 직접효과 ($\beta_{43}=.45$, $T=2.72$)와 총효과 (효과계수=.56, $T=3.11$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 10. 가족기능이 높을수록 문제해결대처 점수는 높을 것이다(β_{42})

이 가설은 직접효과 ($\beta_{42}=.05$, $T=.75$), 간접효과 (효과계수=.04, $T=1.52$), 총효과(효과계수=.09, $T=1.30$)가 모두 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설11. 사회적지지가 많을수록 문제해결의사소통 점수는 높을 것이다 (v_{51}).

이 가설은 직접효과 ($v_{51}=.21$, $T=1.38$)와 간접효과 ($v_{51}=.18$, $T=1.25$)는 통계적으로 유의하지 않았으나 총효과 (효과계수=.39, $T=6.36$)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 12. 가족강인성이 높을수록 문제해결 의사소통 점수는 높을 것이다 (β_{53}).
이 가설은 직접효과 ($\beta_{53} = .26, T = .71$)와 간접효과 (효과계수 = .20, $T = 1.91$),
총효과 (효과계수 = .46, $T = .99$)가 모두 통계적으로 유의하지 않아 기각되었
다.

가설 13. 가족기능 점수가 높을수록 문제해결 의사소통 점수는 높을 것이다 (β_{52}).
이 가설은 직접효과 ($\beta_{52} = .20, T = 1.99$)와 총효과 (효과계수 = .23, $T = 2.23$)가
통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 14. 사회적지지가 많을수록 가족 적응 점수는 높을 것이다 (β_{61}).
이 가설은 직접효과 ($\beta_{61} = .05, T = .40$)는 통계적으로 유의하지 않았으나
간접효과 (효과계수 = .20, $T = 1.89$)와 총효과 (효과계수 = .25, $T = 3.35$)가 통계
적으로 유의하여 지지되었다.

가설 15. 가족강인성이 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다(β_{63})
이 가설은 직접효과 ($\beta_{63} = .97, T = 2.30$)와 총효과 (효과계수 = .86, $T = 2.30$)
가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 16. 가족기능이 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다(β_{62})
이 가설은 직접효과 ($\beta_{62} = .03, T = 0.29$), 간접효과 (효과계수 = .02, $T = .47$), 총
효과 (효과계수 = .05, $T = .48$)가 모두 유의하지 않아 기각되었다.

가설 17. 문제해결대처 점수가 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다 (β_{64}).
이 가설은 직접효과 ($\beta_{64} = .38, T = 2.95$)가 통계적으로 유의하여 지지되었
다.

가설 18. 문제해결의사소통 점수가 높을수록 가족적응 점수는 높을 것이다 (β_{65}).

이 가설은 직접효과 ($\beta_{65}=.09$, $T=.56$), 간접효과 (효과계수=.10, $T=.82$), 총효과 (효과계수=.19, $T=1.22$)가 모두 통계적으로 유의하지않아 기각되었다.

VI. 논 의

A. 소아암 환자 가족의 회복력 모형 검증

본 연구는 소아암 환자 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인들을 규명하고 요인들간의 경로와 영향력을 파악하여 인과관계를 규명함으로써 소아암 환자 가족의 적응을 증진하고 간호중재의 근거를 제공하고자 실시되었다.

본 연구에서는 사회적지지를 외생변수로 하였으며 가족관, 강인성, 문제해결의 사소통, 문제해결대처, 가족기능, 가족안녕을 내생변수로 하여 가설적 모형을 검증하였다. 가설적 모형의 부합도는 전반적 부합지수와 세부적 부합지수를 검토하였으며 검토결과 수정의 필요성이 나타나 경로계수가 통계적으로 유의하지 않은 경로를 제거하여 수정모형을 확정하였다. 이 수정모형을 통해 가설적 모형에서 세운 18개의 가설 가운데 총 14개의 가설이 지지되었다.

소아암 환자 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인 중 가장 큰 효과를 갖는 변수는 강인성과 사회적지지, 문제해결대처였다. 이 중 가장 큰 직접적인 영향을 주는 변수는 가족강인성이었고 그 다음이 문제해결대처로 나타났다. 사회적지지는 직접적 경로없이 간접적으로만 가족적응에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다.

소아암 환자 가족의 적응 변이는 가족강인성, 문제해결대처, 사회적지지의 회복력요인에 의해 22%가 설명되는 것으로 나타나 소아암 환자 가족의 적응을 보다 잘 설명하기 위해서는 회복력 요인 외 다른 요인도 가능성을 보여주는 결과라고 하겠다.

구조방정식의 R^2 값이 낮으면 전체 구조모델에서 변수들 간의 관계가 별로 강하지 않음을 의미한다. 그러나 내생변수의 R^2 값이 낮다고 해서 모델이 현상을 잘 설명하지 못한다고 할 수는 없다. 즉, 그 값들이 낮아도 적합도는 높을 수 있다. 구조방정식모델의 중요한 목적 중 하나는 간명한 모델을 찾는 것이므로 내생변수에 대한 외생변수가 많아야 할 필요는 없고 따라서 그 내생변수의 R^2 가 반

드시 높아야 할 이유는 없다(배병렬, 2002). 간명한 모델일수록 다중상관치와 결정 계수 값이 낮을 수 있다. 두 지수의 값이 극히 낮으면 모델이 지나치게 간명해서 현실을 요약하는데 터무니없이 내용없는 모델이 될 수 있음을 시사하고 이때는 부합도 역시 대단히 나쁘게 나온다.

본 모델에서는 다중상관자승치가 낮게 나왔으나 가족적응에 대한 가설적 경로가 대부분 통계적으로 유의하게 나왔고 부합도가 높게 나와 현실을 잘 요약하는 간명한 모델을 찾았다고 하겠다.

모형검증 결과를 기반으로 변수들간의 관련성을 살펴보면 다음과 같다.

가족강인성이 가족적응에 가장 큰 효과를 가지는 변수로 나타난 것은 사별 가족을 대상으로 McCubbin의 모델을 검증한 전미영(1996)의 연구결과와 일치하나 신부전 환자 가족을 대상으로 한 서문경애의 연구에서 가족일관성(family coherence)이 가장 영향력이 큰 변수로 나타난 것과는 일치하지 않았다. 그러나 가족일관성은 가족 내 발생한 문제에 대한 가족의 긍정적 인지 평가로, 어려움을 받아들이고 문제를 관리할 수 있는 것으로 평가하는 가족의 자신감을 표현하는 것으로 가족강인성 개념에 포함되는 것으로 보고 있어 결국 연관된 연구결과로 볼 수 있다. 가족강인성은 회복력 모형의 핵심 개념으로 소아암 환자 가족에서도 가장 영향력있는 요인임이 확인된 것이라 하겠다.

그러나 이런 결과는 McCubbin, Thompson, Thompson, Elver, McCubbin(1994)의 연구에서 문제해결의사소통이 가족적응에 직접적인 영향을 미치는 가장 영향력있는 변수로 나타난 것과는 다른 결과이다. 이것은 가족의 문화적인 차이로 한국가족은 비록 가족 구성원 개개인이 희생되더라도 가족의 화목을 유지하고 가정이 파괴되거나 방해받지 않도록 가정을 지키고자 하는 노력을 많이 하게 되어 이것을 가족의 힘이고 가족강인성으로 볼 수 있어 가족 간의 감정의 공유와 의사표현을 중시하는 문화권에서 의사소통이 가장 영향력있는 변수로 나타난 것과는 다른 결과로, 회복력 모형을 적용할 때는 이런 문화적인 다양성, 인종과 민족의 차이를 고려해야 함을 보여주는 결과라 하겠다.

또한 가족강인성이 문제해결대처와 가족기능에 직접적인 효과를 가지는 변수로 나타난 것은 Failla와 Jones(1991)의 연구에서 높은 수준의 가족강인성은 높은

수준의 가족기능 만족도 및 가족관계를 강화시키는 대처행위와 스트레스에 대한 긍정적 평가를 나타낸 것으로 보고한 것과 일치하는 결과이다. 가족강인성이 문제해결대처에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타난 것은 가족은 서로 의존하고 함께 일을 해나감으로써 외부의 사건이나 상황을 충분히 이겨낼 수 있다고 믿는 가족의 내적 힘에 대한 인식을 높이게 되고 이를 통해 문제를 해결하고자 하는 노력을 하게 되며 이런 노력이 문제해결대처 행위로 나타난다고 볼 수 있다.

또한 가족강인성이 가족적응에 가장 영향력있는 변수로 나타났으므로 가족강인성의 회복력요인에 대한 간호중재가 보다 적극적으로 시행되어야 할 것이다. 가족강인성은 사회적지지가 많을수록, 가족관이 잘 형성되어 있을수록, 문제해결의사소통을 잘 할수록 높았다. 따라서 가족적응의 가장 큰 예측요인인 가족강인성을 높이는 간호중재시 가족관과 문제해결의사소통 등의 선행요인을 고려해야 할 것이다.

사회적지지는 가족적응에 직접적인 영향을 미칠 것으로 추정되었으나 본 연구 결과에 의하면 사회적지지가 직접적인 영향을 주는 것은 통계적으로 유의하지 않았다. 이런 결과는 사회적지지가 사별가족의 적응에 직접 효과를 나타낸 전미영(1996)의 연구와는 일치하지 않았으나 회복력 모형의 근간이 된 가족 스트레스와 적응의 Double ABCX Model(McCubbin & Patterson, 1983)을 공변량구조분석으로 검증한 연구에서 사회적지지는 가족적응에 대해 간접효과를 나타내어 완충역할을 한다는 결과와 일치하고 있다(Lavee, McCubbin, Patterson, 1985). 본 연구에서 사회적지지는 가족관, 강인성을 거쳐 가족적응에 간접효과를 나타내었는데 이는 친구, 친지 등 의미있는 사람들의 지지는 사건에 대한 통제력을 포함하는 강인성을 높이고 가족의 스트레스와 사건을 보다 긍정적으로 인식하게 하고 사건의 의미를 형성하게 하는 가치관을 발달시켜 사건에 더 잘 대처하게 함으로써 암으로 인한 어려움을 극복하게 한다고 볼 수 있다.

사회적지지와 가족 기능간의 관계를 보면 사회적지지는 가족기능에 직접효과는 없었으나 가족강인성을 거쳐 가족기능에 간접효과를 나타내었고 이는 McCubbin 등(1995)의 연구에서 사회적지지는 가족강인성과 문제해결의사소통을 거쳐 가족기능에 간접적인 영향을 가진다는 결과 및 유년성 류마티스성 관절염을

가진 아동의 부모를 대상으로 한 Gerhardt 등(2003)의 연구에서 가족기능을 예측하는데 있어 사회적지지는 직접적인 유의한 영향을 가지지 않은 것으로 나타난 것과 일치하는 결과이다.

또한 사회적지지는 문제해결의사소통에 대한 직접효과는 없었으나 여러 경로를 거쳐 총 효과 면에서 유의하였고 이는 McCubbin 등(1994)의 연구에서 사회적지지는 가족관과 가족강인성을 거쳐 문제해결의사소통에 간접적인 영향을 미치고 직접적인 영향을 미치지 않는다는 결과와 일치한다. 또한 사회적지지는 가족관에 직접영향을 미치고 강인성에도 직접영향을 나타내었다. 사회적지지가 문제해결대처에 간접적인 영향을 나타낸 것은 사회적지지가 스트레스 상황에 대한 대처능력의 향상을 가져온다는 여러 선행연구와(Katz, 2002; Tak & McCubbin, 2002; 이경희, 1992) 일치하는 결과이다.

이처럼 사회적지지는 모든 내생변수에 대해 총효과 면에서 유의한 영향을 미치는 예측변수로 나타났고 가족적응에도 큰 효과를 미치는 변수로 나타나 소아암환아 가족에 대한 사회적지지의 중요성을 다시 확인하였으며 사회적지지 간호 중재를 보다 적극적으로 실천해야 할 것이다.

가족관은 강인성에 직접적인 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고 통계적으로 유의하지는 않았으나 강인성을 거쳐 가족적응에 이르는 경로를 통해 간접적으로 가족적응에 영향을 미치는 변수로 나타났다. 이런 결과는 Antonovsky(1994)의 연구결과와 일치하는 것으로 가족관은 내적인 가족 능력과 가족저항 자원의 발달을 촉진하고 형성하게 함으로써 가족적응에 간접적인 영향을 미치는 것으로 보여진다. 또한 가족관은 문제해결대처에 직접효과를 가지는 것으로 나타났는데 가족의 신념체계는 가족이 위기와 고통을 어떻게 보느냐에 큰 영향을 미친다고 할 수 있다. 국내에서는 처음으로 회복력 요인으로 포함시킨 가족관은 직접적으로 가족적응을 예측하는 변수라기보다는 강인성과 대처를 예측하는데 더 의미있는 변수임이 확인되었고 따라서 위기상황에 대한 의미를 찾고 희망적이고 긍정적인 견해를 가지고 문제해결의 대안을 가져오는 가족관을 공유케 하고 촉진함으로써 적응이 촉진될 수 있어 가족관은 주요 회복요인이며 적응을 촉진하는 프로그램 개발시 가족관은 선행변인으로 중요하게 다루어야 할 변수라 하겠다. 가족관은 문제

해결의사소통에 직접적인 영향을 미치지 않는 변수로 나타났으나 민감한 정보를 나누고 감정을 표현하는 의사소통 유형은 문화적 규범에 따라 다르게 나타나므로 문제해결 의사소통 요인에 관한 간호중재 시에는 가족관을 고려해야 할 것이다.

문제해결의사소통은 가족강인성에 직접적인 영향을 미치는 변수로 나타났고 통계적으로 유의하지는 않았지만 강인성을 거쳐 가족적응에 간접효과를 가지는 것으로 보인다. 이는 문제해결의사소통이 가족적응에 직접효과를 보인다는 McCubbin 등(1994)의 양부모 가족 모형, Leske와 Jiricka(1998)의 결과와는 일치하지 않으나 McCubbin 등(1994)의 단일부모 가족 모형에서 문제해결의사소통이 가족적응에 간접효과를 가지는 것으로 나타난 것과 일치하는 결과이다.

문제해결의사소통과 가족강인성은 상호방향성을 가지는 것으로 본 연구에서 모형화되었으나 상호방향성이 아닌, 문제해결의사소통을 잘 할수록 가족강인성이 높아지는 것으로 나타났다. 이는 문제해결의사소통이 가족이 이용하거나 동원할 수 있는 모든 지혜와 정보에 대해 서로 상의하고 협력하며 해결해 나가는 상당히 중요한 과정으로 가족의 결속력을 촉진하고 협동성과 통제감을 높여 가족적응에 이르게 하므로 가족적응을 위한 회복력 요인 중재 프로그램 개발과 수행 시에 문제해결 의사소통 역시 고려해야 할 의미있는 변인임이 확인된 것이라 하겠다.

문제해결의사소통은 가족강인성을 거쳐 문제해결대처에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데 의사소통 과정을 통해 위기상황에 대한 명확성을 높이고 공동수행과 협동적인 문제해결을 촉진함으로써 회복에 이르게 한다고 볼 수 있겠다.

가족기능은 문제해결의사소통에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났고 문제해결의사소통은 강인성을 거쳐 가족기능에 간접적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 McCubbin 등(1994)의 연구에서 문제해결의사소통은 가족비기능과 역으로 연관되어 있고 강인성, 가족관을 통한 매개변수로 나타난 것과 일치하는 결과이다. 가족의 기능수행은 가족구성원간의 상호작용으로 이루어지며 이 상호작용은 의사소통을 통해 이루어진다. 따라서 의사소통은 가족기능의 중요한 변수라 할 수 있음을 확인해주는 결과이다.

문제해결대처는 가족적응에 직접적인 영향을 주는 변수로 나타났다. 이는

Katz(2002)의 연구에서 대처가 가족적응에 유의한 직접효과를 가진다는 연구와 일치하는 결과로 사회적지지를 추구하고 영적지지를 추구하며 긍정적 관점을 유지하는 대처행위를 보다 적극적으로 교육하고 간호중재를 해야 할 필요성을 확인한 것이라 볼 수 있다.

이상의 회복력 요인은 외부의 도움에 의해 육성될 수 있고 적절한 중재를 통해 촉진될 수 있는 능력으로 보여져 회복력 요인과 관계된 간호중재는 암환아 가족의 적응을 도울 수 있는 효과적인 간호중재 방안이 될 수 있다.

회복력 요인에 대한 구체적인 간호중재를 살펴보면, 강인성은 타고난 것이 아니라 유의한 위협에 직면하는 것이 극복력의 발달을 가져올 수 있다. 극복지향의 성향이 가족 모두에게 공유되어 있다면 가장 보호적인 요인이 되겠으나 강한 강인성을 가진 한 가족원이 다른 가족원을 동기화시켜 문제해결 노력에 참여하게 하는 것도 적응에 이르는 한 방편이며, 가족이 생활도전을 위한 자원과 해결책을 발견하는 능력을 가지고 있다고 믿게 하고 가족의 다양한 강점과 자원을 발견하고 발달시키는 것이 회복력 중재의 핵심일 수 있다. 긍정적인 신념체계, 즉 자신감이 있고 능력이 있다고 믿고 희망적인 관점을 갖는 것은 회복력을 가진 개인의 중심 특성으로 이런 긍정적 신념 체계는 가족에도 적용된다. 즉, 위기상황의 의미를 변화와 발전으로 이해하고 통제와 극복에 대한 공유된 신념을 갖는, 가족의 힘을 강화하는 중재 전략과 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

예기치 않은 역경이 닥쳤을 때 대부분의 가족들은 왜 그들에게 이런 일이 일어났는지 이해하려 하고 무엇을 할 수 있고 누가 할 수 있는지 확인하려 한다. 이런 의미를 만드는 과정의 중심 역할을 하는 것이 가족관이다. 따라서 위기 상황에서 한 가족이라는 가족 정체성 즉 한 단위로서의 가족의 의미를 발달시키도록 돕는 간호중재를 통해 적응을 촉진할 수 있다.

대처행위는 배워지고 학습되는 것이다. 따라서 이런 다양하고 효과적인 대처전략을 발달시키는 간호중재를 통해 적응을 촉진하게 된다. 삶과 상황에 대한 다른 시각을 갖도록 하는 것, 긍정적인 관점을 계속 유지하게 하는 등의 새로운 대처행위를 격려할 수 있다.

여기서 주목해야 할 것은 회복(resilience)과 극복(mastery)의 차이점으로, 모든 위기가 다 극복되어 질 수는 없다. 소아암도 낙관성을 가지고 최선의 의학적 관리를 하고 최선의 노력을 다 했어도 질병이 더 악화되거나 죽음을 맞이하게 되는 것을 가족이 바꿀 수는 없다. 따라서 recovery가 아닌, 상대적인 회복(relational resiliency)에 대한 대처노력을 포함하는 것이며 위기 상황에서 가족이 함께 이끌어내야 할 것은 미래의 도전을 이겨낼 수 있는 자신감과 가족간의 유대와 결속을 더 깊게 하는 경험일 것이다. 또한 회복은 단순히 이전 상태로 돌아가는 것을 의미하는 것이 아니고 역경을 뚫고 나가며 역경 속에서 의미와 목적을 발견하는 것은 경험을 가치 있는 것으로 만들고 역경을 통해 배우고 성장함을 알게 해야 할 것이다.

대처 행위 중에서도 회피적이고 정서 중심의 대처 즉, TV를 본다든가 소망스런 생각과 모든 것이 다 잘 될 것이라는 희망에만 몰두하고 자기비판과 책망의 대처는 오히려 스트레스를 가중시키므로 인지적 재구성과 사회적지지 추구, 느낌과 감정 표현 등의 문제해결 대처 방법의 교육이 필요하다 하겠다.

사회적지지 간호중재로서 재정적으로 도움을 줄 수 있는 지역사회 단체나 기관에 대한 정보를 주는 것과 비슷한 경험을 가진 가족이나 자조그룹과 접촉하게 도와주는 것은 여러 가지 환자 관리 정보만이 아니라 대처 행위를 배우고 사회적 지지를 받게 됨으로써 회복력이 얻어지고 강화되는 이점을 가진다. 일반적으로 암환자 가족은 친구나 주위의 이웃들과는 그 관계가 멀어지는 반면에 암환자가 있는 동료집단과 그 관계가 밀착된다. 전은영(1996)의 연구에서도 암환자 가족에게는 주위 사람들보다는 오히려 동일한 위기에 처한 사람이 지지기반이 된다고 하였다.

또한 암환자 가족과 관련있는 의료진에 대해서도 가족상황을 보다 더 인식하고 가족과의 존경하고 협조적인 관계형성을 위해 노력하고 정보를 공유하고 환자 간호에 대한 의사결정을 함께 하고 결과와 연관된 위험을 같이 감수함으로써 상호간의 만족과 가족적응에 영향을 미칠 수 있다는 점을 교육해야 한다. Ray(2002)는 만성질환자 가족이 가장 좌절을 느끼는 것은 최소한의 지지와 유용한 서비스가 없다는 것이며 여러 기관과 단체와 전문가는 이런 가족에게 도움을 주기보다

는 오히려 좌절을 주고 번거롭게 한다고 밝히고 있어 전문가 사이의 통합된 협조 체제로 가족중심성과 정보에의 접근성을 높여야 할 것이다. 양순옥, 김수지, Ida(1992)의 연구에서 암환아 가족의 지지자로서 의사와 간호사가 핵심적인 역할을 하는 것으로 나타났으며 전은영(1996)의 연구에서도 암과 같은 질병에 대해서는 여러 가지 문제점에 대한 의문점을 풀고 해답을 구할 수 있으며 정서적으로 지지를 받을 수 있기 위해서 자조그룹보다는 전문가가 포함된 사회적지지 그룹의 필요성이 요망된다고 하였다. 소아암과 같이 질병의 진행과정과 치료과정에 여러 가지 문제가 발생하는 경우에는 명확한 정보 제공, 문제해결 대안을 제시할 수 있는 전문적인 지지가 필요하므로 간호사가 포함된 사회적지지 그룹이 더 요구되어진다고 하겠다.

가족의 의사소통 형태를 파악하여 부정적 의사소통 기술을 사용하는 가족에게는 감정이입, 지지적 반응 등의 긍정적인 의사 소통 기술을 가족이 습득하게 함으로써 가족이 각자의 요구 변화를 공유토록 하며 이를 통해 가족의 결속력 및 적응력이 강화되는 방향으로 작용하게 도울 수 있다. 긍정적인 문제해결 의사소통을 돕기 위한 방법으로는 첫째, 전달의 명확성을 가지도록 한다. 즉, 분명하고 말과 행동에 있어 일관성있는 메시지를 전달하도록 하며 애매한 말은 사실과 의미를 확인하도록 한다. 둘째는 개방적인 감정표현과 감정의 공유로, 기쁨, 희망, 공포, 고통 등의 감정을 표현하고 나누어 차이점을 받아들이며 이런 감정에 대해 자신을 비난하지 않도록 한다. 유머를 사용하여 즐거운 상호작용을 하는 것도 한 방법일 수 있다. 셋째는 협동적인 문제해결로, 문제해결 방법을 같이 생각해보고 의사 결정과 갈등해결을 함께 하도록 하며 목표를 설정하고 목표에 초점을 맞추어 구체적인 단계를 설정해 목표를 이루어 가도록 한다. 목표를 이루지 못하였을 때는 실패에서 교훈을 얻도록 하여 미래의 도전을 준비하게 한다(Walsh, 2002)

이상과 같은 회복력 증진 간호중재는 특히 암환아 가족에게 유용하고, 보다 더 적극적으로 실천되어야 할 것으로 본다. 소아암이 점차 만성질환화 되고 있지만 소아암 자체의 질병 및 치료와 관련된 특성, 즉 성장발달 과정에 있는 아동에게 대량의 항암제 투여와 방사선 조사로 인한 부작용과 후기에 나타나는 휴유증

이 심각할 수 있고 재발의 가능성을 배제할 수 없어 가족은 불확실성을 갖게 되고 치료기간 뿐만 아니라 치료 종료 후에 아동에게 나타나는 사회심리적 적응의 문제로 인해 가족이 영향을 받을 수 있다. 따라서 소아암 환자의 가족은 다른 만성질환자 가족과는 달리 더 많은 스트레스와 부적응을 나타낼 수 있어 가족강인성과 대처, 사회적지지, 문제해결의사소통 등의 회복력 요인에 기초한 가족 간호중재가 요구된다고 본다.

사회적지지 간호, 대처전략 증진 간호 등 개별적으로 실시되어 왔던 가족 적응을 위한 간호를 이제는 회복력 모형에 이론적 근거를 두고 회복력 요인 중심의, 통합된 강점 증진 지향의 간호중재가 이루어져야 할 것이다.

통합된 간호중재의 과정에서 우선 가족 강점과 가족이 이용할 수 있는 자원에 대한 사정이 이루어져야 하며 이런 가족의 강점은 전문가가 보는 견지와 가족이 스스로 인식하는 강점을 함께 찾아내도록 하여야 할 것이다. 강점이 확인되면 이제는 이런 강점을 발달시키고 이용할 수 있도록 돕는 단계로 변화를 야기하고 문제를 해결하고 목표에 도달하도록 전문가와 가족이 함께 해결 방안을 찾는 시간을 갖도록 한다. 또한 인지적 지향과 인지적 재구성에 대한 간호로 상황이나 사람을 다른 각도로 보고 역경 속에서 의미를 찾고 희망적이고 낙관적인 견해를 갖도록 하는 간호중재가 이루어져야 할 것이다. 더불어 가족이 실제로 대처해 나갈 수 있게 하는 지식과 능력에 대한 교육이 이루어져야 할 것이다. 예를 들어 치료가 종결된 소아암 아동에게 나타날 수 있는 휴유증의 증상을 조기에 인식할 수 있도록 하는 것, 갈등을 피하고 문제해결에 도달하는 의사소통 기술 등이다. 소아암 환자 가족에 대한 간호중재는 다양한 분야의 전문가로 구성된 팀 접근 방식으로 회복력 모형에 근거해 회복력 요인을 촉진하는 통합된 간호중재가 되어야 할 것이다.

B. 연구의 의의

1. 간호이론 측면

회복력 모형의 검증을 통해 문화적 배경이 다른 한국의 가족상황에서도 회복력 모형을 적용할 수 있음을 확인하였고 암환아 가족에게 회복력 모형의 활용을 촉진할 수 있으리라 기대한다. 또한 회복력 모형을 다룬 국내의 선행연구에서 다루어지지 않았던 회복력요인을 포함하여 모형을 검증함으로써 가족의 적응을 더 정확히 설명하였고 회복력의 특성, 경로, 영향요인과의 관계 등 개념적 기틀에 대한 실증적인 자료, 즉 암환아를 계속 돌보아야 하는 위험상황에서도 잘 적응하는 가족의 특성과 이들이 암으로 인한 영향을 극복하는 주요 경로를 제시하였다. 본 연구에서 확인한 회복력 요인 강화를 위한 간호중재의 이론적 틀이 될 수도 있을 것이다.

2. 간호실무 측면

암환아 가족에 대해 간호사는 실무에서 암환아 간호와 관리라는 어려움을 가지고서도 긍정적으로 적응할 수 있는 가족의 능력을 사정하고 이런 회복력을 유지하거나 높일 수 있도록 계획하고 수행하여야 한다. 실무에서 이런 회복력의 개념을 도입하는 것은 가족의 강점을 파악하고 필요한 자원의 파악을 가능하게 하여 필요한 중재를 조직화하는데 도움을 줄 수 있다. 본 연구에서 밝혀진 가족강인성, 문제해결대처, 사회적지지, 문제해결의사소통, 가족관의 회복력 요인 중심의 통합된 강점 증진 가족 간호중재 프로그램 개발에 기여할 수 있을 것이다. 즉, 위기상황을 변화와 발전으로 이해하고 통제와 극복에 대한 공유된 신념을 갖게 하는 가족강인성을 강화하는 간호중재, 의료인을 포함한 사회적지지를 높이는 방안, 인지적 재구성을 포함한 문제해결대처 방안에 대한 교육, 위기상황에서 한 가족이라는 가족정체성과 한 단위로서의 가족의 의미를 발달시키도록 돕는 가족관에 대한

간호중재, 긍정적인 의사소통 기술을 가족이 습득하도록 교육하는 간호중재가 통합적으로 실시될 수 있을 것이다.

3. 간호연구 측면

소아암 환자 가족의 적응에 이르는 회복력 요인간의 인과관계 및 결과 변인에 미치는 예측요인들간의 직접효과 및 간접효과까지 모두 제시함으로써 암환자 가족의 적응을 이해하고 예측하는데 있어 설명력을 증가시키고 통합적인 이해를 촉진하였다. 또한 본 연구에서 국내에서는 처음으로 가족관과 문제해결의사소통 도구를 우리의 가족적인 문화에 맞게 수정, 사용하여 그 타당도와 신뢰도를 검증하였으므로 이 도구를 사용해 회복력을 측정하고 평가하는 다양한 연구가 이루어져 회복력 연구와 이론의 이해에 기여할 수 있으리라 본다.

VII. 결 론

A. 요약 및 결론

본 연구는 소아암 환자 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인을 규명하고 이들 요인들의 인과적 관계양상 및 그 영향력을 확인함으로써 적응을 증진하기 위한 실무의 이론적 기틀로서 회복력 모형의 적용가능성을 확인하고자 시도되었다.

가설적 모형에서 가족의 적응을 설명하는 예측변수는 가족강인성, 가족기능, 가족관, 문제해결의사소통, 문제해결대처가 내생변수로, 사회적지지가 외생변수였으며 이들 이론변수에 대한 측정변수는 12개였다. 18개의 직접경로를 가진 가설적 모형에서 모형의 부합도는 전반적 부합지수와 세부적 부합지수를 검토하였으며 검토 결과 수정의 필요성이 나타나 고정지수가 작은 1개의 경로를 고정하여 수정모형을 확정하였다. 수정모형은 수집된 자료에 잘 부합되는 것으로 나타나 모형의 타당성이 지지되었다. 수정모형을 통해 가설적 모형에서 세운 18개의 가설 가운데 총 14개의 가설이 지지되었다.

모형에서 제시된 가설검증 결과를 보면,

가족적응에 영향을 미치는 변수는 가족강인성, 문제해결대처, 사회적지지로 나타났다으며 가장 큰 효과를 갖는 변수는 가족강인성으로 나타났다. 사회적지지는 간접효과가 있는 것으로 나타났다.

사회적지지는 간접효과와 직접효과를 포함한 총효과면에서 모든 내생변수에 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다. 가족강인성은 가족기능과 문제해결대처, 가족적응에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 나타났다. 가족강인성에 가장 큰 영향을 미치는 변수는 문제해결의사소통이었다.

국내에서 처음 회복력 요인으로 포함시킨 가족관과 문제해결 의사소통은 가족적응에 가장 큰 영향을 미치는 가족강인성과 문제해결대처를 예측하는 변수로 가족적응을 촉진하는 프로그램 개발 시 선행변인으로 중요하게 다루어야 할 의미있

는 변수임이 확인되었다.

가족이 다양한 도전에 직면하는 것과 마찬가지로 가족적응에도 다양한 경로가 있을 것이나 본 연구에서 가족 적응의 주요 경로와 매개변수가 확인되었으므로 간호사를 포함해 소아암 환아와 가족의 치료와 적응을 돕는 모든 건강관련 전문인들이 가족 특성 즉 회복력 요인의 조기 평가를 통해 회복력 요인에 대한 간호 중재를 실시해야 할 것이다.

B. 제언

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 본 연구에서 소아암 환아 가족의 적응에 영향을 미치는 회복력 요인으로 확인된 가족강인성, 가족관, 사회적지지, 문제해결의사소통과 대처를 중재하기 위한 프로그램 개발과 이의 효과를 검증하는 연구를 제언한다.
2. 가족의 생활주기에 따라 회복력 요인이 달라질 수 있고 청소년기 환아를 가진 가족의 회복력 요인은 학령기 아동을 가진 가족의 회복력 요인과는 차이가 있으므로 청소년기 소아암 환아 가족의 회복력 요인을 확인해보는 연구를 제언한다.
3. 질병 단계와 진단 이후 시간적 경과에 따라 회복력 요인이 달라질 수 있으므로 종적연구 및 치료중과 치료종료후의 회복력 요인을 비교해보는 연구를 제언한다.
4. 소아암은 완치, 재발, 죽음 등의 역동성을 가지고 있으므로 다른 만성질환아 가족의 회복력 요인을 확인하여 비교해보는 연구를 제언한다.

5. 본 연구에서는 암환아 가족의 스트레스가 차이가 나지 않을 것이라는 가정 하에 조정과 적응 단계의 회복력 모형을 검증하였으므로 스트레스 단계를 포함한 전 모형의 검증과 적용 연구를 제언한다.

참고문헌

- 강해자(2001). 청소년이 지각한 부모와의 의사소통과 가족기능, 정신건강과의 관계. 부산대학교 석사학위 논문.
- 김은진(1992). 만성질환아 가족의 사회적지지와 가족기능간의 관계 연구. 석사학위 논문. 서울대학교 대학원.
- 민영숙(1994). 암환아 가족의 질병에 대한 불확실성과 대처양상에 관한 연구. 간호학회지, 24(4), 529-544.
- 박인숙(2000). 암환아 가족의 가치관, 강인성과 적응과의 관계. 한양대학교 대학원 박사학위 논문.
- 배병렬(2002). 구조방정식모델 이해와 활용. 도서출판 대경. 대전.
- 백소희, 박인숙(1995). 암환아 어머니의 사회적 지지와 부담감. 아동간호학회지, 2(1), 27-54.
- 백현실(1990). 만성환아 어머니의 스트레스 정도와 대처방법- 종양과 혈액질환 중심으로. 석사학위논문. 경북대학교 대학원.
- 서문경애(1999). 치매노인 가족의 적응모형 구축. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 서종숙(1993). 백혈병 어린이 어머니의 사회적지지와 부담감. 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 신수진(1998). 한국의 가족주의 전통과 그 변화. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 양순옥, 김수지, Ida Martinson(1992). 암환아 발생이 가족에게 미치는 영향에 관한 연구. 대한간호학회지, 22(4), 636-651.
- 오원옥, 박은숙(1998). 암환아 부모의 질병에 대한 불확실성, 자기효능감 및 대처 정도. 아동간호학회지, 4(2), 274-285.
- 유철주(1999). 아동에서 악성종양의 치료 및 호스피스 요구도. 연세대학교 간호대학 간호정책 연구소. 4-23.

- 이순목(1990). 공변량구조분석. 서울 : 성장사
- 이영애(1995). 만성신부전 환자가 인지한 가족적응에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이경희(1992). 장애아동의 가족스트레스와 적응의 구조 모형. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이경호(1999). 물질남용청소년과 정상청소년의 가족의사소통 및 가족기능 비교. 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전미영(1996). 암으로 사별한 가족의 복원에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위 논문.
- 전영신(1999). 소아암 환자 가족의 스트레스, 인지된 사회적지지, 적응. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.
- 전은영(1996). 암환자 가족의 가족전환에 영향을 미치는 요인에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위 논문.
- 전화연(1999). 집단 사회적지지와 개별 사회적지지가 천식 아동 가족의 부담감과 가족기능에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 조영숙, 김수지, Ida Martinson(1992). 암환자 부모의 경험에 대한 질적 연구. 간호학회지. 22(4), 491-505.
- 탁영란, 윤이화, 전영신, 안지연(2003). 소아암 환자 가족이 인지한 사회적지지가 적응에 미치는 영향. 아동간호학회지, 제 9권 제 1호, 9-17.
- 탁영란, 이희영(1997). 발달장애 아동 가족의 스트레스, 인지된 사회적지지와 가족 적응. 아동간호학회지, 3(1), 42-49.
- 홍창의(1997). 소아과학. 대한교과서 주식회사.
- Anderson, S. A.(1986). Cohesion, adaptability and communication: a test of an Olson Circumplex Model Hypothesis. Family Relations, 35: 289-293.
- Antonovsky, A.(1994). The sense of coherence: an historical and future perspectives. In McCubbin, H.I., Thompson, E.A. Thompson, A.I. Fromer, J.(Eds.), Sense of coherence and resiliency: stress, coping, and health(pp. 3-20). Madison: university of wisconsin system center for excellence in

family studies.

- Barbarin, O. A., Chesler, M. A.(1986). The medical context of parental coping with childhood cancer. *American Journal of Community Psychology*. 14, 221-235.
- Barnard. C.P.(1994). Resiliency: a shift in our perception? *American Journal of Family Therapy*, 22, 135-144.
- Brazil, k., & Krueger, P.(2002). Patterns of family adaptation to childhood asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 167-173.
- Brown, R.T., Kaslow, N. J., Madan-Swain, A., Doepke, K. J., Sexson, S. B., Hill, L.J.(1993). Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 32, 554-561.
- Call, J.G., & Davis, L. L.(1989). The effect of hardiness on coping strategies and adjustment to illness in chronically ill individuals. *Applied Nursing Research*, 2(4), 187-188.
- Canam, C.(1993). Common adaptive forks facing parents of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 46-53.
- Chen, Jyu-Lin, Rankin, S. H.(2002). Using the resiliency model to deliver culturally sensitive care to chinese families. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(3), 157-166.
- Clark, P. C.(2002). Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Research in Nursing & Health*, 25(1), 37-48.
- Cobb, S.(1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Dahlquist, L.M., Czyzewski, D.I., Jones, C.L.(1996). Parents of children with cancer: a longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(4), 541-554.
- Donnelly, E.(1994). Parents of children with asthma: an examination of

family hardiness, family stressors, and family functioning.

- Failla, S. & Jones, L. C.(1991). Families of children with developmental disabilities: an examination of family hardiness. *Research in Nursing & Health*, 14, 41-50.
- Fife, B., Norton, J., Groom, G.(1987). The family's adaptation to childhood leukemia. *Social Science Medicine*, 24: 159-168.
- Fink, S. V.(1995). The influence of family resources and family demands on the strains and wellbeing of caregiving families. *Nursing Research*, 44(3), 139-146.
- Florian, V. & Dangoor, N.(1994). Personal and familial adaptation of women with severe physical disabilities: a further validation of the double ABCX model. *Journal of Marriage and the Family*, 56(August), 735-746.
- Friedman, M.M.(1990). Transcultural family nursing: application to latino and black families. *Journal of Pediatric Nursing*, 5, 214-222.
- Garnezy, N.(1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gerhardt, C.A., Vannatta, K., Mckellop, M., Zeller, M., Taylor, J., Passo, M., Noll, R. B.(2003). Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(1), 5-15.
- Grootenhuis, M.A., Last, B. F.(1997). Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer*. Nov, 5(6), 466-484.
- Hart, D.(1999). Assessing culture : Pediatric nurse' beliefs and self-reported practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 14, 255-262.
- Haase, J.(1997). Hopeful teenagers with cancer: living courage. *Relations*, 23,

20.

- Hawley, D. R. & Dehaan, L.(1996). Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, Vol. 35, September, 283-298.
- Heller, K., Swindle, R.W., Dusenbury, L.(1986). Component social support processes: comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-470.
- Hentinen, M., Kyngaes, H.(1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
- Hentinen, M., Kyngaes, H.(1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
- Hoekstra-Weebers, Josette E. H., Jaspers, Jan P. C., Kamps, W.A., Klip, Ed C.(1999). Risk factors for psychological maladjustment of parents of children with cancer. *Journal of American Acedemy of Child and Adolescent psychiatry*. 38(12), 1526-1535.
- Hoekstra-Weebers, Josette E. H., Jaspers, Jan P. C., Kamps, W.A., Klip, Ed C.(2001). Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*. 26(4), 225-235.
- Hoogland, J. J. & A. Boomsma(1998). Robustness studies in covariance structure modeling: an overview and a meta-analysis. *Sociological Methods and Research*, 26(3), 329-367.
- Horwitz, W. A. & Kazak, A. E.(1990). Family adaptation to childhood cancer: sibling and family systems variables. *Journal of Clinical Child Psychology*,19, 221-228.
- Inoue, S., Saeki, T., Mantani, T., Okamura, H., Yamawaki, S.(2003). Factors

- related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*, 11: 178-184.
- Katz, S.(2002). Gender differences in adapting to a child's chronic illness: a causal model. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(4), 257-269.
- Kazak. A. E.(1999). Effective psychosocial intervention for children with cancer and their families. *Medical Pediatric Oncology*, 32(4), 292-293.
- Knafl, K., Breitmayer, B., Gallo, A., & Zoeller, L.(1996). Family response to childhood chronic illness: Description of management styles. *Journal of Pediatric Nursing*, 11, 315-326.
- Knafl, K.A., Deatrick, J.A.(1986). How families manage chronic conditions: An analysis of the concept of normalization. *Research in Nursing & Health*, 9, 215-222.
- Kobasa, S. C., Maddi, S.R., & Kahn, S.(1982). Hardiness and health: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-172.
- Kosciulek, J. F(1997). Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. *Brain Injury*. 11(11), 821-830.
- Kupst, M. J., Schulman, J. L., Honig, G., Maurer, H., Morgan, E., Fochtmann, D.(1982). Family coping with childhood leukemia: one year after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 157-174.
- Kupst, M., Natta, M., Richardson, C., Schulman, J., Lavigne, J., & Das, L.(1995). Family coping with pediatric leukemia: Ten years after treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 601-617.
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., Patterson, J. M.(1985). The double ABCX model of family stress and adaptation: an empirical test by analysis of structural equations with latent variables. *Journal of Marriage and the Family*. Nov., 811-826.

- Leininger, M.(1991). Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for nursing press.
- Leske, J. S.& Jiricka, M. K.(1998). Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critically injury. *American Journal of Critical Care*, 7(5), 383-392.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B.(2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, May/June, 71(3), 543-562.
- Madan-Swain, A., Brown, R.T., Sexson, S.B., Baldwin, K., Pais, R., Ragab, A.(1994). Adolescent cancer survivors: psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics*, 35, 453-459.
- Manne, S. L., Jacobsen, P.B., Gorfinkle, K., Gerstein, F., Redd, W.H.(1993). Treatment adherence difficulties among children with cancer: the role of parenting style. *Journal of Pediatric Psychology*. 18, 47-62.
- Manne, S. L., Lesanics, D., Meyers, P, Wollner, N, Steinherz, P., Redd, W.(1995). Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 20: 491-510.
- Manuel, J., Naughton, M.J., Balkrishnan R., Paterson, S. B. & Koman, L.A.(2003). Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(3), 197-201.
- McCubbin, H.I.(1979). Integrating coping behavior in family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 237-244.
- McCubbin, H.I., Olson, D., Larsen, A.(1981). Family Crisis Oriented Personal Scales(F-COPES). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A.(1996), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation - Inventories for research and practice*. (pp.455-507). Madison: University of Wisconsin System.

- McCubbin, H.I., Patterson, J.M., & Glynn, T.(1982). Social Support Index(SSI). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A.(1996),Family assessment: Resiliency, coping and adaptation -Inventories for research and practice. (pp.357-390). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.(1983). The family stress process: the Double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1 &2), 7-37.
- McCubbin, H.I. & Patterson, J.(1983). Family Member Well-being Index(FMWB). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A.(1996),Family assessment: Resiliency, coping and adaptation -Inventories for research and practice. (pp.753-782). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I. & Thompson, A.I.(1986). Family Hardiness Index(FHI). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A.(1996), Family assessment: Resiliency, coping and adaptation-Inventories for research and practice. (pp.239-305). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I.(1988). Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I. & Thompson, A.I.(1988). Family Problem Solving Communication(FPSC). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A.(1996), Family assessment: Resiliency, coping and adaptation - Inventories for research and practice. (pp.639-686). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., Elver, K.M., & Carpenter, K.(1992). Family Schema - Ethnic(FSCH-E). In McCubbin, H.I., Thompson, A.I., &

- McCubbin, M.A.(1996), Family assessment: Resiliency, coping and adaptation-Inventories for research and practice. (pp.713-721). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I. & Thompson, E. A.(1995). Resiliency in ethnic families: a conceptual model for predicting family adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. Fromer(Eds.), Resiliency in ethnic minority families: native and immigrant American families, volume 1.(pp. 3-48). Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., Thompson, E. A., Elver, K., & McCubbin, M. A.(1994). Ethnicity, schema and coherence: appraisal processes for families in crisis. In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin(Eds), Family assessment : Resiliency, coping and adaptation - inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., Thompson, E.A., Thompson, A. I., McCubbin, M.A., Kasten, A.(1993). Culture, ethnicity and the family: critical factors in childhood chronic illness and disabilities. Journal of Pediatrics, 91(5), 1063-1070.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I. & McCubbin, M.A.(1996), Family assessment : Resiliency, coping and adaptation-Inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H.I., McCubbin, M.A., Thompson, A.I., Han, S. Y. & Allen, C.T.(1997). Family under stress: what makes them resilient. Journal of Family and Consumer Sciences. Fall, 2-11.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I., Kosciulek, J. F.(1993). A theoretical framework for family adaptation to head injury. Journal of Rehabilitation, July/August/September, 40-45.

- McCubbin, M., & McCubbin, H.(1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bisell, & P. Winstead-Fry(Eds.), Families, health, and illness(pp. 3-63). St. Louis, MO: Mosby.
- McCubbin, M., & McCubbin, H.(1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis. In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin(Eds.), Family assessment : Resiliency, coping and adaptation-inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S., Bryne, B.(2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, 103-111.
- McCubbin, M.A.(1988). Family Stress, Resources, and Family Types: Chronic illness in children. *Family Relations*, 1988. 37, 203-210.
- Morrow, G. R., Carpenter, P. J., Hoagland, A. C.(1984). The role of social support in parental adjustment to pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 317-329.
- Olson, D. H., Russel, C. S., Sprenkle, D. H.(1983). Circumplex model fo marital and family systems : VI. Theoretical update. *Fam. Process.*, 22: 69-83.
- Patterson, J. M.(1991). Family resilience to the challenge of a child's disability. *Pediatric Annals*, 20(9), 491-499.
- Patterson, J. M.(1995). Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinics of North America*, 42(1), 47-63.
- Patterson, J. M.(2002), Integrating family resiliency and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(May), 349-360.
- Patterson, J. M.(2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*. 58(3), 233-246.
- Patterson, J. M., Budd, J., Goetz, D.(1993). Family correlates of a ten-year

- pulmonary health trend in cystic fibrosis. *Pediatrics*, 91, 383-389.
- Patterson, J., & Garwick, A.(1994). Levels of family meaning in family stress theory. *Family Process*, 33, 287-304.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., Vinciguerra, V.(1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 116-126.
- Ray, L. D. & Ritchie, J. A.(1993). Caring for chronically ill children at home : factors that influence parents' coping. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(4), 217-225.
- Ray, L. D.(2002). Parenting and childhood chronicity: making visible the invisible work. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(6), 424-437.
- Rutter,M.(1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Rice, M., Baghurst, P.(2000). Childhood cancer: a 4-yearprospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 22(3), 214 - 220.
- Shapiro, J., Shumaker, S.(1987). Differences in emotional wellbeing and communication styles between mothers and fathers of pediatric cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 5, 121-131.
- Smilkstein, G.(1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Snowdon, A.W., Cameron, S., Dunham, K.(1994). Relationship between stress, coping resources, and satisfaction with family functioning in families of children with disabilities. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(3), 63-76.
- Speechley, K. N., Noh, S.(1992). Surviving childhood cancer, social support, and parents' psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*. 17, 15-31.

- Svavarsdottir, E. K. McCubbin, M. A.(2000). Wellbeing of parents of young children with asthma. *Research in Nursing & Health*. 23(5), 346-358.
- Tak, Young Ran & McCubbin, Marilyn(2002). Family Stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 190-198.
- Tarr, J. & Pickler, R. H.(1999). Becoming a cancer patient : a study of families of children with acute lymphocytic leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 44-50.
- Thoma, M.E., Hockenberry-Eaton, M., & Kemp, V.(1993). Life change events and coping behaviors in families of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10, 105-111.
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Trask, C.L., Bares, C. B., Birt, J., Maan, C.(2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: association with coping, social support, and family function. *Journal of pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
- Uphold, C. R., & Strickland, O. L.(1989). Issues related to the unit of analysis in family nursing research. *Western Journal of Nursing Research*, 11(4), 405-417.
- Wallace, M.H., Reiter, P.B., Pendergrass, T.W.(1987). Parents of long-term survivors of childhood cancer:a preliminary survey to characterize concerns and needs. *Oncology Nursing Forum*. 14, 39-43.
- Wallander, J. L. & Varni, J. W.(1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 39(1), 29-46.
- Walsh, F.(2002). A family resilience framework: innovative practice applications. *Family Relations*, apr. 51(2), 130-142.
- Walsh, F.(2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*. 42(1), 1--15.

- Weiss, M.J.(2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6(1), 115-130.
- Yeh, C. H., Lee, T.T. Chen, M. L., Li, W.(2000). Adaptational process of parents of pediatric oncology patients. *Pediatric Hematology & Oncology*, 17(2), 119-131.
- Youngblut, J. M., Brennan, P.F. & Swegart, L.A.(1994). Families with medically fragile children: an exploratory study. *Pediatric Nursing*, 20(5), 463-468.

< 부 록 >

아픈 자녀를 돌보시느라 얼마나 힘드십니까?
저는 대학에서 아동간호학을 가르치고 있는 교수이자
연세대학교 대학원 간호학 박사 과정 중에 있습니다.
저는 맥의 자녀와 같은 암을 앓고 있는 어린이에게 관심을 갖고
조그마한 도움이나마 주고자 노력하고 있습니다.
이 조사는 여러분과 같은 상황에 있는 가족들에게 간호를 제공하기 위
한 방안으로 암환아가 있는 가족들의 느낌과 생각을 알고자 하는 것
입니다.
여러분의 이름은 쓰지 않으시며 따라서 절대로 다른 사람에게 가족 상
황이나 비밀이 알려지지 않으며 가족과 아동의 간호에 귀중한 자료로
쓰여질 것입니다.
본 질문에는 정답이 있는 것이 아니며 지금 가족의 상황이나 상태 그
대로를 솔직히 답해주시기를 부탁드립니다.
자녀의 빠른 쾌유와 가정의 행복을 빌며 귀한 시간을 내주셔서 진심으
로 감사드립니다.

2003년 4월
연구자 심 미경
연락처 : 011-457-1647
E-mail : simkyung@shinsung.ac.kr

< 부록 1 >

사회적지지 질문지

※가족이 어떠하며 어떤 생각을 가지고 있는지 해당되는 란에 V표 해 주십시오.

우리 가족은 ---	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	그렇다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 만일 우리 가족에게 응급사태가 생기면 모르는 사람들 조차도 기꺼이 우리를 도울 것이다.					
2. 가족에게 시간과 에너지를 쓰고 희생할 때 나는 보람 을 느낀다.					
3. 나는 가족을 위해 일하고 가족은 나를 위해 일하는 것을 볼 때 내가 소중한 가족의 한 사람임을 느끼게 된다.					
4. 사람들은 자신이 곤경에 처했을 때 사회로부터 도움을 받을 수 있다는 것을 안다.					
5. 나에게서 내 가치와 능력을 인정해주는 친구가 있다.					
6. 우리 동네 사람들은 서로 의지할 수 있다.					
7. 우리 가족은 내 문제와 관심사를 들으려 하지 않으며 자주 나는 냉대 받는다고 느끼게 된다.					
8. 이웃에서 사귀 친구들은 나와 많은 일을 함께 한다.					
9. 우리 가족은 서로를 기분 나쁘게 하는 일을 할 때가 종종 있다.					
10. 친구들이 나를 이용하는 것 같아서 어떤 일을 할 때 매우 신중하게 한다.					
11. 우리 가족이 사는 동네는 안정감을 준다.					
12. 우리 가족은 사랑과 애정을 보이려고 노력한다.					
13. 이웃에 사는 사람들과 너무 친해서는 안될 것 같은 생각이 든다.					
14. 우리 동네는 아이들을 키우기에 썩 좋은 환경이 못된 다.					
15. 내 친구들이 내게 중요하듯이 그들에게도 내가 중요 하다고 생각하여 마음이 편하다.					
16. 가족 외에 나를 진심으로 사랑하고 돌봐주는 친한 친구 가 몇 명 있다.					
17. 우리 가족은 나를 이해해 주는 것 같지 않다고 생각 하게 된다.					

<부록 2> 가족관 질문지

※ 우리 가족이 어떠하며 어떤 생각을 가지고 있는지 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

우리 가족은---	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 우리 가족은 우리가 살고있는 이 곳이 우리의 동일성을 알 수 있는 중요한 요소라고 믿는다.				
2. 우리 가족은 필요 이상으로 가지고 있다면 나누어 준다.				
3. 우리 가족은 다른 사람의 이익을 위해서라면 원하는 것이라도 포기한다.				
4. 어린이는 우리의 정신을 미래로 전달해 주므로 소중한 존재라고 우리 가족은 생각한다.				
5. 우리가 땅, 물, 공기를 파괴한다면 우리 스스로를 해치는 것이라고 우리 가족은 생각한다.				
6. 우리는 가족을 위해 개인적인 목표를 기꺼이 희생한다.				
7. 우리 가족은 부탁 받지 않아도 서로를 도와준다.				
8. 자녀를 양육하는데는 엄격한 훈육이 필요하다고 우리 가족은 믿는다.				
9. 우리 가족은 가슴에 담아두지 않고 용서하고 털어 버린다.				
10. 우리 가족은 식구들이 가족을 우선으로 생각하기를 기대한다.				
11. 우리 가족은 문제가 생기면 기꺼이 도우러 집으로 온다.				
12. 우리 가족은 멀리 떠나는 일이라 할지라도 기회를 놓치지 않도록 격려한다.				
13. 우리 가족이 서로 맞추려고 노력할 때 개개인의 주체성(독자성)은 상실하게 된다.				
14. 우리 가족은 문제를 크게 확대시키지 않는다.				
15. 우리 가족은 오래 비밀을 간직하지 못한다.				
16. 우리 가족은 다른 가족들도 땅, 물, 공기를 보존해야 한다고 믿는다.				
17. 우리 가족이 서로 맞추려고 노력할 때 우리는 자신에 대한 존중감을 상실하게 된다.				
18. 우리 가족은 개인적인 이득이 아닌, 즐거움을 위해 여러 활동을 한다.				
19. 우리 가족은 어른을 존경하고 소중하게 생각한다.				
20. 어린이는 존중되어야 한다고 우리 가족은 생각한다.				

우리 가족은 ---	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
21. 우리 가족은 우리의 민족적/문화적 정체성과 신념을 지켜나가기 위해 노력한다.				
22. 우리 가족은 다른 사람에게 편안하고 개방적이다.				
23. 우리 가족은 우리의 미래가 땅, 물, 공기 등 환경을 보살피는데 달려있다고 믿는다.				
24. 우리 가족은 다른 사람에게 주고 서로 나누는 것이 중요하다고 믿는다.				
25. 우리 가족이 어떤 결정을 할 때 할머니, 할아버지나 삼촌, 숙모가 가끔 관여한다.				
26. 우리 가족은 아이들에게 서로 도와라고 가르친다.				
27. 우리의 민족적/문화적 뿌리를 전해주는 방법으로 이야기(예: 전래동화, 민화, 가문의 이야기)가 중요하다고 우리 가족은 생각한다.				
28. 우리 가족은 다른 사람을 당혹하게 하는 말은 하지 않도록 배워왔다.				
29. 우리 가족은 필요하다고 생각되는 것을 땅과 물에서만 구한다.				
30. 행복이 성공보다 중요하다고 우리 가족은 생각한다.				
31. 우리 가족은 아이들에게 어른의 말을 듣고 의견을 존중하도록 가르친다.				
32. 우리는 민속일과 기념일을 좋다고 생각하고 지킨다.				
33. 우리 가족은 느끼고 생각하는 것을 다른 사람들 앞에서 말하는 것이 중요하다고 믿는다.				
34. 우리 가족은 일상생활 속에 가문의 전통이나 민족적 문화적 뿌리를 세우려고 노력한다.				
35. 어린이는 듣는 것보다 보는 게 우선이라고 우리 가족은 생각한다.				

<부록 3> 가족강인성 질문지

우리 가족은 ---	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 우리가 잘못했기 때문에 문제가 발생했다고 우리 가족은 생각한다.				
2. 앞날이 어떻게 될지 모르기 때문에 미리 계획을 세우거나 희망을 갖는 것이 현명하지 못하다고 생각한다.				
3. 가족을 위해 아무리 열심히 노력하고 일해도 아무도 그 수고를 인정해 주지 않는다.				
4. 나쁜 일이 일어나면 언젠가 좋은 일도 있으리라고 우리 가족은 믿는다.				
5. 큰 문제에 부딪히더라도 우리는 강하다고 믿는다.				
6. 어려운 시기에도 일이 잘 될 것이라고 우리 가족은 생각한다.				
7. 우리 가족은 의견이 항상 일치되지는 않더라도 필요할 때면 서로 의지할 수 있다.				
8. 또 다른 힘든 문제가 발생한다면 가족을 계속 유지하기가 어려울 것 같다.				
9. 한 가족으로서 힘을 모아 함께 일한다면 일이 보다 잘 될 것이라고 우리는 믿는다.				
10. 우리 가족은 인생이 따분하고 의미없다고 생각한다.				
11. 우리 가족은 무슨 일이든지 함께 애쓰고 서로 돕는다.				
12. 우리 가족은 일을 계획할 때 무언가 새롭고 흥미로운 일을 시도한다.				
13. 우리 가족은 서로의 문제, 아픔, 그리고 두려움 등을 잘 들어준다.				
14. 우리 가족은 똑같은 일을 반복해서 하는 경향이 있어서 지겹다.				
15. 우리 가족은 서로에게 새로운 일이나 경험을 해보도록 격려한다.				
16. 가족 이외에 다른 사람과 함께 일하거나 외출하는 것보다 집에서 가족과 함께 있는 것이 더 좋다.				
17. 우리 가족은 적극적으로 생활하고 새로운 것을 배우도록 서로 격려한다.				
18. 우리 가족은 문제를 함께 해결해 나간다.				
19. 우리 가족은 불행한 일은 대부분 운이 나쁘기 때문에 발생한다고 믿는다.				
20. 우리 가족은 우리의 인생이 우연이나 운에 의해 좌우된다고 생각한다.				

<부록 4> 가족기능 질문지

우리 가족에 대해 생각할 때 ...	거의 그렇다	때때로 그렇다	거의 그렇지 않다
나는 나에게 어떤 어려움이 있을 때 나의 가족으로부터 받은 도움에 대해 만족한다			
나는 나의 가족이 나와 함께 공통 관심사를 논의하고 문제해결을 하는 방법에 대해 만족한다.			
나의 가족은 내가 새로운 활동을 하고 생활의 변화를 가지려는 나의 소망을 수용해 줄 것임을 나는 안다.			
나는 나의 가족이 애정을 표현하고 분노, 슬픔, 사랑과 같은 나의 감정을 받아주는 것에 만족한다.			
나는 나의 가족과 함께 시간을 보내는 것에 대해 만족한다.			

<부록 5> 문제해결 대처 질문지

자녀가 암으로 진단받은 후 지금까지 나를 포함한 우리 가족은 ---	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	그렇다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 우리 가족은 중요한 문제를 해결할 힘을 가지고 있다					
2. 우리와 같거나 비슷한 문제를 경험한 다른 가족으로부터 정보나 조언을 얻고자 한다.					
3. 우리와 같은 상황의 가족을 돕기 위한 사회기관이나 프로그램에서 도움을 구한다.					
4. 우리 가족 스스로 문제를 해결할 능력이 있다고 생각한다.					
5. 주치의로부터 정보나 조언을 구한다.					
6. 문제를 정면으로 직시하고 옳은 해결방안을 찾으려 노력한다.					
7. 문제를 잊고자 TV를 본다.					
8. 우리 가족이 강하다는 것을 보여준다.					
9. 교회, 절 등의 예배나 예불에 참여한다.					
10. 스트레스나 어려움 등이 인생의 한 부분임을 받아들인다.					
11. 문제의 해결은 운에 크게 좌우된다고 생각한다.					
12. 긴장을 풀고 몸의 균형을 유지하기 위해 친구와 운동을 한다.					
13. 어려움은 예기치 않게 발생한다는 것을 받아들인다.					
14. 가족의 어려움에 대해 전문가의 도움이나 전문상담을 구한다.					
15. 우리 가족 스스로 문제를 처리해 나갈 수 있다고 믿는다.					
16. 교회나 절 등의 활동에 참여한다.					
17. 가족의 문제를 긍정적으로 생각하기 때문에 아주 낙심하지는 않는다.					
18. 우리가 만일 이 사건을 미리 대비했다라도 문제를 해결하기는 어려웠을 것이다.					
19. 성직자(목사님, 신부님, 스님 등)로부터 조언을 구한다.					
20. 충분한 시간이 지나면 문제는 사라질 것이라고 믿는다.					
21. 신앙을 갖는다.					

<부록 6> 문제해결 의사소통 질문지

우리 가족은 ---	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 우리는 서로 소리지른다.				
2. 우리는 서로의 느낌을 존중한다.				
3. 우리는 문제가 해결될 때까지 대화를 나눈다.				
4. 우리는 가족이 정신적으로나 육체적으로 상처받지 않도록 노력한다.				
5. 우리는 아주 만족스럽지는 않지만 갈등은 모면한다.				
6. 우리는 서로 배려한다고 느낀다.				
7. 우리는 다툼 때 옛 일을 들추어내서 상황을 더 어렵게 만든다.				
8. 우리는 각자 말하고 싶었거나 느낀 것을 들어주는 시간을 갖는다.				
9. 우리는 먼저 진정을 한 후 대화를 통하여 문제를 해결한다.				
10. 우리는 격앙되었더라도 긍정적인 어조로 갈등을 해결하려고 노력한다.				

예)

1. 나 자신의 건강을 걱정하지도 전혀 돌보지도 않았다	012345678910	매우 걱정하고 잘 돌보았다
2. 매우 긴장하였다	012345678910	매우 편안하였다
3. 전혀 활기가 없었다	012345678910	매우 활기가 넘쳤다
4. 매우 우울했다	012345678910	매우 즐거웠다
5. 매우 두려웠다	012345678910	두려움이 전혀 없었다
6. 매우 화가 났었다	012345678910	전혀 화를 내지 않았다
7. 매우 슬펐다	012345678910	전혀 슬프지 않았다
8. 다른 식구들의 건강을 전혀 돌보지 않았다	012345678910	다른 식구들의 건강을 매우 잘 돌보았다

<부록 8> 일반적 특성에 관한 질문지

※ 다음은 암을 앓고 있는 어린이에 관한 질문입니다. 해당사항에 V 표시해 주시거나 기록해 주십시오.

1. 성별 : 남자 () 여자 ()

2. 생년월일 : 년 월

3. 나이 : 만 () 세

4 학교생활 :

현재 학교에 다님 ()

휴학 상태임 ()

장기결석 ()

학교 갈 나이가 아님 ()

5. 현재 몇 학년입니까? () 학교 () 학년
예) 초등학교 3학년

6. 진단명 :

백혈병 () 악성임파종 () 신경모세포종 ()

윌름종양 () 골육종 () 간종양 ()

횡문근육종 () 뇌종양 () 기타 ()

7. 처음 진단받은 시기 : 년 월

8. 현 치료상태 (현재까지의 치료상태)

유지치료 : 항암제(척수강내 주입 구강투여 정맥주사)

방사선치료 ()

수술 ()

골수이식 ()

기타 ()

치료가 끝남 : 치료 종료 시기 년 월

9. 치료가 끝났다면 과거에 치료받았던 방법은?

항암제 ()

방사선치료 ()

수술 ()

골수이식 ()

기타 ()

10. 치료가 끝난 후에 재발된 적이 있습니까? 예 () 아니오 ()

※ 다음은 가족들에 관한 질문입니다. 해당사항에 표시해 주시거나 기록해 주십시오.

1. 응답해주시는 분은? 어머니 () 아버지 ()

친할머니 () 친할아버지 ()

외할머니 () 외할아버지 ()

기타 ()

2. 가족사항

관계	성별	연령	동거여부	직업

3. 결혼상태 :

결혼 () 사별 () 별거 ()

이혼 () 재혼 ()

4. 교육정도

어머니 : 국졸 () 중졸 () 고졸 () 대졸이상 ()

아버지 : 국졸 () 중졸 () 고졸 () 대졸이상 ()

5. 가족의 종교 : 기독교 () 천주교 () 불교 ()
무 () 기타 ()

6. 경제상태 : 상 () 중 () 하 ()

Abstracts

Testing of Resiliency Model of families of children with cancer

Sim, Mi Kyung

Department of Nursing

The Graduate School

Yonsei University

The purpose of this study was to identify resiliency factor, to test causal relationship and effect of resiliency factors that influence on adaption of families of children with cancer, and to identify applicability of McCubbin's resiliency model as a theoretical framework of nursing intervention.

The hypothetical Model was constructed that resiliency variables would have a direct effect and mediate the effect on adaptation of family of children with cancer. Predictive variables included in this model are social support, family schema, family hardiness, family functioning, problem-solving coping, problem-solving communication, family adaptation.

Empirical data for testing the hypothetical model were collected using self-report questionnaire at 4 general hospital in Seoul and Kyungi Province between March and May, 2003 from 232 families of children with cancer. The collected data were analyzed by SAS program for descriptive and correlational analyses and LISREL program for covariance structural analysis.

The results were summarized as follows.

1. In the test of hypothetical model to the empirical data, the overall fitness

indices were shown to be good. But when we look at other type of measure like Normalized Residual(-2.89 ~ 3.94) and Stem-leaf Plot, the hypothetical model needed modification. Modification model was constructed by deleting one path in accordance with the statistical and theoretical criteria. Compared to the hypothetical model, the revised one had better fit to the data(chi-square/df=2.4, GFI=.92, RMR=.06, NFI=.93).

2. The results of testing hypothesis were followed :

1) Family hardiness($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$) and problem-solving coping($\beta_{64}=.38$, $T=2.95$) had significant direct effects on family adaptation of children with cancer.

2) Social support had significant indirect effect(effect coefficient=.20, $T=1.89$) and total effect(effect coefficient=.25, $T=3.35$) on adaptation in families of children with cancer. Social support had significant effect on all endogenous variables : family schema, family hardiness, family functioning, problem-solving coping, problem-solving communication including direct, indirect and total effect.

3) Family Schema had significant direct effect on family hardiness($\beta_{31}=.14$, $T=3.31$) and on problem-solving coping($\beta_{41}=.39$, $T=6.22$)

4) Family hardiness had significant direct effect on family functioning($\beta_{23}=.65$, $T=2.62$), problem-solving coping($\beta_{43}=.45$, $T=2.72$) and adaptation in families of children with cancer($\beta_{63}=.97$, $T=2.30$).

5) Problem-solving communication had significant direct effect on family hardiness($\beta_{35}=.36$, $T=2.97$) and significant indirect effect on family functioning(effect coefficient=.27, $T=2.48$) and on problem-solving coping(effect coefficient=.20 $T=2.53$).

Among the resiliency factors, family hardiness had the greatest effect on adaptation of family of children with cancer. In conclusion, this study supports the Resiliency Model by McCubbin and resiliency factors were identified. The

finding of this study suggest that nursing intervention to enhance family hardiness, problem-solving coping and social support would result in an increase in adaptation of families of children with cancer. The multi-dimensional integrated intervention strategy and program that emphasize and promote these resiliency factors should be developed and established for families of children with cancer.

key word: families, children with cancer, resiliency model, adaptation