

결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*

송 광 례¹⁾

국립마산병원

하 춘 광²⁾

경남대학교 사회복지학과

김 효 순³⁾

서울시립대학교 사회복지학과

본 연구는 결핵전문병원에 입원한 결핵 환자 186명을 대상으로 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 살펴보는 것이다. 삶의 질은 여러 가지 요인에 의해 영향을 받을 수 있으나 본 연구에서는 사회인구학적 변인으로 학력, 배우자 유무, 동반질환 여부, 입원 횟수를 선정하였으며 그 외 증상 경험, 우울, 가족지지, 의료인지지 요인들을 중심으로 결핵환자의 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보았다. 연구결과를 살펴보면 우울이 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 나타났으며 가족지지, 배우자 유무 및 의료인 지지가 그 뒤를 이었다. 우울, 가족지지, 배우자 및 의료인 지지는 결핵환자의 삶의 질과 밀접한 영향이 있음을 알 수 있다. 이러한 연구결과를 바탕으로 결핵환자가 가능한 한 만족스러운 삶을 영위할 수 있도록 사회복지실천 방안을 제시하였다.

주요어 : 삶의 질, 결핵, 사회적 지지

* 본 연구는 2010년도 경남대학교 학술연구장려금 지원으로 이루어졌음.

본 연구는 송광례의 석사학위논문을 수정·보완하였음.

1) 주 저자 : 국립마산병원 간호사 (E-mail : krsong@masan.kr)

2) 교신저자 : 경남대학교 사회복지학과 조교수 (E-mail : hachkw@kyungnam.ac.kr)

3) 공동연구자 : 서울시립대학교 사회복지학과 강사 (E-mail : meri9657@unitel.co.kr)

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

결핵은 20세기 초반 해도 선진국조차 사망 원인 1위를 차지할 정도로 대단히 위협적인 질병이었다. 이후 사회경제의 발전, 생활수준의 향상과 항결핵제의 개발로 선진국의 유병률이 매우 크게 감소하였다. 특히 21세기에 접어들면서 보건의 쟁점은 생활습관의 개선이 최우선이 되었고 결핵은 사회에서 무관심해져, 국가차원의 지원 및 정책적 관심 또한 멀어지게 되었다. 반면에 국가 간 교류가 빈번해지고 에이즈나 결핵의 동시 감염자가 증가하는 등의 사회적 변화는 범세계적 경향이어서 결핵은 이 시대에 새롭게 각인되고 있는 감염성 질환이 되고 있다(김규성·김미혜·조정민·정문희, 2007). 따라서 결핵은 오늘날에도 여전히 전 세계적으로 발생률과 사망률이 높은 감염성 질환으로, 2007년 세계보건기구는 광범위내성결핵의 전 세계적 확산 위험을 경고한 바 있다(WHO, 2008).

2008년 한해 우리나라의 결핵신고 신환자는 34,157명(인구10만 명 당 70.3명)으로, 2007년 34,710명보다 553명(1.6%) 감소되었으나, 여전히 20대와 60세 이상의 연령대에서 결핵 신환자율이 높은 분포를 보이고 있으며, OECD 가입국 중 결핵발생률 및 사망률은 1위를 차지하고 있다(질병관리본부, 2008). 우리나라는 항화학요법의 발달로 인하여 결핵 사망률이 감소하기는 하였지만 아직도 단일 질병율로는 가장 많은 환자 수를 유지하고 있다(박재석 2005). 즉 1965년 전국결핵실태조사에서 5.1%

였던 활동성 결핵환자의 유병율이 2005년에는 약 1% 수준으로 감소하였다. 그러나 그간의 노력에도 불구하고 아직도 매년 3만 명 이상의 결핵 환자가 발생하고 2천명 이상의 결핵 환자가 사망하는 등 결핵이 법정전염병 중 발생률과 사망률에서 1위를 차지하고 있으며, 2000년 이후에도 오히려 결핵환자 발생 감소 속도가 크게 둔화되는 추세를 보이고 있다. 또한 인구구조의 노령화와 만성질환 증가로 인해 이들 인구집단에서의 결핵발생이 증가하고, 다제내성결핵도 1994년 1.6%에서 2004년 2.7%로 증가하였으며, 2008년에는 2,262명으로 보고되었으며 광범위내성결핵환자도 238명으로 보고되어 결핵의 위험성은 더 증가되고 있다.

더군다나 사회적, 경제적으로 열악한 계층에 있는 결핵환자들인 경우, 치료를 위해서 충분한 안정과 영양섭취 및 정확한 투약이 필요하지만 생계를 위해 무리한 경제활동을 지속할 수밖에 없어 적절한 치료시기를 놓칠 수 있다. 이 경우 이들 계층에서 재발하거나 악화되는 경우가 많으며, 재발한 환자들은 사회적으로 새로운 환자를 유발시키는 전염원으로 작용하고, 근로능력이 상실되어 빈곤의 나락에 떨어지게 된다. 이외에도 질병의 특성 상 긴 유병기간과 사회적 격리로 인해 환자의 성격은 변화되고, 새로운 환경에의 적응, 주변 사람들로 부터 소외감과 신체적 구속, 의료인과의 관계, 환자 간의 대인관계 등이 스트레스원이 되어 환자의 성격을 변화시키거나, 심리적으로 우울과 불안 등, 정서 장애를 수반하여(홍정표 1997). 환자의 신체적, 심리사회적 삶의 질에 커다란 위험 요소가 될 수 있다. 이렇듯 폐결핵이라는 만성적인 질병으로 말미암아 환자들

은 삶의 의미와 희망이나 투병할 의지를 잃거나 슬프고 무력하고 공허하며 고통 받고, 고독하며, 우울에 빠지기 쉬운데(홍정표, 1997; 임신예, 2003), 이러한 정서반응은 환자뿐만이 아니라 그의 가족들에게도 육체적, 심리적 안녕 상태에 커다란 위협으로 다가올 수 있다는 점에서 사회복지적 관심이 필요하다.

한편 삶의 질이란 주관적인 안녕감이나 삶에 대한 만족도, 행복 등으로 정의 할 수 있으며, 개인이 주관적으로 느끼는 삶에 대한 전반적인 평가를 말한다(Mahler, 2000; 안미향, 2005; Diner, Lucas, & Oishi, 2005). 최근 의료분야에서 생명보존과 수명연장만을 중시하던 가치관에서 벗어나 생의 의미와 삶의 질을 강조한다는 점에서 결핵환자의 삶의 질이란 생활과정의 중요한 요소가 되고 있다. 특히 삶의 질 개념도 개인의 경험 내적에 존재하며 삶의 긍정적이고 적극적인 측면을 반영하고, 개인의 모든 측면에 대한 주관적인 평가를 중시한다(노유자, 1988; 방활란, 1991). 따라서 결핵환자의 삶의 질은 타 질환 대상자들에 비해 그 수준이 심각하게 저하되어 있으며(김현수, 1997; Carol, 1993), 대부분의 환자는 심한 수치감, 자기평가절하, 사회적 위축, 절망감, 신경증 등을 경험한다(김철재, 1992; 홍정표, 1997; 박순주, 2001; 임신예, 2003; 서홍석, 2008).

서구의 결핵관련 연구의 경우 이전에는 주로 생의학적 모형에 비중을 두고 결핵의 치료에 관심을 기울였으나, 1980년 중반 이후 결핵환자의 소외, 낙인, 사회적 단절 등 일련의 사회적 인식이나 삶의 질 향상을 위한 보건정책에 관한 연구가 활발하다(Rubel & Carro, 1993; Ogden, Rangan, Uplekar, Porter, Brugh,

Zwi, & Nyheim, 1999; Portero, Rubino, Pasican, 2002). 우리나라의 경우도 지금까지 결핵관련 연구는 주로 치료에 관심을 두고 진행되었는데 실태조사(대한결핵협회, 2004; 김경애, 2002, 김유옥·양원현·배종면, 2004)와 결핵치료의 효율을 높이기 위한 연구(김희진, 2003)가 있고 이후 사회적 인식(안현수, 1989)에 관한 연구 및 사업평가, 지식, 태도실천에 관한 연구(김규성·김미혜·조정민·정문희, 2007) 등이 있다.

최근까지 결핵환자의 삶의 질에 관한 선행 연구는 결핵 초치료 환자와 재치료 환자를 대상으로 한 가족지지와 삶의 질(김성진, 1999), 결핵환자의 삶의 질 측정도구의 개발(임신예, 2003), 신체적 증상(정종순, 2006; Lee et al., 1991), 건강에 대한 내적 통제위, 자아개념(김옥수, 1993). 및 의료인에 위한 사회적지지(O'Brien, 1980; 김명자·송경애, 1991; 오승길, 2002) 등으로 양적으로 매우 제한적으로 이루어졌을 뿐만 아니라 의료현장에서 요구되는 치료목적의 의학적인 차원에서 연구가 진행되어 사회복지적인 접근은 거의 미약하였다.

이에 본 연구는 결핵으로 입원한 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 심도 있게 파악해보고자 하였다. 이는 결핵 환자를 위한 사회복지적 개입 방안을 위한 실천적 자료를 확보하는데 기여할 것으로 사료된다.

2. 연구문제

선행연구를 기초로 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들에 관한 탐색적 연구로서 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

연구문제 1. 연구대상자들의 증상경험, 우울, 사회적 지지 및 삶의 질 정도는 어떠한가?

연구문제 2. 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

II. 이론적 배경

1. 결핵환자의 삶의 질

삶의 질은 인간의 삶에 대한 통합적인 개념으로 삶의 상태와 가치를 나타내는 복잡하고 어려운 개념이다. 따라서 삶의 질이란 용어에 대해 합의된 개념은 없으나, 일반적으로 객관적인 조건을 파악하는 객관적 삶의 질과 주관적인 평가방법에 의한 삶의 질로 구분할 수 있다. 객관적인 삶의 질이란 살기 좋은 환경을 구축하는 것, 경제적 환경과 같은 객관적 지표로 측정할 수 있는 것으로 사회지표(social index)의 개념에서 유래하였다. 객관적인 삶의 질은 아무리 객관적인 평가측정이 유리하다고 하더라도 개인들은 독특한 욕구를 가지고 있다는 점에서 한계를 안고 있다. 따라서 삶의 질은 개인에 따라 주관적으로 결정된다고 여기는 추세이다(노유자, 1988).

주관적 삶의 질이란 안녕, 삶에 대한 만족이나 불만족 혹은 행복이나 불행에 대한 개인의 느낌(Ferrans & Powers, 1985), 일상생활활동으로부터 얻는 심오한 만족이며 매우 주관적인 가치판단(Dubos, 1976), 현재 삶의 상황에 대한 지각된 만족 정도(Young & Longman, 1983) 등을 의미한다. 노유자(1988)는 삶의 질을 신체적, 정신적, 및 사회경제적 영역에서

각 개인이 지각하는 주관적 안녕(subjective well-being)으로, 김애련(2000)은 삶의 질에 대해 건강, 사회적 자원, 심리적 측면, 경제적·환경적 요인, 심리적복지감을 포함한 종합적 개념이며, 주관적 복지감이라고 정의하였다.

삶의 질을 구성하는 영역으로 주거, 가족관계, 친구관계를 포함하는 사회적 관계, 직업관련 활동, 건강, 금전, 여가활동, 편한 마음 상태 등이 보고되고 있다(Muser, Gingerich, & Lefley, 1994). 양옥경(1994)은 삶의 질을 가족 및 친척관계, 자아감 및 일반적 삶, 친구 및 대인관계, 주거환경, 신체 및 정신건강, 의식경제활동, 여가활동, 직업 및 하루일과 등의 8가지 영역으로 구분하고 있다. 노유자(1988)는 삶의 영역을 신체영역, 정신영역, 사회영역, 경제영역, 영적영역으로 구분하고 있다.

지금까지 살펴본 바와 같이 삶의 질에 관한 연구에서 삶의 질이란 개념과 영역에서 연구자의 관점과 접근방법에 따라 다양하게 정의되어 왔음을 알 수 있다. 그러나 많은 연구자들은 일상생활 전반에 걸친 신체적 상태 및 심리적 안녕수준을 주관적으로 평가하는 것을 삶의 만족으로 정의하고 있어(노유자, 1988; 김애련, 2000; Dubos, 1976; Ferrans & Powers, 1985), 본 연구에서도 삶의 질이란 삶의 일반적 영역에서 개인이 주관적으로 느끼는 만족감 혹은 안녕감이라고 정의하였다.

2. 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

질병과 삶의 질의 관계에 대한 연구에서는 신체적 기능과 정서적 기능이 삶의 질에 직접 영향을 준다고 하였으며(김성진, 1999; Torrance,

1989), 건강이 주관적 안녕에 가장 중요한 요인으로, 아프거나 신체적으로 무능력한 사람들은 그들의 삶에 관하여 만족도가 낮다고 보고된다(김성진, 1999). 노유자·한운복·김남초·김희승(1990) 등은 암환자 200명을 대상으로 삶의 질의 영향요인을 분석한 결과 지각된 건강상태가 삶의 질의 가장 중요한 영향으로 나타났고, 성별과 교육정도가 그 뒤를 이었다. 입원한 암환자를 대상으로 한 자존감과 가족 지지 및 삶의 질 연구(장혜경, 1988)에서는 가족의 지지정도가 높을수록 질적 삶의 정도가 높은 것으로 나타났다. 만성폐쇄성 폐질환자를 대상으로 한 박순주의 연구(2001)에서는 사회적 지지는 삶의 질에 직접적, 간접적 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 호흡기질환 대상자들은 불안과 우울 등의 부정적 정서가 심할수록 삶의 질 수준이 심각하게 저하되는 것으로 보고되었다(박순주, 2001; Anserson, 1995; Moody, McCormick, & Williams, 1990). 그 외 삶의 질에 영향을 준다고 생각되는 변수로는 환자의 연령, 교육정도, 결혼상태 및 직업(김옥수, 1993), 입원회수, 성별, 가정의 월수입, 주택소유상태(Evans & Stroddart, 1990) 등으로 나타났다.

증상경험

증상경험은 환자 자신이 질병에 대해 주관적으로 인식하는 것으로, 환자가 경험하는 증상은 폐기능 상태와 같은 객관적인 자료보다 삶의 질에 더 중요한 예측요인이 된다고 보고된다(Lee, Graydon, & Ross, 1995; 정종순, 2006).

결핵은 특징적으로 접촉(노출), 감염, 발병(환자)의 3단계를 거치며 발병한 환자는 다시

다른 사람과 접촉하여 감염을 일으키는 순환을 반복하면서 전파된다. 결핵은 치료가 가능한 병이며, 치료기간은 6개월 단기치료에서부터 18개월 이상까지 환자의 상태에 따라 달라지며, 표준화된 약제로 정해진 치료기간동안 규칙복약이 요구되어진다. 결핵에 의한 피해는 첫째는 인명손실, 둘째는 오랜 이환으로 인한 병고, 셋째는 가장 생산적인 연령층에 주로 발병함으로 이로 인해서 발생하는 노동력의 상실과 환자의 관리에 소요되는 의료비와 같은 사회 경제적 손실로 집약될 수 있다.

결핵환자가 경험하는 증상으로는 호흡곤란, 기침, 객담, 피로, 각혈, 열감 등이다. 특히 항결핵제의 부작용 증상으로 메스꺼움, 구토, 헛구역질, 복부 불편감, 식욕부진, 설사, 발열, 피부발진, 피부 벗겨짐, 소양감, 오한, 난청, 현훈, 이명, 부종, 혈뇨, 관절통, 말초신경염, 두통, 불면, 우울, 불안, 손발 떨림, 시력장애, 지각장애, 황달 등이 나타날 수 있으며, 식욕부진 등의 소화기 장애가 가장 많이 나타났다(김현수, 1997). 이러한 증상 가운데 호흡곤란은 환자들이 가장 많이 호소하는 주요 증상이어서(Siafakas, Vermin, Pride, Paoletti, Gibson, & Howard, 1995), 호흡곤란, 기침, 객담, 피로, 폐쇄성 수면 무호흡 등과 같은 호흡기 질환 관련 증상 경험을 많이 할수록, 합병증이 많을수록 삶의 질이 낮은 것으로 보고되고 있다(박순주, 2001; 오의금, 1999). 호흡곤란과 더불어 자주 보고되고 있는 증상 가운데 하나인 피로도 삶의 질을 저해시키는 증상으로서 삶의 질과 상관관계가 있는 것으로 보고된다(Breslin, van der Schans, Breukink, Meek, Mercer, Volz, & Louie 1998; Breukink, Strijbos, Koom,

Koeter, Breslin, & van der Schan, 2008). 이처럼 만성질환자에게 있어 전반적인 건강의 변화는 일과 여가 활동의 참여에 제한을 주고 신체적, 정서적 불편감 및 자기수용과 사회적 적응에 어려움을 초래하여 결국 삶의 모든 영역에 중요한 영향을 미치게 된다.

우울

우울은 스트레스 사건에 대한 적응과정에서 자기에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 것으로 근심, 침울함, 실패감, 상실감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서장애이다(Beck, 1974; 박순주, 2001). 일반적으로 우울은 신체질환, 소외감 또는 외로움 등과 관련되어 있으며(오의금·방소현, 2007), 신체적 장애가 높을수록 우울증이 심각하며 따라서 정신건강 문제 중에서 우울이 가장 많은 것으로 알려져 있다(Cummings, Neff, & Husaini, 2003; Travis, Lyness, Shields, King, & Cox, 2004).

대체로 만성질환의 경우 환자는 장기간의 질병과정을 겪기 때문에 정서적인 측면에서 많은 변화를 경험한다. 즉, 만성질환 환자들은 장기간의 투병생활로 인해 불구에 대한 불안감, 사회적인 격리, 신체적인 불편감, 경제적인 문제, 역할 상실 등 여러 가지 문제로 우울에 빠지기 쉽다.

결핵 역시 만성전염성 질환으로 단시일 내에 치료되기 어렵고 혹은 전혀 치료가 불가능한 상태가 되는 경우도 있으며, 장기간의 치료지시 및 주위사람들이 기피하는 경향 등으로 사회적 소외현상을 겪게 되므로 정신건강에 악영향을 주는 상황에 직면한다(이은숙, 2003). 또한 결핵으로 격리 입원 시 주변사람

으로 부터의 소외감은 증대되고 유병기간이 긴 질환의 특성으로 결핵환자가 겪어야 하는 실직상태와 사회적 격리는 환자의 성격을 변화시킨다고 보고된다(홍정표, 1997; 이상혁, 2003). 따라서 결핵환자들은 심리상태가 불안정하고 우울이나 불안이 높게 나타나는데(류정환, 2001), 병의 정도가 중하고 유병기간이 길수록 신경증적 경향이 높게 나타난다(홍정표, 1997; 박순주, 2001). 이러한 정서반응은 환자와 그의 가족들에게 육체적, 심리적 안녕 상태에 커다란 위협을 주고 있다(오의금·방소현, 2007).

결핵환자는 지나치게 방어적이고 우울성향이 심하고 대인관계에서 곤란을 느끼는 경향이 강하므로 치료영역에서 정서적 요인이 대단히 중요하다고 하였으며(류정환, 2001), 치료를 위해서는 화학요법에만 의존할 것이 아니라 자아의 힘을 강화하는 심리요법 병용의 필요성을 제시하였다(김철재, 1992).

이처럼 호흡기질환 대상자들은 일반인은 물론 타 질환 대상자들에 비해 삶의 질 수준이 심각하게 저하되어 있으며, 심리적 요인으로 는 주로 불안과 우울 등의 부정적 정서가 심할수록 삶의 질이 낮으며, 자기효능감이 높을수록, 사회적 지지를 많이 받을수록 삶의 질의 수준이 높은 것으로 보고되었다(박순주, 2001).

본 연구에서 우울이란 심리적 우울 및 생리적 우울이라는 두 가지 하위요인으로 구성되는 것으로 본다. 이 중 심리적 우울이란 심리적 과정에 부정적인 영향을 주는 것으로서 혼동, 정신운동 지연, 절망감, 자기비하, 공허감, 및 불만 등을 야기시키는 우울증상을 지칭한

다. 생리적 우울은 신체적 및 생리적인 과정에 부정적인 영향을 주는 것으로서, 수면장애, 식욕감소, 체중감소 및 피로 등이다(이중훈, 1995).

사회적 지지

사회적 지지는 가족, 친구 그 외 타인과 함께 하는 상호작용으로 얻을 수 있는 모든 긍정적 자원이며(Tomaka, Thompson & Palacios, 2006), 질병으로부터 회복하고 건강을 유지시키는 역할을 할 뿐 아니라 자아존중감과 함께 스트레스 상황의 충격을 줄일 수 있다(Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat, 2008). 개인을 보호하는 완충역할을 하는 사회적 지지가 부족하면 피드백이 감소하면서 사망률과 질병률 같은 질병의 결과에 영향을 준다(Alemi, Stephens, Llorens, Schaefer, Nemes, & Arendt, 2003). 특히 사회적 지지는 개인에게 정서적, 물질적 도움 및 문제해결에 도움이 될 수 있는 정보를 제공함으로써 건강에 도움이 되는 행동을 강화시키며, 건강에 도움이 되지 않는 행동을 변화수정하게 하는 것으로 나타났다(Wills & Yaeger, 2003). 따라서 적절하고 성공적인 사회적 지지를 받은 사람은 긍정적인 건강 결과를 가져올 가능성이 크며, 비효율적인 부적절한 사회적 지지를 받은 사람은 부정적 건강결과를 초래할 가능성이 크다.

사회적 지지에 대한 기타 질환의 연구를 살펴보면 유방암환자 77명을 대상으로 한 연구 결과 사회적 지지는 심리적 적응과 낙천적 성향 사이의 부정적인 관계에서 완충역할을 하며 낙천적 성향과 사회적 지지는 생활에 더 적응을 잘 할 수 있게 해 주었다(Shelby,

Crespin, Gregorio, Lamdan, Siegel, & Taylor., 2008). 암환자 106명을 대상으로 연구한 결과 암환자가 지각한 가족지지 정도는 매우 높았으며 가족지지가 높을수록 삶의 질이 향상되는 것으로 나타났다(허혜경 · 김대란 · 김대화, 2003). 203명의 루푸스 환자의 삶의 질 연구에서도 사회적 지지가 높을수록 정신적 건강과 같은 삶의 질이 향상되고 연령이 낮고 사회적 지지를 많이 받을수록 신체적 건강 등의 삶의 질이 향상되는 것으로 나타났다(Zheng, Ye, Pan, & Xu, 2008).

이러한 사회적 지지의 근원이 되는 사회적 관계망에는 배우자, 가족, 친구, 친척, 동료, 이웃 및 성직자, 교사, 상담자, 사회사업가, 의료제공자, 그리고 공식적, 비공식적인 사회시설과 기구 등이 포함된다(박순주, 2001; 오영란, 2004; Norbeck, 1981). 결핵환자에게는 사회적 지지체계 단위 구성원 중 가족과 의료인이 환자의 가장 중요한 지지체계가 된다고 알려져 있다(박순주, 2001; Cobb, 1976; Norbeck, 1981).

사회적지지 중 가족지지는 비공식적 지지로서 언어적 그리고 비언어적 정보나 충고, 가시적인 유형의 도움이나 행동, 서비스 등을 제공하는 체계를 말하며 가치 있는 활동 혹은 사회적 역할을 성취할 수 있는 정도에 영향을 미친다(Weeks & Cueller, 1981; Deserosiers & Bourbinnais, 2005). 현대 가족의 기능은 종족의 유지, 건강에 대한 상호의존성 및 상호 보완적 역할, 지지적 역할 등으로 요약할 수 있다. 특히 가족구성원의 건강문제는 가족행동이나 가족관계에 의해서 야기되며 상호 관련적이어서 사회적, 정신적 질병이나 장애는 가족원들

간에 파급되며, 구성원들 내에서 정서적 질환에 영향을 미친다. 또한 Cobb(1976)는 인생의 종말이 가까워질수록 사회적 지지의 대부분은 가족구성원으로부터 획득된다고 하였다. 따라서 가족은 스트레스나 위기상황에서 가족구성원이 적응에 실패하게 되는 주요 원인인 불안, 우울, 좌절감 등의 부정적 정서를 경감시켜주는 역할을 하는 중요하고 직접적인 일차적인 사회적 지지체이다(류은경, 1995). 우리나라와 같이 가족 간의 유대가 강한 나라에서는 만성질환자가 가족 내에 있을 경우 가족원이 도움을 주는 것은 당연하며 건강하지 못한 가족원을 돌보는 일은 가족의 일차적인 기능이며 역할이다.

결핵환자의 가족지지에 관한 선행연구를 살펴보면 가족지지는 결핵환자들로 하여금 긍정적인 사고를 영위하는 중요한 개념이라고 하였다(고정은, 1994; 박순주, 2001). 결핵환자가 치료를 계속하는 이유 중 하나로 배우자와 가족의 지지를 들었으며(서홍석, 2008), 비이행 결핵환자에게는 환자의 환경인 가족과의 상호작용을 통한 사회적 지지가 건강회복의 중요한 요인이라고 하였다(이정열, 2001). 결핵환자의 초치료환자와 재치료환자가 지각한 가족지지 연구(김성진, 1999)에 의하면 주지지 제공 가족원이 배우자일 경우 가족지지를 높게 지각한다고 보고하였다. 반면에 안현수(1989)의 연구에서는 결핵환자의 가족지지 정도는 비교적 낮은 것으로 나타났는데, 이는 결핵 질환 자체가 낮은 사회경제적 수준에서 이환되며, 또한 이환 후에 좋지 않은 환경적 여건 하에 만성적 질환으로 전개되기 때문에 가족지지 정도가 낮을 수밖에 없다는 것이다. 따라서

폐결핵이 전염성 질환임을 인식하여 더 이상 만연되지 않도록 정부차원의 적극적인 지원 하에 효율적인 가족지지가 이루어져야 된다고 주장하였다.

Synder와 Wilson(1977)에 의하면 의료인 역시 환자에게 중요한 지원원이 된다. 의료전문가는 환자의 고유한 사회적 지지체계 내에서 위기 또는 변화가 일어났을 때 개인에게 필요한 지지를 충족시킬 수 있기 때문이다. 즉 의료인의 사회적 지지는 여러 광범위한 병리적 상태로 인해 위기에 처한 환자를 보호할 수 있을 뿐 아니라 투약의 요구량을 감소시키고, 회복을 촉진시키며, 처방된 의학적 섭생에 대한 이행을 증가시킬 수 있다. 이처럼 의료인 지지는 의사나 간호사 등의 의료인에 의해 제공되는 사회적 지지로 경청, 기술적 안정, 기술적 도전, 정서적 지지, 정서적 도전 및 사회적 현실의 분담이 내포되어 있다(O' Brien, 1980; 오승길, 2002; 박재석, 2005).

환자에게 의료인은 정보적이고 정서적인 최고의 지지체로서 중요한 역할을 하며, 가족 등의 비공식적인 관계에 의한 것보다는 의료인에 의한 공식적인 지지가 더 효과적이라고 보고된다(김명자·송경애, 1991; 박수라, 1999). 간호사나 의사가 환자를 신체적, 정서적으로 지지하여 바람직한 자세와 상태를 유지시켜주는 것과 사고예방, 격려, 신뢰감 제공, 생활원조, 옹호 등의 활동이 포함된 의료인지지는 만성질환 환자의 삶의 질 향상에 중요한 사회적 지지라는 것이다. 장기투석환자가 인지하는 의료인의 지지는 환자의 역할이행을 돕고 환자의 삶의 유지에 영향을 준다고 하였으며(오승길, 2002; O' Brien, 1980), 말기신부전증환

자에 대한 연구(박수라, 1999)에서도 사회적 지지 중에서 가족지지 다음으로 의료인지지가 중요하고 환자와 의료인의 상호작용을 통해 만족감과 심리적 적응이 증가되었다고 보고하였다.

III. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 경상남도 M시에 있는 결핵 전문 병원에 입원한 결핵환자 중 입원기간이 1개월 이상이고, 문자해독이나 설문 이해가 가능한 만20세 이상의 남녀 환자 186 명을 대상으로 하였다. 여기서 입원기간을 1달 이상으로 설정한 이유는 결핵환자로서 입원생활과정에서 경험하고 체득하는 복지의식, 삶의 만족, 행복과 불행에 대한 보편적인 지각수준은 재원 4주 정도는 지난 후에 보다 정확한 측정이 가능할 것으로 판단한데 있다.

2009년 3월 2일부터 9일까지 7일간 예비조사를 실시하였으며 가족학 전문가 2인과 설문 문항 내용에 대한 수정보완을 하였다. 이후 3월 12일부터 3월 28일까지 본조사를 실시하였다. 자료 표집 방법은 연구자가 입원환자를 직접 방문하여 연구의 목적을 설명하고 동의를 얻은 후 질문지를 편안한 분위기에서 환자 자신이 기입하도록 하였다. 환자가 이해하지 못하는 문항은 체크하게 한 후 본 연구자가 보조 설명을 하였다. 회수된 설문지 가운데 응답이 불성실한 10부를 제외하고 186부가 최종분석에 사용되었다.

2. 측정도구

일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성이란 성별, 연령, 종교(기독교, 천주교, 불교, 무교, 기타), 학력(무학, 초졸, 중졸, 고졸, 대졸 이상), 결혼상태(미혼, 기혼, 이별, 사별, 별거, 기타), 배우자 유무, 직업(기능생산직, 사무직, 전문관리직, 사업·자영업, 무직, 기타), 동반질환 여부, 결핵치료 구분(초치료, 재치료), 유병기간(6개월 미만, 6개월 이상-1년 미만, 1년 이상-2년 미만, 2년 이상-3년 미만, 3년 이상-5년 미만, 5년 이상), 입원기간(3개월 미만, 3개월 이상-6개월 미만, 6개월 이상-1년 미만, 1년 이상-2년 미만, 2년 이상), 입원횟수(초입원, 2회 입원, 3회 입원, 4회 입원, 5회 입원) 등의 12문항이다. 이 가운데 동반질환 여부(있음=1, 없음=0)와 배우자 여부(있음=1, 없음=0)는 더미변수화하여 처리하였다.

증상경험

본 연구에서는 박순주(2001)가 개발한 만성 폐쇄성 폐질환자의 신체적 증상경험 도구를 본 연구의 목적에 맞게 수정 보완하여 17문항, 4점 척도로 구성하였다. 증상경험 측정도구는 호흡곤란, 기침, 피로, 수면장애, 기억력 감퇴 등의 빈도와 강도를 측정할 수 있으며, 1점-‘경험 없음’, 2점-‘가끔 그렇다’, 3점-‘자주 그렇다’, 4점-‘항상 그렇다’로 점수가 높을수록 증상경험 정도가 심함을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α 는 .853 으로 나타났다.

우울

본 연구에서 우울 척도는 Zung(1965) 및 이중훈(1994)의 자가평가 우울척도(self-rating depression scale)를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 검사가 간편하고, 우울을 예견하는 확률이 매우 높다는 특징이 있다(Zung, 1971). 총 20개 문항에 대해 가족학 분야 전문가 2인의 안면타당도 검사를 통하여 생리적 우울 6문항, 심리적 우울 6문항 등 총 12개 문항을 재구성하였다. 각 문항은 Likert 4점 척도로 1점-‘거의 그렇지 않다’, 2점-‘가끔 그렇다’, 3점-‘자주 그

렇다’, 4점-‘항상 그렇다’이며 점수가 높을수록 우울 정도가 낮음을 의미한다. 부정문항은 역환산 처리하였다. 본 연구에서 생리적 우울의 신뢰도 계수는 Cronbach's $\alpha = .754$, 심리적 우울의 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha = .634$ 로 나타났다으며 우울의 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha = .748$ 로 나타났다.

사회적 지지

본 연구에서는 태영숙(1985)이 제작한 가족 지지 도구와 의료인 지지 도구를 기반으로 하

표 1. 측정도구의 구성과 신뢰도

(N=186)

영역	내용	문항	신뢰도
일반적 특성	성별, 연령, 종교, 학력, 결혼상태, 배우자, 직업, 동반질환, 결핵치료구분, 유병기간, 입원기간, 입원횟수.	12문항	
증상경험	기침, 가래, 호흡곤란, 피곤, 식욕부진, 열감, 통증, 소화기장애, 피부이상, 혈담이나 각혈, 식은땀, 말초신경염, 청력, 시력장애, 배변, 배뇨곤란, 수면장애.	17문항	.853
우울	의욕 없음, 기분, 울고 싶음, 밤잠 설침, 식량, 체중감소, 피곤, 정신 맑음, 변비, 미래, 신경질, 인생만족.	12문항	.748
사회적 지지	가족지지	12문항	.929
	의료인 지지		.894
삶의 질	경제상황 요인 신체상태 요인 가족관계 요인 이웃관계 요인 자아존중감 요인 정서상태 요인	30문항	.873
전체		83문항	

였다. 가족지지는 가족(배우자, 형제, 자매, 자식, 부모, 기타 가족)으로부터, 의료인지지는 의료인(의사, 간호사)에 의해 제공되는 사회적 지지이다. 각 문항은 Likert 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘그저 그렇다’ 3점, ‘대체로 그렇다’ 4점, ‘항상 그렇다’ 5점으로 구성하였다. 점수가 높을수록 사회적지지 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 가족지지는 Cronbach's $\alpha=.929$, 의료인 지지는 Cronbach's $\alpha=.894$ 로 높은 편이다.

삶의 질

본 연구에 사용된 도구는 사회적 측면을 포함한 다차원적 영역이 중요하게 다루어진 측정도구로 노유자(1988)가 개발한 삶의 질 측정도구를 사용하였다. 부정문항은 역 환산 처리하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도로 ‘매우 불만’ 1점, ‘대체로 불만’ 2점, ‘보통’ 3점, ‘대체로 만족’ 4점, ‘매우 만족’ 5점을 주었으며 점수가 높을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다. 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.873$ 으로 나타났다. 본 연구에서 사용된 측정도구의 구성은 표 1과 같다.

3. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 15.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 조사대상자의 일반적 특성은 빈도분석, 백분율, 평균, 표준편차 및 t-test, ANOVA를 통해 알아보았으며 척도의 신뢰도 검증은 위해서는 Cronbach's α 계수를 산출하였다. 가설검증과 관련한 조사대상자의 증상 경험, 우울 및 사회적 지지와 삶의 질을 알아

보기 위해서는 기초적 기술분석과 Pearson 상관관계분석, 중다회귀분석 등의 통계기법을 활용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

일반적 특성을 보면 표 2에서처럼 남자는 평균연령 47세, 여자는 41세, 전체평균연령은 46세이다. 남녀의 구성비는 79.6: 20.4(%)로 남자가 여자보다 훨씬 많고, 결혼 상태로 보면 기혼과 미혼의 구성비가 41.4: 42.5(%)였고, 나머지 16.1%는 기타였다. 종교로 보면 있는 경우가 59.7%로 없는 경우 40.3%보다 많았다, 배우자의 유무에 대한 분포는 무 105명(56.5%), 유 81명(43.5)로 나타났으며, 직업으로 보면 47.3%가 무직이었다. 질병관련 특성에서는 동반질환이 ‘있다’ 54.8%이었으며, 동반질환의 종류로는 당뇨병, 고혈압 순이었다. 결핵 치료 구분에서는 재치료 103명(55.4%), 초치료 83명(44.6%)으로 나타났다. 유병기간에서 ‘6개월 이상~1년 미만’과 ‘5년 이상’이 각각 49명(26.3%)으로 가장 많이 나타났는데, 결핵은 대표적인 만성질환으로 장기간의 치료를 요하는 경우가 많음을 알 수 있다. 입원기간은 ‘6개월 이상~1년 미만’이 31.2%로 가장 많았으며, 입원횟수는 ‘초입원’ 60.8%, ‘2회 입원’ 23.1%, ‘3회 입원’ 8.6%순이었다.

결핵환자의 삶의 질 정도를 측정하기 위해 총 30문항에 대해 5점 척도로 답하게 되어 있는 것을 합계해서(가능한 최고 점수 150점) 산

표 2. 연구대상자의 일반적 특성 (N=186)

변수명		빈도, 평균		
종속변수	삶의 질	평균 90.6075(14.35)		
	연령	평균 46.03(14.84)	남성 47.35(14.83)	여성 40.87(13.94)
독립변수	배우자유무	있다 81명(56.5%), 없다 105명(43.5%)		
	주택소유	있다 62명(33.3%), 없다 124명(66.6%)		
	동반질환 여부	있다 102명(54.8%), 없다 84명(45.2%)		
	증상경험	평균 33.48(7.62)		
	우울	평균 28.25(5.80)		
	가족지지	평균 25.93(7.17)		
	의료인지지	평균 18.39(4.19)		

출한 점수의 평균은 90.60이었고 표준편차는 14.35이었다.

2. 연구대상자의 특성과 삶의 질 차이

연구대상자의 인구사회학적 특성에 따른 삶의 질 차이는 표 3과 같다. 조사대상자의 인구학적 특성과 삶의 질 차이 분석에서 학력 ($F=4.164$, $p<.01$)과 배우자($F=4.270$, $p<.05$)가 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 학력에서는 대졸이상인 경우 평균 95.94 ± 14.60 로 가장 높은 점수를 보였고, 중졸, 고졸 순으로 나타났으며, 배우자와 삶의 질 차이에서는 배우자가 있는 경우 평균 93.06 ± 15.71 , 없는 경우 평균 88.71 ± 12.97 로 나타났다. 즉 학력이 높을수록, 배우자가 있는 경우 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

이러한 연구결과는 오승길(2002)의 신장장애인의 삶의 질 연구에서 교육정도가 높을수록 삶의 질에 영향을 미치며, 배우자가 있는 경

우가 없는 경우보다 삶의 질이 높은 것으로 나타난 연구와 일치한다. 김성진(1999)의 연구에서 폐결핵 초치료 환자의 가족지지에서 지지 제공 가족원이 배우자인 경우 가족지지 정도가 가장 높은 것으로 나타났으며, 배우자가 가장 유용하고 영향력 있는 가족구성원이며 배우자의 지지는 장기질환 관리에 꼭 필요한 구성요소라는 것을 입증해주었다(Rakel, 1977).

사회구성의 소단위인 가정은 결혼을 통하여 형성되며 가정의 울타리 안에서 배우자를 의지하고 각자의 역할을 역량껏 펴 나갈 수 있기 때문에 Glenn과 Weaver(1981)는 교육, 수입, 직업상태가 통제 되었다 해도 결혼여부가 주관적인 안녕상태의 가장 유력한 예측인자로 작용한다고 하였다. Harry(1976)의 연구에서 결혼한 사람이 결혼을 하지 않은 사람이나 이혼, 또는 사별한 사람보다 삶의 만족도와 행복도가 더 높다고 했다.

노유자(1988)의 연구에서는 전반적으로 보아 결혼 생활군이 사별·이혼·별거군보다 삶의

표 3. 조사대상자의 인구사회학적 특성에 따른 삶의 질 차이

(N=186)

특성	구분	실수	평균±표준편차	t or F	p
연 령	20-29세	27	93.00±11.47	0.725	.606
	30-39세	45	90.67±15.86		
	40-49세	41	92.29±14.28		
	50-59세	34	90.56±14.12		
	60-69세	21	86.57±15.06		
	70세이상	18	87.83±14.55		
성 별	남자	148	89.84±14.32	2.059	.153
	여자	38	93.58±14.27		
학 력	무학	10	77.60±10.60	4.164**	.003
	초졸	21	86.43±10.80		
	중졸	24	92.83±14.17		
	고졸	95	90.32±14.41		
	대졸이상	36	95.94±14.60		
결혼상태	미혼	79	87.54±13.17	2.078.	.070
	기혼	77	93.53±15.16		
	이혼	19	90.11±12.48		
	사별	7	96.43±13.69		
	별거	3	81.33±23.46		
	기타	1	104.00		
배우자	유	81	93.06±15.71	4.270*	.040
	무	105	88.71±12.97		

*p<.05 **p<.01

질 정도가 높게 나타난 것은 현대사회에 있어서 배우자가 갖는 역할의 특징과 관련성이 있다. 즉 배우자는 단순히 성적 대상자의 역할을 담당할 뿐만 아니라 더 나아가 심리치료 대상자, 인격보완의 대상자로서의 역할을 수행하며, 전 생애를 살아가는 과정에서 배우자는 곧 또 하나의 자아를 의미하기 때문에, 이

와 같이 배우자 유무에 따른 삶의 질 정도에 차이가 나는 것으로 해석할 수 있다.

조사대상자의 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이는 표 4와 같다. 조사대상자의 질병관련 특성에 따른 삶의 질 차이 분석결과 동반 질환(F=6.028, p<.05)과 입원횟수(F=2.511, p<.05)에 따라 삶의 질이 통계적으로 유의

표 4. 조사대상자의 질병관련 특성에 따른 삶의 질의 차이

(N=186)

특성	구분	실수	평균±표준편차	F	p
동반질환	있다	102	88.29±13.88	6.028*	.015
	없다	84	93.42±14.49		
결핵치료 구분	초치료	83	92.17±16.00	1.781	.184
	재치료	103	89.35±12.82		
유병기간	6개월 미만	31	94.68±15.00	0.958	.445
	6개월 이상~1년 미만	49	90.98±15.08		
	1년 이상~2년 미만	30	91.63±11.90		
	2년 이상~3년 미만	15	77.13±17.98		
	3년 이상~5년 미만	12	87.92±12.31		
	5년 이상	49	88.76±13.80		
입원횟수	초입원	113	90.87±14.36	2.511*	.043
	2회 입원	43	92.95±16.06		
	3회 입원	16	90.75±8.43		
	4회 입원	9	76.67±8.675		
	5회 입원 이상	5	89.20±11.48		

*p< .05,

한 차이를 보였다. 동반질환이 ‘있다’ 평균 88.29±13.88, ‘없다’ 평균 93.42±14.49로 나타난 결과를 볼 때, 동반질환이 없을 때 삶의 질이 더 높음을 알 수 있으며, 입원횟수가 2회 입원 평균 92.95±16.06, 1회 입원 평균 90.87±14.36, 3회 입원 평균 90.75±8.43으로 나타난 결과 입원횟수가 적은 대상자의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 결핵의 재발 및 난치성 결핵, 사회경제적인 환경으로 생계에 어려움을 겪고 있는 경우, 입원횟수가 많아지고 이에 따른 대상자의 삶의 질이 낮아질 수 있음을 볼 수 있다.

3. 환자의 삶의 질과 관련된 주요 변수들 간의 상관관계 분석

결핵환자의 삶의 질이라는 종속변수와 그와 관련된 독립변수들 간의 상관관계는 표 5에 제시되어 있다. 다중공선성의 진단과 독립변수들 간의 전반적 관계양상을 파악하기 위하여 상관관계분석을 한 결과는 $-.495 < r < .449$ 로 나타났다. 표 5를 살펴보면 주요 변수들 간의 상관관계 정도는 무난한 것으로 나타나고 있다.

결핵환자의 삶의 질과 주요 변수들의 상관관계 분석결과 입원 회수, 증상경험, 우울은 삶의 질과 부(-)적인 상관관계를, 가족지지, 의

표 5. 결핵환자의 삶의 질과 주요변수들의 상관관계

(N=186)

	연령	학력	입원횟수	증상경험	우울	가족지지	의료인 지지
1							
2	-.458*						
3	-.055	.094					
4	.156*	-.104	.313*				
5	.124*	-.178*	.281*	.659			
6	-.134	.371*	-.111	-.118	-.329**		
7	.028	-.053	-.100	-.123	-.229*	.344*	
8	-.098	.246**	-.133	-.384**	-.632***	.449***	.282**

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

1. 연령 2. 학력 3. 입원횟수 4. 증상경험 5. 우울 6. 가족지지 7. 의료인 지지 8. 삶의 질

료인지지, 학력이 삶의 질과 정(+)적인 상관관계를 나타내고 있다. 즉 증상경험이 많을수록, 우울정도가 높을수록 삶의 질이 낮고, 반면에 학력이 높을수록, 가족지지와 의료인지지가 많을수록 삶의 질이 높음을 알 수 있다.

조사대상자의 일반적 특성과 삶의 질 차이 분석에서는 동반질환 여부, 학력, 배우자 유무, 입원횟수가 삶의 질에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 결핵환자의 삶의 질과 주요 변수들의 상관관계 분석결과에서 동반질환, 증상경험, 우울, 가족지지, 의료인 지지, 학력, 배우자 유무가 삶의 질에 유의미한 상관관계를 나타내고 있다는 결과를 바탕으로 이후 분석에서는 학력, 배우자 유무, 동반질환 여부, 입원횟수 만을 통제변수로 투입하였다. 이는 독립변수와 종속변수에 영향을 미칠 수 있는 변인을 통제함으로써 오차분산을 줄여 연구의 검증력을 높일 수 있기 위해서이다(Pedhazur & Schmelkin, 1991).

회귀분석의 선행분석으로서 우선 결핵환자의 삶의 질 그래프가 정규분포를 이루는지 살펴보았다. Durbin Watson을 산출한 결과 1.864로 나타나 잔차간 자기상관이 없는 것으로 보여지며, 다중공선성 진단을 위해 회귀분석 시 VIF검사를 수행한 결과 척도들의 값이 모두 1.053과 2.065 사이에 분포하고 있어서 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판명되었다.

4. 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 대한 분석

조사대상자의 인구사회학적 변수를 비롯한 모든 독립변수를 포함하여 다중회귀분석을 실시한 결과는 표 6과 같다. 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타난 변인은 우울, 배우자 유무, 가족 지지, 의료인 지지의 순으로 나타났다. 종속변수의 변량을 설명하는 정도는 50.5%의 설명력을 갖는 것으로 나

표 6. 전체 요인이 삶의 질에 미치는 영향력 <N=186>

독립변수	비표준화계수		표준화계수	t값	p값
	B	SE	Beta		
상수	114.489	8.243		13.889	.000
학력	1.540	1.334	.074	1.880	.062
입원회수	-.201	.034	.056	-.255	.799
동반질환 여부(d)	2.017	1.567	.070	1.288	.200
배우자 여부(d)	4.747	1.655	.164	2.868**	.005
증상경험	-.006	.137	-.003	-.042	.996
우울	-1.339	.188	-.542	-7.060***	.000
가족 지지	.339	.136	.170	2.521*	.013
의료인 지지	.227	.203	.165	2.115*	.017
R=.709					
R square=.505					
F(8, 177)=22.304***					
Adjusted R square = .480					

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

타났다. 동시에 회귀모델의 적합성을 평가하는 변량분석을 보면 F검증값이 22.304이고, $p=.000$ 이므로 설명변수인 독립변수들은 종속변수를 설명하는데 유의미하게 기여하고 있다. 독립변수의 종속변수에 대한 상대적인 영향력의 크기를 표준화된 계수(β) 절대값으로 살펴본 결과 우울($\beta=-.542$)이 종속변수인 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 그 다음이 배우자 유무($\beta=.164$), 가족 지지($\beta=.170$), 의료인 지지($\beta=.165$) 순으로 나타났다. 즉 우울정도가 낮을수록, 배우자가 있고, 가족 지지와 의료인 지지가 높을수록 결핵환자의 삶의 질이 높음을 알 수 있다.

본 연구에서 결핵환자의 삶의 질에 가장 유의미한 영향을 미치는 요인은 우울로 밝혀져

우울이 삶의 질에 주요 예측요인으로 재삼 확인되었으며, 기존연구결과(홍경표, 1997; 박순주, 2001; 이상혁, 2003)와 일치하고 있다. 우울은 인간이 보편적으로 갖는 다양한 감정 중의 하나로 전혀 우울을 경험하지 않는 정상적인 범주로부터 정신치료의 도움을 필요로 하는 비정상의 범주에 이르기까지 연속적인 특성을 갖는다. 특히, 결핵환자와 같은 만성질환자의 경우 장기간의 질병과정을 겪기 때문에 정서적인 측면에서 많은 변화를 경험하여 우울 정도가 더 심각해질 수 있다.

배우자 유무와 가족지지는 결핵환자의 삶의 질에 정(+)적인 영향을 주는 것으로 나타나 가족은 풍부하고 지속적인 사회적 지지원으로 서 생활의 만족감을 높여준다는 기존연구결과

(김성진, 1999; Auslander, Soffer, & Auslander, 2003)와 일치하고 있다. 가족은 사회적 지지를 제공할 수 있는 가장 근원적인 일차집단으로 위기상황에 처한 개인은 무엇보다도 가족의 지지를 원하고 있으므로 가족은 애정과 보호로 환자를 대할 수 있다고 추론할 수 있다. 가족지지는 위기를 순조롭게 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하며, 가족구성원들의 지지는 스트레스를 완화시키고 우울의 증상을 감소시킬 수 있다. 이처럼 사회적지지 중 가족지지와 의료인 지지는 건강상태와 심리적 상태에 영향을 미치며 적응을 강화하고 질병으로부터의 회복에 영향을 줌으로써 결과적으로 삶의 질을 향상시키는 요인이 되는 치료적 과정에서 중요한 변수역할을 한다. 또한 가족 지지와 의료인 지지가 삶의 질에 큰 영향을 미친다는 결과는 삶의 질 증진을 위한 환자관리와 사회복지적 개입과 실천 전략 수립 시 환자 가족을 포함하는 구체적인 방안이 수립되어야 함을 의미한다.

V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 결핵전문병원에 입원한 결핵 환자들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 살펴봄으로써 결핵 환자에 대한 사회복지적 개입의 실천적 자료를 얻고자하는 데 있다.

연구결과들을 살펴보면 조사대상자의 우울과 가족지지 및 유배우자가 삶의 질에 영향을 미치는 유의미한 변수로 나타났다. 즉 우울정도가 낮을수록, 가족 지지와 의료인 지지가

높을수록 또한 배우자가 있을 때 삶의 질이 높음을 알 수 있다. 반면에 동반질환여부나 증상경험은 결핵환자의 삶의 질에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 본 연구 결과에 근거하여 결핵환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 사회복지적 개입 방안을 제시하면 다음과 같다.

우울은 결핵환자의 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 변인으로 나타났으므로, 환자의 우울을 감소시킬 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 즉 우울을 감소시키고, 정서적, 가족적, 사회 환경적 지지기능을 높일 수 있는 의료 사회복지실천에 대한 구체적이고 현실적인 방안을 제시해보고자 한다. 첫째, 정서적 지지 제공이다. 결핵환자들은 신체적인 증상과 더불어 장기간의 투병생활로 인한 심리적 무력감, 스티그마, 사회적 소외감 등의 부정적 정서가 심화되어 전반적인 삶의 질이 저하됨을 볼 수 있다. 따라서 결핵환자의 질병회복 과정에서 부정적 정서반응인 우울을 중재하는 것은 중요하다고 사료된다. 환자 및 보호자가 무력감이나 절망감을 가지고 있을 때 이에 대한 개별상담, 음악치료 및 미술치료와 여가활동 프로그램 등의 정서강화서비스 제공과 더불어 결핵치료 사례 관리적 접근은 치료적 동기부여의 한 방법이 될 수 있을 것이다. 특히 정서강화서비스는 결핵환자의 우울감소와 더불어 역량강화에 초점을 두고 진행되어야 할 것이다. 궁극적으로 결핵환자의 우울감소를 위한 효과적인 개입은 다양한 심리사회서비스 개발이며 이에 대한 긍정적이고 실질적인 이용과 접근을 위한 정보제공에 초점을 두어야 한다. 따라서 이러한 양질의 사회심리서비스

의 개발 및 제공을 위한 전문 인력 양성과 이를 지원할 수 있는 정부정책과 재정적 지원이 이루어져야 한다. 둘째, 질병과 관련된 정보적 지지제공이다. 질병에 관한 스트레스를 낮추주고 질병과 관련된 중요하고 정확한 정보를 제공하기 위하여, 의료진과 연계하여 교육프로그램 등을 수행하는 것은 치료만큼이나 중요하고 가치 있는 사회복지의 실천이라고 사료된다. 의학적 정보나 환자와 가족이 질병이나 장애로 인해 생긴 변화에 대응하며 결핵이라는 전염병에 대한 불안감을 해소시키고, 새로운 역할을 학습할 수 있도록 지지하는 것이다.

셋째, 유배우자가 결핵환자의 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 배우자와의 관계는 두 성인이 생리적, 사회적 욕구를 충족시키기 위한 상호보완적인 인간관계로서 가장 밀접한 관계이다. 또한 배우자는 만성질환자에서 주 간호제공자이며 가장 유용하고 영향력 있는 인간관계의 근원으로서 환자의 회복과 적응에 중요한 역할을 함을 알 수 있게 한다.

넷째, 가족지지와 의료인 지지 또한 결핵환자의 삶의 질에 영향을 미치는 유의미한 요인으로 밝혀졌다. 가족은 결핵 환자의 심리적 안정과 치료적 동기부여 및 자존감을 회복하도록 돕고 규칙적으로 병원을 방문하고 치료 지시를 잘 따르도록 충고해주거나, 환자가 괴롭고 슬플 때 따뜻하게 대해주고 위로해줄 수 있다. 따라서 가족기능의 강화가 가장 중요하고 필수적인 가족지지의 원천이 될 것이다. 가족이 환자를 더 잘 지지할 수 있도록 가족을 대상으로 한 지지행위의 동기화 개발을 위

한 프로그램의 활성화가 이루어져야 할 것이다. 특히 결핵환자를 돌본다는 것은 장기적이고 매우 지속적인 활동이기 때문에 가족기능의 저하는 환자와 가족 모두에게 우울증(우울)을 증가시킬 수 있는 결과를 초래할 가능성을 시사하고 있다. 따라서 가족의 지지기능 강화 프로그램과 더불어 가족의 심리적 부담감을 감소시킬 수 있는 다양한 가족기능 강화 프로그램을 정책적으로 지원할 필요가 있다. 다음으로 의료인의 환자에 대한 역할강화가 요구된다. 의료사회복지실천현장에서 환자의 질병과 치료에 직·간접적으로 장애가 되는 환자 및 가족의 심리·사회기능의 수행을 위해서 환자와 그 가족에게 치료계획에 따른 질병에 대한 정보제공과 의료관계 지식 또는 사회적응, 가족역할, 복지정보 등과 관련된 교육, 질병과 관련된 가족 간의 문제 조정 및 해결과 재할 및 사회복귀과정, 경제적인 문제해결을 위해 필요한 자원연결과 시설알선, 사회보장과 법적제도에 대한 정보제공과 원조활동 등의 만성질환의 특성을 고려한 적절한 치료 및 통합서비스를 받을 수 있도록 개입하고 지지함으로써 환자가 긍정적 사고와 안정감을 유지할 수 있도록 하는 의료인의 지지는 전문적 사회복지실천현장에서 결핵환자의 삶의 질 향상에 중요한 사회적 지지가 될 수 있다.

이상으로 결핵전문병원에 입원한 결핵 환자들이 느끼는 신체적 증상과 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향을 분석해보고 정서적, 가족적, 사회 환경적 지지기능을 높일 수 있는 사회복지실천에 대한 구체적인 방안을 제시해 보았다. 만성질환인 결핵환자에게 의료적 치료와 더불어 정서적, 심리사회적 희

망적인 지지의 역할은 치료만큼이나 중요하다고 보며, 적절하고 성공적인 지지를 통해 질병의 치료과정에서 긍정적인 건강 결과를 가져올 가능성을 기대하고, 만족스러운 삶을 영위하는데 커다란 영향을 미칠 것이라고 사료된다. 더 나아가서 결핵으로 인한 사회적인 문제를 예방하고 개인과 가족의 건강한 기능 회복에 중요한 역할을 할 수 있다고 본다.

마지막으로 본 연구의 제한점과 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 모집대상이 한 지역의 결핵전문병원에 국한되었기에 연구결과를 전체 결핵환자에게 일반화 할 수 없다는 제한점을 가지고 있다. 따라서 결핵환자의 삶의 질 관련 요인에 대해 일반병원에 입원한 결핵환자를 대상으로도 반복 또는 비교해보는 후속연구가 이루어져야 할 것이다. 둘째, 본 연구에서는 선행연구를 바탕으로 환자 개인의 주관적 평가를 중시하는 삶의 질 개념을 차용하고 그에 따른 관련요인들을 살펴보았다. 그러나 연구자에 따라 여러 다양한 삶의 질 관련점이 있으므로 본 연구에서 고려하지 못한 요인들에 대한 심도 있는 후속연구가 진행될 필요가 있을 것이다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 결핵환자의 삶의 질에 사회복지적인 차원의 연구가 미진한 가운데 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 경험적으로 살펴보았다는데 연구의 의의가 있을 것이다.

참고문헌

- 고정은 (1994). 폐결핵환자가 지각한 가족지지, 고독감과 절망감간의 관계연구, 동남 보건 전문대학교 석사학위논문.
- 김경애 (2002). 보건소에 등록된 결핵환자 관리 실태와 개선방안에 관한 연구-대전광역시를 중심으로 대전대학교 경영행정대학원 석사학위논문.
- 김규성·김미혜·조정민·정문희 (2007). 공공 의료기관을 이용하는 결핵환자들의 투약 중단에 관한 지식관련 요인. 간호과학연구 소지, 12(1), 71-80.
- 김명자·송경애(1991). 지지간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존감에 미치는 효과: 류마티스 관절염을 중심으로. 대한간호학회지, 21(3), 323-338.
- 김성진 (1999). 폐결핵 초치료환자와 재치료환자가 지각한 가족지지와 삶의 질, 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 김옥수 (1993). 혈액투석 환자가 지각하는 사회적 지지와 삶의 질의 관계연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 김유옥·양원현·배종면 (2004). 2002년 제주도 폐결핵 등록환자의 관리실태 조사. 결핵 및 호흡기질환, 56(4), 356-363.
- 김철재 (1992). 결핵요양원 입원환자에 있어서의 경계선 성격, 인제대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 김희진·주유진·강미경·이윤규 (2003). 우리나라 결핵근절을 위한 범국민 결핵 홍보 및 교육프로그램 개발. 결핵연구원 건강증진 기금사업 지원단.
- 김현수 (1997). 결핵환자의 약물 부작용과 삶의 질, 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 노유자 (1988). 서울 지역 중년기 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 박사학위논문.

고정은 (1994). 폐결핵환자가 지각한 가족지지, 고독감과 절망감간의 관계연구, 동남 보건

- 노유자 · 한운복 · 김남초 · 김희승 (1990). 중년
기 암환자의 삶의 질에 관한 연구. *간호학
회지*, 20(3), 399-413.
- 대한결핵협회 (2004). 한국의 결핵실태.
- 류은경 (1995). 암환자가 지각하는 절망감과 사
회적 지지 정도. *경북대학교 대학원 석사
학위논문*.
- 류정환 (2001). 한 국립병원에서의 폐결핵환자의
우울성향. *국립마산병원 논문집*.
- 박수라 (1999). 만성혈액투석환자에 대한 의료사
회사업적 접근. *단국대 행정대학원 석사학
위논문*.
- 박순주 (2001). 만성폐쇄성 폐질환자의 삶의질
설명모형. *연세대학교 대학원 박사학위논
문*.
- 박재석 (2005). *알기 쉬운 결핵*, 서울: 군자출판
사.
- 방활란 (1991). 말기 신 질환자의 삶의 질 측정
도구 개발. *서울대 대학원석사학위논문*.
- 서홍석 (2008). 일 의료기관 결핵환자의 삶의
질 영향 요인. *한국생활환경학회지*, 15(3),
311-320.
- 안미향 (2005). 일 독거노인의 사회적 지지와 삶
의 질에 관한 연구. *연세대학교 간호대학
원석사논문*.
- 안현수 (1989). 폐결핵환자의 가족지지 및 질병
개념에 관한 탐색적 연구; 서울, 충남, 강원
도 일부지역을 대상으로. *경희대학교 대학원 석
사학위논문*.
- 양옥경 (1994). 삶의 만족 측정을 위한 척도개
발. *한국사회복지학*, 24, 157-198.
- 오승길 (2002). 신장장애인의 삶의 질에 영향을
미치는 사회적 환경요인. *대전대학교 석사
학위논문*.
- 오영란 (2004). 스트레스와 사회적 지지가 삶의
질에 미치는 여향에 관한 연구: 서울 경인
지역 소아암 환자부모를 중심으로. *인하대
학교 행정대학원 석사논문*.
- 오의금 (1999). 천식환자의 증상경험과 삶의
질에 관한 연구. *성인간호학회지*, 11(4),
694-705.
- 오의금 · 방소연 (2007). 호흡기 질환자의 삶의
질. *연세대학교 간호대학 간호학탐구*. 제
16(2), 106-120.
- 이상혁 (2003). HIV감염자와 폐결핵환자간의
스트레스 지각과 삶의 질 비교. *정신신체
의학*, 11(1), 15-24.
- 이은숙 (2003). 폐결핵환자의 재발과 건강증진
행위에 관한 연구. *건국대학교 대학원 석
사학위논문*.
- 이정열 (2001). 결핵의 재발에 영향을 주는 사회
경제적 요인에 관한 연구. *경남대학교 행
정대학원 석사학위논문*.
- 이중훈 (1995). 한국형 자가평가 우울척도의
개발. *영남의대학술지*. 12(2), 292-300.
- 임신예 (2003). 중증 폐결핵환자에서의 삶의 질
측정도구의 개발. *서울대 보건대학원 석
사학위논문*.
- 장혜경 (1989). 암환자의 가족지지 및 자아존중
감 및 질적 삶과의 관계연구. *고려대학교대
학원 석사학위논문*.
- 정중순 (2006). 만성질환자의 삶의 질에 관한연
구. *경희대학교 행정대학원 석사학위 논
문*.
- 질병관리본부 (2008). *결핵관련 자료집*.
- 허혜경 · 김대란 · 김대화 (2003). 암환자의 치

- 료부작용, 가족지지, 삶의 질과의 관계, 대한간호학회지, 33(1), 71-78.
- 홍정표 (1997). 폐결핵환자의 우울상태에 관한 연구, 조선대학교 대학원 의학과.
- Alemi, F., Stephens, R., Llorens, S., Schaefer, D., Nemes, S., & Arendt, R. (2003). The orientation of social support measure. *Addictive Behavior*, 28(7), 1285-1298.
- Anderson, K. L. (1995). The effect of CCPD on quality of life. *Research in Nursing & Health*, 18, 547-556.
- Auslander, G. K., Soffer, M., & Auslander, B. A. (2003). The supportive community: Helping seeking and service use among elderly people in Jerusalem. *Social Work research*, 27(4), 209-221.
- Beck, A. T. (1974). *Development of depression a cognitive model: The psychology of depression: Contemporary theory and research*, New York: John Wiley & Sons.
- Breslin, F., van der Schans, C., Brenkink, S., Meek, P., Mercer, K., Voltz, W., & Louie, S. (1998). Perception of fatigue and quality of life in patient with COPD. *Chest*, 114(4), 958-964.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support on youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Campbell A. (1976). Subjective measurement of well-being, *American Journal of Psychology* 3, 23-40.
- Caplan, G., Killilea, M. (1976). *Support system and mutual help*, New York: Grune & Stratton.
- Carol J. Pozsik (1993), Compliance with tuberculosis therapy. *Medical clinics of North America* 77(6), 1289-1301.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of Life Stress, *Medicine*, 33(5), 300-314.
- Cummins, S. M., Neff, J. A., & Husaini, B. A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health and Society Work*, 28(1), 23-33.
- Curtis, J., R., Martin, D. P., N & Martin, T. R. (1997). Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here? *Am Respir Crit Care Med*, 156, 1032-1039.
- Deserosiers, J., Bourbonnais, D., Noreau, L., Rochette, A., Brabo, G., & Bourget, A. (2005). Participation after stroke compared to normal aging. *Journal rehabilitation Medicine*, 37, 353-357.
- Diner, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2005). *Subjective well-being: Science of happiness and life satisfaction* Inc. R. Snyder & S. J. Lopez. (Eds.) *Handbook Positive Psychology* (pp.63-73). New York: Oxford University Press.
- Dubos, R. (1976). The state of health and quality of life. *The western journal of medicine*, 125(1), 8-9.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care,

- Social Science and Medicine*, 31(2), 1347-1963.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties, *Advances in Nursing Science*, 8(1), 16.
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N., (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 161-168.
- Harry, J. (1976). May Evolving sources of happiness for men over the life cycle: A structural analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 289-296.
- Harter, S. (1985). *Manual for the social support for children*. Dnver: University of Denver.
- Holmes S (1985). Pursuit of Happiness, *Nursing Mirror*, 16(3). 56-73.
- Kaplan, B. H.,(1977). Cassel, J., and Gore, S.: Social Support and Health, *Medical care*, 15(5). 47-58.
- Lee, R. N. F., Graydon, J. E, & Ross, E. (1991). Effect of psychological well-being, physical status, and social support on oxygen-dependent COPD patient's level of functioning. *Research in Nursing & health*, 14, 323-328.
- Lin, Ensel, W. M., Simeone, R. S., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: A model and empirical test, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Mahler, D. A. (2000). How should health-related quality of life be assessed in patients with COPD, *Chest*. 11(7).4-57.
- Moody L., McCormick, K. & Williams, A. (1990). Disease and symptom severity, functional status, and quality of life in chronic bronohitis and emphsema, *Journal of Behaviral Medicine*, 13, 297-306.
- Muller, D. P (1980). Social Networks, *Social Science and Medicine*, 14, 147-161.
- Muser, K. T., Gingerich, S., & Lefley, H. P. (1994). *Coping with schizopbrenia*. New Havhinger Publication.
- Norbeck J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application, *Advances in NursingScience*, 3(4). 23-45.
- O'Brien, M. E. (1980). "Hemodialysis Regimen Compliance and Social Environment." *Nursing Reseach*, 29(4), 250-255.
- Ogden, J. Rangan, S., Uplekar, M., Porter, J., Brughaaa, R.Zwi, A., & Nyheim, D. (1999). Shifting the paradigm in tuberculosis control: illustrations from ndia. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 3(10). 855-861.
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P., (1991). *Measuremet, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ; Lawrence Earlbaum Associates, Publishers.
- Portero, N. J., Rubino, Y. M, & Pasicatan, M. A. (2002). Socio-economic determinants of knowledge and attitudes about tuberculosis among the general population of Metro Manila, Philippines. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 6(4). 301-307.
- Rubel. A. J. & Carro, L. C. (1992). Social cultural factors in the successful control of

- tuberculosis. *Hib. Repp.* 107(6), 626-636.
- Shelby, R. A. Crespín, T. R., Wells-Di Gregorio, S. M., Iamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. R. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavior Medicine*, 31(5), 433-444.
- Siafakas, M. M., Vermeire, P., Pride, N. B., Paoletti, P., Gibson, J., Howard, P. (1995). European Respiratory, *Journal*, 2, 1398-1420.
- Snyder, J. C. & Wilson, M. F. (1977). Elements of psychological assessment. *American Journal of Nursing*, 2, 235-239.
- Thiots, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer agent life stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios. R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging & Health*, 18(3), 359-384.
- Torrance G. W. (1987). Utility approach to measuring health related quality of life, *Journal of Chronic Dis.*, 40(6), 135-163.
- Vaughn, C. E. and Leff. J. P (1976). The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patient, *Br, J Psychiat.*, 129, 125-128.
- WHO. (2008). 결핵관련 자료.
- Wills, T. A., & Yaeger, A. M. (2003). Family factors and adolescent substance use: Model and mechanism. *Curr. Dir. Psychol. Sciii*, 12, 222-226.
- Young, K. & Longman, A. J. (1983). Quality of life and person with melanoma: pilot study. *Cancer Nursing* 6, 219.
- Zheng, Y., Ye, D., Q., Pan, H. F., Li, W. X., Li, L.H., Li, J., Li, X.P., & Xu, J. H. (2008). Influence of social support on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Clinical Rheumatology*, 11, 87-99.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale, *Archives General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders, *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.

1 차원고접수 : 2010. 01. 12.

수정원고접수 : 2010. 02. 25.

최종게재결정 : 2010. 03. 05.

A Study on the Factors Influencing the Quality of Life among Hospital Patients with Tuberculosis

Kwangrae Song

National Masan Hospital

Choonkwang Ha

Department of Social welfare
Kyungnam University

Hyosoon Kim

Department of Social welfare
University of Seoul

The purpose of this study was to investigate and identify the factors influencing the quality of life among hospital patients with tuberculosis. A questionnaire survey was administered to research subjects at a hospital in the Kyungnam province area. The correlation between patients' quality of life and such factors as socio-demographic, symptom experience, depression, family support, and medical expert support factors were analyzed. The preceding factor of QOL among TB patients were depression, the presence of a medical health carer, the presence of a living spouse (wife or husband), and family support in a descending order of significance. Based on the results of this research, we are able to make a number of practical recommendations for social work intervention to help TB patients live more satisfactory lives.

Key words : quality of life, tuberculosis, social support