가정의학회지 제17권 제2호 1996
J Korean Acad Fam Med Vol. 17. No. 2 February

■원 저

# 만성신부전환자의 우울성향과 가족기능평가

강수희, 남미영, 이승규, 서영성, 김대현, 신동학

계명대학교 의과대학 가정의학교실

-요 약-

**연구배경** : 가족은 건강에 영향을 미치는 중요한 사회적 요인이며 만성질환은 환자개인과 가족기능에 미치는 영향이 더 큰 것으로 알려져 왔기에 본 연구는 만성신부전환자의 우울정도와 가족기능을 정상인과 비교하여 환자진료시 도움이 되고자 실시하였다.

**방법** : 본 연구는 1994년 4월 1일부터 1994년 8월 31일까지 대구 동산의료원 신장실에서 혈액투석실시 중인 만성신부전환자 138명과 가정의학과 외래를 내원한 종합건강검진자 중 질환이 없는 142명에 대하여 우울증은 자기평가 우울척도(Beck Depression Inventory), 가족기능은 가족적응력 결속력 평가지수 질문표(Family Adaptability and Cohesion Evaluation scales III)를 번역한 설문지법에 의하여 조사하였다.

**결과** : 만성신부전 환자의 우울점수(BDI)의 평균은 25.02± 12.76으로 대조군 11.63± 8.83보다 우울성향이 높았고 가족기능 평가에서 가족결속력의 평균은 32.07± 7.06으로 대조군보다 낮고, 가족적응력의 평균은 25.05± 12.7로 대조군의 11.63± 8.83보다 높아 만성신부전환자의 가족결속력은 대조군보다 떨어지나 가족적응력은 더 좋은 것으로 나타났고, 가족유형중 극단형이 34.1%로 대조군의 16.9%보다 많아 가족기능 장애가 더 많은 결과를 보였다.

**결론** : 만성신부전 환자 진료시 우울성향과 가족기능 저하에 대한 고려가 필요한 것으로 사료된다.(가정의학회지 1996 ; 17 : 143 ~ 151 )

중심단어 : 만성신부전, 우울척도, 가족적응력 결속력 평가지수 질문표

## 서 론

가족은 건강에 영향을 미치는 중요한 사회적 요인으로 알려져 왔으며 가족기능이 구성원 사이에 밀접한 관계가 있으므로 가족을 대상으로 지속적이고 포괄적인 의료를 지향하는 가정의로서는 환자나 가족의 문제를 평가함에 있어서 가족기능의 평가를 우선적으로 시행해야 한다.

질병은 한 개인의 생물학적 혹은 정신생리학적 이상상태를 의미하지만 그 개체는 가족체계(system)의 일원이므로 한 개인의 질병은 가족기능 및 가족 구성원의 건강에 영향을 미치고 더 나아가서 가족이라는 단위가 속해있는 사회집단에 영향을 미치게 되며, 개체의 질병의 결과는 사회문화적인 배경뿐 아니라 가족이

구성원의 질병이라는 스트레스에 얼마나 잘 대처해 나가느냐에 의해 영향을 받게 된다.

일반적으로 질병이 가족에게 미치는 영향은 급성질환보다는 만성질환이 더 큰 것으로 알려져 있고, 다른 만성질환보다도 만성신부전환자는 지속적이고 규칙적인 혈액투석, 식이제한, 투약을 해야 하며 직장생활에서의 탈락, 의료비로 인한 경제적 수준저하 등 여러가지 스트레스가 많다. 이에 저자는 환자 자신과 가족에게 많은 영향을 미칠 수 있는 만성신부전환자의 우울정도와 가족기능을 정상인과 비교하여 만성신부전환자의 가족의 진료시 도움이 되고자 본조사를 실시하였다.

## 방 법

### 1. 연구대상

본 연구는 1994년 4월 1일부터 8월 31일까지 5개월동안 계명대학교 동산의료원 내과 신장실에서 혈액투석 실시 중인 만성신부전환자 138명을 환자군으로 하여, 대조군은 종합건강 검진자 중 질환이 없는 142명을 설정하였다.

### 2. 연구방법

본 연구는 횡단적 조사연구(cross-sectional survey)로서 구조화된 설문지를 사용하였으며, 인구사회학적 특성을 조사하기 위해서는 저자들이 연구작성한 인구사회학적 조사를 사용하였다.

우울정도를 측정하기 위한 도구로는 Beck Depression Inventory(이하 약자 BDI로 표시함)를 사용하였는데 Beck(1967)에 의하면 단시간내에 실시가 가능하고 비용이 적게들며 실시방법 및 채점이 간편하여 집단적으로 사용할 수 있으며 신뢰도(김명권 1984), 타당도(Bumberry등 1987), 민감도(Johnson과 Heather 1974)가 높다는 장점이 있어 사용하였다. BDI는 총 21문항으로, 그리고 각 문항마다 4개항의 문장이 느낌의 정도에 따라 나열되어 있어 자신에게 알맞는 문항을 선택하도록 되었으며 척도의 점수에 따라 0~9점은 비우울군, 9~15점은 경한 우울정도군, 16~19점은 중등도 우울정도군, 20~29점은 중증의 우울정도군, 30점 이상은 중증의 우울정도군으로 구분하였다.[7]

가족기능을 측정하기 위해서 Olson이 제안한 가족 적응력 결속력 평가지수 질문표를 그대로 번역하여 이를 통해 적응력(adaptability), 결속력(cohesion)으로 구성된 각 10문항씩 전체 20문항의 가족기능에 관한 질문을 하여 각 항목별로 응답자의 만족도를 직접 작성하도록 하여 SPSS를 사용하여 각 항목간의 상관성을 분석하였다.

적응력 항목은 짝수 문항으로 통제 2문항, 훈육 2문항, 지도력 2문항, 역할 3문항, 가족경제 2문항, 시간 1문항, 정서적 유대 2문항, 흥미 1문항, 오락 1문항등 10문항으로 구성되어 있다. 가족 결속력이란 가족 구성원의 가족내의 분산 및 연결정도를 표현하는 것으로 그 가족의 정서적 밀착성을 나타내며 각 문항당 느끼는 정도에 따라 "매우 만족"하면 5점에서부터 "그렇지 않다"면 1점으로 각 질문의 답변을 5가지로 하여 각각 1점, 2점, 3점, 4점, 5점의 점수를 주어 50점 만점으로 총점에 따라 이탈군(disengaged 10~34), 분리군(separated 35~40), 연결군(connected 41~45), 밀착군(enmeshed, 46~50)으로 분류하였고 또한 가족 적응력은 가족체계의 변화 가능한 정도를 표현하는 것으로 결속력과 마찬가지로 50점을 만점으로 총점에 따라 경직군(rigid 10~19), 구조화군(structured 20~24), 유연군(flexible 25~28), 혼돈군(chaotic 29~50)으로 분류하였다. 그리고 적응력과 결속력의 점수에 의해 가족유형을 크게 조화된 유형(balanced), 중간유형(mid-range), 극단형(extreme)의 3가지로 분류하였다.

## 결 과

### 1. 일반적 특성

환자군은 남자가 83명(60.1%), 여자가 55명(39.9%)이었고 대조군은 남자가 88명(61.9%), 여자가 54명(38.0%)이었다(Table 1-1).

연령별 분포는 환자군이 20대 20명(14.5%), 30대 38명(27.5%), 40대 40명(29.0%), 50대 24명(17.4%)이었고, 대조군은 20대 23명(16.2%), 30대 42명(29.6%), 40대 41명(28.9%), 50대 23명(16.2%), 60대 13명(9.2%)이었다(Table 1-1).

경제력은 환자군과 대조군 모두 51~100만원 각각 53명(38.4%), 64명(45.1%)으로 가장 많았으며(Table 1-1), 교육정도에서는 환자군이 고졸 56명(40.6%)으로 가장 많았고, 대조군에서도 고졸 46명(32.4%)으로 가장 많았다(Table 1-1).

가족주기에서 Duvall의 8단계로 분류하였을 때[8] 4~7주기에 분산되어 분포하였고, 결혼유형에서 결혼한 경우가 환자군 96명(69.6%), 대조군 104명(73.2%)으로 가장 많았으며, 종교는 불교가 환자군 53명(38.4%), 대조군 58명(40.8%)으로 가장 많았다(Tabel 1-2).

**Table 1-1. Socio-demographic characteristics**

No.(%)

| | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| Sex | | | |
| Male | 83(60.1) | 88(61.9) | 171(61.1) |
| Female | 55(39.9) | 54(38.0) | 109(38.9) |
| Age(yrs) | | | |
| ~29 | 20(14.5) | 23(16.2) | 43(15.3) |
| 30~39 | 38(27.5) | 42(29.6) | 80(28.6) |
| 40~49 | 40(29.0) | 41(28.9) | 81(28.9) |
| 50~59 | 24(17.4) | 23(16.2) | 47(16.8) |
| 60~ | 16(11.6) | 13( 9.2) | 29(10.4) |
| Monthly(10 thousand won) | | | |
| 50 | 44(31.9) | 41(28.9) | 83(30.3) |
| 51~100 | 53(38.4) | 64(45.1) | 117(41.8) |
| 101~150 | 17(12.3) | 22(15.5) | 38(13.9) |
| 151~200 | 15(10.9) | 7( 4.9) | 22( 7.9) |
| 200~ | 9( 6.5) | 8( 5.6) | 17( 6.1) |

### 2. 환자군과 대조군의 비교

BDI에 의한 두 군간의 우울정도는 환자군에서 평균점수 25.05(25.05± 12.76)로 대조군의 11.13(11.63± 8.83)보다 높아 조사군의 우울정도가

**Table 1-2. Socio-demographic characteristics**

No.(%)

| | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| Education level | | | |
| Illiteracy | 5( 3.6) | 5( 3.5) | 10( 3.6) |
| Primary school | 27(19.6) | 31(21.8) | 58(20.7) |
| Middle school | 25(18.1) | 28(19.7) | 53(18.9) |
| High school | 56(40.6) | 46(32.4) | 102(36.4) |
| College | 25(18.1) | 32(22.5) | 57(20.4) |
| Family life cycle(by Duvall) | | | |
| New married | 3( 2.2) | 4.( 2.8) | 7( 2.5) |
| First baby | 2( 1.4) | 5( 3.5) | 7( 2.5) |
| Preschool | 7( 5.1) | 10( 7.0) | 17( 6.1) |
| School | 22(15.9) | 22(15.5) | 44(15.7) |
| Teenage | 37(26.8) | 36(25.4) | 73(26.1) |
| launching | 50(36.2) | 47(33.1) | 97(34.6) |
| Empty rest | 11( 8.0) | 12( 8.5) | 23( 8.2) |
| Retirement | 6g 4.3) | 6( 4.2) | 12( 4.3) |

**Table 1-3. Socio-demographic characteristics**

No.(%)

| | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| Marital status | | | |
| Married | 96(69.6) | 104(73.2) | 200(71.4) |
| Unmarried | 26(18.8) | 19(13.4) | 45(16.1) |
| Remarried | 0( 0.0) | 0( 0.0) | 0( 0.0) |
| Death of spouse | 9( 6.5) | 11( 7.7) | 20( 7.1) |
| Divorced | 7( 5.1) | 8( 5.6) | 15( 5.4) |
| Religion | | | |
| Christian | 33(23.9) | 33(23.2) | 66(23.6) |
| Catholic | 13( 9.4) | 12( 8.5) | 25( 8.9) |
| Budism | 53(38.4) | 58(40.8) | 111(39.6) |
| Non-religious | 39(28.3) | 39(27.5) | 78(27.9) |

더 심했으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 2). 우울정도가 없는 경우가 환자군이 14명(10.2%), 대조군이 71명(30.4%)으로 대조군의 우울정도가 없는 경우가 더 많았고 중증의 우울정도에서는 환자군이 28명(20.3), 대조군이 9명(6.0%), 중증의 우울정도에서는 환자군이 54명(39.1%), 대조군이 7명(5.0%)으로 환자군에서 우울정도가 심한 경우가 대조군에 비해 많았다.

조사대상자의 FACESIII 가족결속력 분포에서 환자군은 이탈된 상태 90명(65.2%)로 가장 많았고 분리된 상태가 26명(18.8%), 연결된 상태 17명(12.4%), 밀착된 상태 5명(3.6%)이었다. 환자군과 대조군 사이에 가족결속 유형 분포에서 환자군은 이탈된 상태가 많았고 대조군은 이탈된 상태와 분리된 상태가 많았다. 가족결속도 평균에서는 환자군이 32.07± 8.10이었고 대조군이 36.01± 7.6로 대조군이 약간 높은 경향을 보였다. 양극단(이탈된 상태와 밀착된 상태)과 중간 상태(분리된 상태와 연결된 상태)의 분포를 비교하였을 때 환자군이 양극단이 56명(39.4%), 중간 상태 86명(60.6%)으로 환자군이 극단 상태가 많은 반면 대조군은 중간상태가 많았으며 통계적 유의한 차이가 있었다(Table 3).

**Table 2. Degree of depression(BDI)**

No.(%)

| | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| No depression | 14(10.2) | 71(50.0) | 85(30.4) |
| Mild depression | 26(18.8) | 34(24.0) | 60(21.4) |
| Moderate depression | 16(11.6) | 21(15.0) | 37(13.2) |
| Severe depression | 28(20.3) | 9( 6.0) | 37(13.2) |
| Very severe depression | 54(39.1) | 7( 5.0) | 61(21.8) |
| Mean± SD | 25.05± 12.76 | 11.63± 8.83 | 18.25± 12.83 |

$X^2$=85.90, P<0.05
T=9.13, P<0.05
df=4

조사대상자의 FACESIII 가족적응력 분포에서 환자군의 구조화된 상태가 43명(31.2%)으로 가장 많았고 경직된 상태 36명(26.1%), 혼란된 상태 32명(23.2%), 유연한 상태 27명(19.6%) 순이었고, 대조군은 구조화된 상태 56명(39.4%)으로 가장 많았고 유연한 상태 49명(34.5%), 혼란한 상태 22명(15.5%), 경직된 상태 15명(10.6%) 순이었다. 환자군에서 가족적응력은 평균 25.05± 12.7이었고 대조군에서 평균 11.63± 8.83으로 환자군이 가족적응력 면에서는 높은 경향을 보였다. 가족적응상태에서 양극단(경직된 상태와 혼란된 상태)과 중간상태(구조화된 상태와 유연한 상태)의 비교에서 환자군은 중간상태 70명(50.8%), 양극단이 68명(49.3%)이었고 대조군은 중간상태 105명(73.9%), 양극단 37명(26.1%)으로 환자군은 중간상태와 양극단이 비슷한 분포를 보였고 대조군은 중간형이 많았다(Table 3).

조사대상자의 FACESIII 가족유형 분포에서 Olson등에 따른 세 유형으로 대별하면 환자군은 중간형이 69명(50.5%)으로 가장 많았고 극단형 47명(34.1%), 조화형 22명(15.9%)순이었다.

**Table 3. Family function(FACESIII)**

No.(%)

| Family function | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| 1.Cohesion level | | | |
| Disengaged& Enmeshed | 95(68.8) | 56(39.4) | 151(53.9) |
| Seperated&Connected | 43(31.2) | 86(60.6) | 129(46.1) |
| Mean± SD | 32.07± 8.10 | 36.01± 7.06 | 34.08± 7.83 |
| 2.Adaptability | | | |
| Rigid | 36(26.1) | 15(10.6) | 51(18.2) |
| Structured | 43(31.2) | 56(39.4) | 99(35.4) |
| Flexible | 27(19.6) | 49(34.5) | 76(27.1) |
| Chaotic | 32(23.2) | 22(15.5) | 54(19.3) |
| Mean± SD | 25.05± 12.7 | 11.63± 8.83 | 24.14± 5.80 |

1. $X^2$=25.04, P<0.05, df=1 T=32.84, P<0.05
2. $X^2$=18.52, P<0.05, df=3 T=10.25, P<0.05

**Table 4. Family types(FACESⅢ)**

No.(%)

| Family type | CRF (n=138) | Control (n=142) | Total (n=280) |
|---|---|---|---|
| Balanced | 22(15.9) | 73(51.4) | 95(33.9) |
| Mid-range | 65(50.0) | 45(31.7) | 114(40.7) |
| Extreme | 47(34.1) | 24(16.9) | 71(25.4) |

$X^2=38.27$ $P<0.05$, $df=2$

환자군은 중간형과 극단형이 많았고, 대조군은 중간형과 조화형이 많았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 4).

## 고 찰

질환이 있을 때 우울, 불안 또는 그밖의 정서장애가 수반되는 것을 예기치 못하는 것은 아니다. 종종 의사들은 일차적으로 확신한 신체질환 자체의 치료에 중점을 두고, 정서상태에 대해서는 이차적으로 중요시하고 있거나 관심을 두지 않는 경우가 많다. Kolb(1982)는 우울증은 그 증상 자체보다도 부속되는 신경증상으로 표현되는 경우가 흔하고 환자 자신은 정서적 요인을 무시하려는 경향이 있다고 하였으며 국내에서도 이성민과 박승규(1978)는 다수 환자들에게서 우울증이 여러가지 정신질환이나 신체질환과 동반되어 나타난다고 언급하였다. 이에 따라 Schwab등(1967), Salkind(1964)는 이들 환자들에게서 우울증을 감별하는 것이 일차의사들의 중요한 임무이고, 그 이전에 우울증을 감별할 수 있는 공식화가 필요하다고 언급하였다.

본 논문은 만성신부전환자의 우울정도를 BDI를 이용하여 그 정도를 파악하고자 하였다. 그러나 우울정도에 관한 연구의 단점이라 생각되는 것은, 1) 각 개인에 대해 면담을 통한 우울정도를 조사하지 못해 좀 더 심층적인 분석을 하지 못하고 단지 숫자상의 의미만을 부여하였으며, 2) BDI가 한국인 전체에 알맞을 수 있는 표준화가 완전히 이루어지지 않은 상태에서 시행되었다는 점이고, 3) 각 개인들이 호소한 주관적 증상이나 질병의 유병기간이 무시되어 그 병인에 대한 고려가 이루어지지 않았다는 점이다.

내과적 질환을 갖고있는 환자들에서의 우울과 불안에 대한 연구보고들이 있으나 측정방법과 기준이 다양하기 때문에 빈도는 다양하다. 대부분의 연구에서는 내과 외래환자와 입원환자에서 각각 5~30%, 12~50%가 우울증상을 나타낸다고 보고하였다. Schwab등(1967)은 종합병원 내과 병동에 입원한 환자 153명을 대상으로 BDI, Hamilton Depression Rating Scale, 병록지등을 참조하여 20%에서 우울증상이 있다고 보고하였으며, 최근 Yang등(1987)은 종합병원 내과 병동에 입원한 환자 250명을 대상으로 BDI와 병록지를 참조해 47.8%에서 우울증상을 나타낸다고 보고하였다.

가족이란 생물학적, 정신적, 사회적, 문화적 측면의 다양한 기능을 수행하므로 한마디로 정의내리기가 상당히 어렵다.

사회학적인 가족의 정의는, 일상적인 생활을 공동으로 영위하는 부부와 자녀들, 그들의 친척 그리고 입양이나 기타 관계로 연대의식을 지닌 공동체 집단으로서 온정이나 사랑에 기반을 둔, 정서적 유대를 가지고 서로 소속감을 느끼는 연대의식을 지니는 공동체로 정의하고 있고 가정의학에서는 각 개인들이 어떠한 관계이던 밀접한 관계의 사람들이 모여 서로 정서적으로 영향을 미치는 집단으로 광범위하게 정의하고 있다. 건강하고 안정된 가정은 여러가지 적응기제와 능력을 제공하여 건강을 해치는 어떤 스트레스와 생활변화에 완충작용을 하는 반면 가족역동에 문제가 있거나 근본적으로 불안정한 가정에서는 이러한 적응능력과 필요한 조처를 해주지 못함으로써 가족구성원이 병에 걸릴 확률이 높아진다고 한다.

Olson[5]은 가족구성원 중 하나가 질병에 걸

리게 되면 가족은 평소에 갖고 있던 평형상태에서 벗어나 얼마간의 혼란된 시기를 거치며, 결국 구성원들의 역할 및 가족규율 등에 재조정이 일어나 새로운 평형상태에 이르게 된다고 하였다. 이러한 시기가 어떤 가족에게는 성장의 기회가 되기도 하지만 어떤 가족에서는 구성원 각자에게 정서적 기능적으로 파괴를 가져오기도 한다. 또한 이러한 시기에 보여주는 가족의 적응능력은 환자의 회복결과에도 많은 영향을 주게 된다.[5] 따라서 가정의는 가족과의 기존의 관계를 잘 이용하여 어떤 가족이 구성원의 질병이라는 위기를 맞았을 때 긍정적인 방향으로 극복할 수 있도록 인도해 주어야 한다.[4]

질병을 치료하는 데 있어 자연사가 중요하듯이 의사가 환자를 가진 가족을 치료하는 데 있어서는 질병이 환자 및 가족에게 미치는 정신사회학적인 영향의 정상과정을 이해하는 것이 중요하다.[9] Good[9]등은 일반적으로 질병이 가족에게 미치는 영향을 설명하기 위해 5단계로 분류하여 가족질병궤도(family illness trajectory)라고 하였다. 이를 보면 1단계 발병시기, 2단계 진단에 대한 반응시기, 3단계 치료에 대한 주요 노력시기, 4단계 치료결과에 대한 초기적응시기, 5단계 영구적 치료결과에 대한 적응시기로 되어 있고 각 시기에 겪는 가족의 반응은 여러가지 요인에 의하여 결정된다고 한다. 본 연구에서 대상이 된 만성신부전환자는 대부분 4, 5단계에 속했다.

일반적으로 만성질환이 가족에게 미치는 영향이 급성질환보다 더 크다.[4] 질병이 장기화되고 합병증을 동반하고 생활기능의 저하를 가져오면 가족구조내에 변화가 오고 역할의 이동이 불가피해져 가족구성원 각자는 욕구충족과 역할이행 사이에 심한 갈등을 느끼게 된다고 한다.[10]

가족은 사회구성의 기본단위로서, 가족 구성원인 개개인의 성장, 발달, 건강에 영향을 미치는 가장 중요한 사회적 요인으로 알려져 왔으며, 인간의 정신뿐만 아니라 신체의 상당부분에 가족의 기능이 많은 영향을 미친다는 사실이 밝혀짐으로써[1~3], 환자의 건강에 미치는 가족의 영향과 질병이 가족에 미치는 영향에 관하여 관심을 갖게 되었고, 질병에 관여하는 요인을 가족과 질병의 상호관계 속에서 규명하고자 하는 연구가 진행되었으며, 쉽게 임상에 이용할 수 있게 가족을 포괄적인 특정방법으로 측정하는 가족기능평가 도구들이 개발되었다.

가족 기능 평가 방법으로서 가족기능도지수(family APGAR score)는 1978년 Smilkstein에 의해 처음으로 제안된 후[12] 이미 신뢰도를 인정받고 있던 Pless and Satterwhite 가족기능도지수[1]로 초기 타당도를 인정받았으며[13], 1982년 다시 그 타당도와 신뢰도를 증명하여[14] 강성규 등에 의한 가족기능도 지수에 대한 연구[15]에서 우리나라에도 그 적용가능성을 입증한 이후 가족기능 이상을 평가하는 Screening방법으로 간편하게 이용하여 왔다.

가족이 상호의존적으로 관련되어 각 구성원들과 역동적인 상호관계를 통하여 가족체계에 항상성을 이룬다는 체계이론과 서컴플렉스(circumplex)모형[1~16]을 근거로 하여 Olson등이 가족적응력, 결속력 평가척도(FACESIII)[14, 17~18]를 개발하여, 임상에서 유용하게 이용될 수 있는 가족기능 평가 도구로 이용되어 한국에서 신뢰도와 타당도가 임[19]등에 의해 검증되었고 가족체계 내에서 가족상호간의 역동적 상호관계를 보다 잘 파악하게 하고 단순하게 일차적인 속성보다는 복잡하고 다차원적인 속성을 동시에 고려할 수 있다는 장점이 있는 것으로 보고되었다.

Olson등이 고안한 FACESIII는 총 20문항으로 적응력 항목은 짝수 문항으로 통제 2문항, 훈육 2문항, 지도력 2문항, 역할 3문항, 규칙 1문항 등 10문항이면 결속력 항목은 홀수 문항으로 지지 2문항, 친구 1문항, 가족경제 2문항, 시간 1문항, 정서적 유대 2문항, 흥미 1문항, 오락 1

문항 등 10문항으로 구성되어 있다. 또한 가족적응력은 가족체계의 변화 가능한 정도를 표현하는 것으로 결속력과 마찬가지로 50점을 만점으로 총점에 따라 경직군, 구조군, 유연군, 밀착군으로 분류하였다. 그리고 적응력과 결속력의 점수에 의해 가족유형을 크게 조화된 유형(balance), 중간유형(mid-range), 극단형(extreme)의 3가지로 분류하였다. 정상가족이란 조화된 유형의 가족으로 적당하게 연결 또는 분리되어 있고 변화가 요구되어질 때 적절하게 반응할 수 있고 의사소통이 분명하고 자기표현과 감정이입이 가능한 가족을 의미하는 것으로 결속력의 분리군과 연결군, 적응력의 구조군과 유연군을 의미한다.[19] 그러나 일시적으로 가족들의 정서적 유대관계가 이탈 또는 밀착상태에 처하거나 또는 가족체제의 변화에 대하여 적응하지 못하거나 너무 쉽게 적응하는 수도 있지만 그런 사이가 오래 계속되진 않는다. 이에 반하여 역기능 가족이란 중간유형과 극단적 유형의 가족으로 계속적으로 정서적 이탈 또는 밀착상태에 있고, 변화에 대하여 경직되어 있거나 변화가 매우 심하여 혼란한 상태로 이중메세지, 이중속박 또는 비난과 같은 의사소통 기술을 사용하는 가족을 말한다.

본 연구에서는 가족적응력이 환자군이 대조군보다 높은 경향이었고, 가족적응력 분포에서는 본 연구의 환자군과 대조군 모두 구조화된 상태와 경직된 상태가 높은 경향을 보였다. 가족결속력은 환자군에서 대조군보다 낮은 경향이었으며, 가족결속력 분포는 본 연구의 환자군이 이탈된 상태가 많았고 분리된 상태, 연결된 상태, 밀착된 상태는 낮게 나타났고, 대조군이 이탈된 상태가 많았고 밀착된 상태는 낮게 나타났다. 양극단과 중간상태를 비교하였을 때 환자군은 양극단이 많았고, 대조군은 중간상태가 많았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

본 연구에서는 환자군에서 대조군에 비해 우울정도가 유의하게 컸으며, 가족기능도지수와 가족결속력이 유의하게 감소되었으나 가족적응력은 유의하게 증가되었다.($P<0.05$) 이는 환자군에서 지속적인 투병생활과 완쾌될 수 없다는 상황의 이해 가운데 이를 극복하기 위하여 적응력이 증가되는 것으로 생각된다.

## 참 고 문 헌


1. Rakel RE. Textbook of family pratice. 4th ed. Philadelphia : WB Saunders Co, 1990 : 1-49.
2. Taylor RB. Family Medicine Principle and Practice. 3rd ed. Springer-Verlag, 1983 : 32-45.
3. Good BT, Good MD, and B.D. Impact of Illness in the Family. In : Taylor RB ed., Fundamentals of Family medicine, 2nd ed. New York, Springer-verlag, 1983 : 32-45.
4. Rakel RE.Textbook of family practice. 3rd ed. Impact of Illness on the Family, Saunders, 1984 : 102-107.
5. Oslen EH. The impact of serious illness on the family system. Postgrad Med 1970 : 47-169.
6. Litman TJ. The family and physical rehabilitation. J. Chronic Dis. 1996 : 19-67.
7. Michael GK, Terry MP, Joseph GP Eugene JB. Am Fam Phsician 1990 ; 3 : 897-904.
8. Duvall EM. The family life cycle. Family development Philadelphia, JB. Lippincott Company, 1971.
9. 이효재. 가족과 사회, 경문사. 1983.
10. 홍강의. 가정의학, 서울대학교 출판부. 1987 : 17-21.
11. 박훈기, 박희순, 김용은, 서홍관, 김홍엽, 황인홍, 허봉열. 질병이 가족에게 미치는 영향에 관한 연구. 가정의학회지 1990 ; 11(4) : 1-11.
12. Smilkstein G. The Family APGAR : A Proposal for a family function test and its use by physician. J Fam pract 1978 : 6-1231.
13. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al : The Family APGAR index : A study of construct validity. J Fam pract 1979 : 8-577.

14. Smilkstein G. Validity and reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. J Fam pract 1982 ; 15(2) : 303-311.
15. 강성규 등. 가족 기능 지수(Family APGAR Scores)에 관한 기초조사연구. 가정의학회지 1984 : 5-12.
16. Lee C. Theories of Family Adaptability-Toward a Synthesis of Olson's Circumplex and the beavers Systems Models. Family Process 1988 ; 27(3) : 73-96.
17. Olson DH, killorin E. Clinical Rating Scale for the Circumples Model of Maritalo and family system. University of Minesorta press, 1985.
18. Olson DH. Circumplex Model-Validation Studies and FACESIII. Family Pross, 1986 ; 25 : 337-351.
19. 임종환, 이규래, 오미경, 곽기구, 윤방부. 가족적응력, 결속력 평가척도(FACESIII)의 신뢰도 및 타당도에 관한 연구. 가정의학회지 1989 ; 10(10) : 130.1
20. 김대현, 임종환, 임영섭, 곽기우, 이혜리, 윤방부. 가정의학과 외래 내원 환자의 우울과 가족기능에 관한 연구. 가정의학회지 1989 ; 10(10) : 15-16.
21. 이규래, 임종환, 오미경, 이혜리, 윤방부 : FACESIII를 이용한 가족기능연구. 가정의학회지 1989 : 10 : 14.

-Abstract-

## A Study on Depression(BDI) and Family Function(FACESIII) of the Patients of Chronic Renal Failure

Su Hee Kang, M.D., Mee Young Nam, M.D., Sung Kyu Lee, M.D.,
Young Sung Suh, M.D., Dae Hyun Kim, M.D., Dong Hak Shin, M.D., Ph.D.

Departemtn of Family Medicine, Keimyung University

Background : As if is known to us that a family is a primary social factor affected in its health and is more influenced on patients and its function in chronic diseases, this research has been done to help medical treatment comparing the degree of chronic renal failure patient's depression and the family function with healthy peoples.

Methods : This research has been done by means of questionnaire reports to translate Beck Depression inventory(BDI) on the part of depression and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III(FACESIII) in the part of family funcion, in which 138 chronic renal failure patient treated in hemodialysis and 142 people of health screen transferred into family physician have taken part at renal center in the Dong-San Medical Center from April to August in 1994.

Results : 1. The study group had average BDI's score of 25.05± 12.76, which was higher than control group with BDI's score of 11.63± 8.83. Thus, in patient group, depression degree were higher than control group.

2. In FACESIII cohesion of the patient group, there were 90 people(65.2%) in "Disengaged" and 26 people(18.8%) in "Separated" and 17 people(12.4%) in "Connected" and 5 people(3.6%) in "Enmeshed". In that of the contrast group, 53 people(37.3%) in "Disengaged" and 45 people(31.7%) in "Seperated" and 41 people(28.9%) in "Connected" and 3 people(2.8%) in "Enmeshed".

3. In FACESIII adaptability of the patient group, there were 36 people(26.1%) in "Rigid" and 43 people(31.2%) in "Structured" and 27 people(19.6%) in "Flexible" and 32 people(23.2%) in "Chaotic". In that of the control group, 15 people(10.6%) in 'Rigid" and 56 people(39.4%) in "Structured" and 49 people(34.5%) in "Flexible" and 22 people(15.5%) in "Chaotic".

4. In FACESIII family types of the patient groups, there were 47 people(34.1%) of "Extreme" and 69 people(50.0%) of "Mid-Range" and 22 people(15.9%) of "Balanced" type. In those of the contrast group, there were 73 people(51.4%) of "Balanced" and 114 people(40.7%) of "Mid-Range" and 24 people(16.9%) of 'Extreme" type.

Conclusion : This study suggested that depression and family dysfunction should be considered in the management of the chronic renal failure patients.

Key words : chronic renal failure, Beck's Depression Inventory, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III