주요개념 : 대처방법, 질병단계, 암환자, 돌보는 가족원

보건연구정보센터
http://www.richis.org

암환자와 가족원의 질병단계에 따른 대처 방법의 비교*

양 영 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

대처란 스트레스에 직면하여 긴장을 경험할 때 이에 적응하는 일련의 과정이며 긴장으로 해로운 영향을 받는 것을 피하는 행동을 의미한다(Larzarus & Folkman, 1984). 따라서 적절히 선택된 대처 방법은 정서적 고통과 부적응에서부터 받는 충격을 완화시키는데 도움을 준다(Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984). 스트레스 상황 해소에 여러 요인이 관여하나 개인의 대처방법은 스트레스원과 적응 관계를 중재하는 중요한 요인으로 규명되고 있다. 대처의 개념은 특히 간호에서 매우 중요한데 신체적 심리적으로 해로운 스트레스원에 개인이 잘 대처하도록 돕는 것에 초점을 두고 있기 때문이다. Lazarus & Folkman(1984)은 대처 방법을 문제중심 대처와 정서 중심 대처로 구분하였으며 건강과 관련된 스트레스에서 특히 그 질병을 수용해야만 하는 상황에서는 정서 중심 대처가 더 중요해질 것이라고 보았다. 즉 스트레스 근원이 되는 문제를 변화시키기 보다는 그 상황이 야기하는 정서적 고통을 줄이려는 방법이 더 효율적이라는 의미이다. 선행연구에서 불확실성 정도가 높은 질환은 정서중심의 대처를, 불확실성이 낮은 질환은 문제 중심 대처를 많이 사용하였다는 보고도 있었으나(Wineman, Durand, & Steiner, 1994) 만성질환의 조절 가능성 여부에 의한 대처방법의 차이는 없는 것으로 나타났다(Felton & Revenson, 1984). 선행연구에서 비교적 일관성있게 보고된 바로는 정서 중심의 대처 방법 사용은 부정적 정서와, 문제중심 대처 방법 사용은 긍정적 정서와 관련된다는 것이다(Felton et al, 1984 ; Mishel & Sorenson, 1991 ; Neundorfer, 1991 ; Pratt, Schmall, Wright, & Cleland, 1985 ; Quayhagen & Quayhagen, 1989). 따라서 환자와 가족원이 사용하는 대처 방법을 파악하는 것은 간호중재의 중요한 자료가 된다.

암질환은 우리나라에서 사망 2순위에 달하는 중요한 사망원인이며(보건연감, 1997) 96년도 암등록조사결과에 의하면 암환자가 연간 10%이상 늘고 있는 것으로 발표되었다(간협신보, 1998). 의학이 발달되면서 암질환은 즉각적인 사형선고를 통고받는 질환이기보다 오랜시간을 투병해야 하는 만성질환으로 분류되고 있다(Hileman, & Lackey, 1990). 환자와 가족원에게 암 질환은 정서적 충격과 치료과정에 대한 신체적 정신적 부담으로 높은 스트레스를 유발하고 있고(King, Nail, Kreamer, Strohl, & Johnson, 1985) 지나친 스트레스가 건강에 해로운 영향을 미친다는 것은(Selye, 1956) 잘 알려진 사실이다. 암환자의 정서반응을 연구한 선행연구에 의하면 진단초기는 불안, 충격, 죽음에 대한 두

* 이 연구는 단국대학교 대학연구비 지원으로 연구되었음
** 단국대학교 의과대학 간호학과

려움, 분노, 비현실감, 처벌, 숙명을 느꼈고 재발시는 불확실성, 슬픔, 두려움, 분노, 말기시에는 미래, 혹은 죽음에 대한 두려움과 무력감을 느낀다고 하였다(Krause, 1993 ; Kristjanson & Ashcroft, 1994). 암질환의 질병단계를 고려한 선행연구는 매우 적었으나 이러한 결과들은 질병단계별로 스트레스상황에 변화가 있으며 그에 따른 대처 방법에도 차이가 있을 것임을 시사하고 있는 것이다.

암질환의 진단 초기에서 말기에 이르기 까지 환자와 가족원이 질병으로 인한 스트레스 상황에 어떻게 대처하고 있는지에 대한 자료는 간호사에게 필요한 정보가 될 것이다. 환자를 돌보고 심리적으로 지지하고 있는 가족원의 건강이 환자의 건강회복에 중요하다는 점을 생각해 볼 때 가족원의 대처 양상은 환자의 대처 양상만큼이나 관심을 기울여야 하는 부분이라고 본다. 그러나 지금까지 암환자의 질병단계를 고려해 환자와 가족원의 대처방법을 연구한 선행연구는 없었다.

2. 연구 목적

본 연구는 암환자와 가족원이 암의 질병단계별로 경험하는 스트레스에 대한 대처 방법의 변화를 비교하기 위하여 시도하였다. 구체적 목적은 다음과 같다.

1) 질병단계별 암환자의 대처 정도와 대처 방법의 변화를 분석한다.
2) 질병단계별 가족원의 대처정도와 대처 방법의 변화를 분석한다.
3) 각 질병 단계에서 환자와 가족원의 대처방법을 비교한다.

3. 용어 정의

질병단계 : 선행연구(Kristjanson & Ashcroft, 1994 : Lewandowski & Jones, 1988 ; Tringali, 1986)를 기반으로 하여 1단계는 전이가 없는 암을 확진받아서 처음 치료가 진행중인 시기이며, 2단계는 처음부터 혹은 치료중 전이가 발견되었으나 치료를 시도하고 있는 상태이거나 치료후 재발된 상태, 3단계는 치료가 불가능하고 임종을 기다리는 말기 상태를 의미한다.

대처 : 개인의 능력을 초과하는 내외적 요구를 다루려는 인지적 행동적 노력(Lazarus & Folkman, 1984)으로서 문제 중심 대처와 정서 중심 대처로 구성되며 30문항의 4점 척도로 측정한 값이다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 대처의 정의

대처행동은 어려운 상황에 보다 쉽게 적응하도록 사회적 상황을 변화시키는 어떤 행동을 함으로써 환경에 능동적으로 영향을 미치는 과정을 포함한다(McCubbin, Dahl, Lester, Benson, & Robertson ; 1976). Pearlin (1989)은 대처를 생활사건의 충격을 피하거나 줄이려는 시도로 취해지는 행동으로서 스트레스가 일어나는 상황을 변화시키거나 상황의 의미를 관리하거나, 자신이 다룰수 있는 범위내로 스트레스 증상을 유지하는 데 도움이 된다고 하였다. 대처는 사회적 지지와 함께 스트레스 결과를 중재하는 요인으로 가장 주목을 받고 있고 개인이 위협에 특정한 방법으로 반응하는 경향이라고도 볼 수 있다. Lazarus & Folkman(1984)은 대처를 개인의 능력을 초과하는 내·외적 요구를 다루기 위하여 끊임없이 변화하는 인지적 행동적 노력이라고 정의하면서 대처 방법을 문제 중심 대처와 정서 중심 대처로 2가지로 파악하였다. 정서 중심 대처는 고통스러운 느낌을 다루는 행동으로서 방법으로는 회피, 위협 감소, 선택적 관심, 긍정적 비교, 나쁜 사건에서 좋은 의미를 이끌어냄, 거리를 두는 것 등이 있으며 이는 사실을 부정하고 아무일도 안일어난 것처럼 행동하여 희망과 낙관을 유지하는데 사용된다고 하였다. 문제 중심 대처는 스트레스 상황을 변화시키려는 행동이며 방법으로는 문제를 파악하고 대안을 생각해내며 장단점을 고려해 대안중 하나를 선택하여 행동하는 것이 포함된다. 그들은 건강한 사람의 대처행위를 측정하기 위해 WCQ(The Ways of Coping checklist)를 개발하였는데 다른 연구자들에 의해 만성 질환자에게도 적용이 가능한 것으로 보고되었다. 즉 Wineman, Durand, & McCulloch(1994)는 다발성 경화증과 척수 손상으로 집안에 거주중인 690명의 대상자에게 WCQ 도구를 적용한 결과 만성질환자에게 적용성이 높다고 주장하였고 Mishel & Sorenson (1993)은 부인과암 진단초기 환자 231명을 대상으로 이 도구를 적용한 결과 두 개의 요인 즉 문제 중심대처와 정서중심대처를 확인하였다.

2. 암질환에서의 대처 방법

암질환은 특성상 경과가 불확실하고 조절이 불가능한 질환으로서 환자와 가족은 부정적 심리반응을 보인다.

이러한 심리상태에 어떻게 대처하는가는 그들의 정서적, 사회적, 신체적 건강에 영향을 미치게 된다. Lazarus & Folkman(1984)은 건강과 관련된 스트레스에서 특히 그 질병을 수용해야만 하는 상황에서는 정서 중심 대처가 더 중요해질 것이라고 보았다. Pearlin & Schooler (1978)도 스트레스원이 조절가능한가 가능하지 않은 가에 따라 사용하는 대처기전이 달라진다고 하였다.

선행연구에서 질병의 불확실성과 조절가능성을 초점으로 하여 두가지 대처방법의 사용정도를 연구한 결과를 보면 다음과 같다. Wineman et al(1994)은 비교적 불확실성이 높은 질환인 다발성 경화증 환자(MS) 433명과 불구를 예상할 수 있어 불확실성 정도가 낮은 질환인 척수손상환자(SCI) 257명의 대처 행동(Lazarus의 WCQ 이용)을 비교한 결과 질병의 불확실성이 높을수록 정서 중심대처 사용정도가 높았고($p<.05$) 불확실성이 낮은 경우는 문제중심 대처를 더 많이 사용하였으며 ($p<.05$) 상황이 위험하다고 판단되면 정서중심대처를 더 많이 사용하였다고 하였다($r=.39$, $p<.01$). 그러나 한편으로는 Lazarus & Folkman 의 주장과 달리 질병의 조절가능성 여부와 대처 종류 사용정도는 차이가 없었다는 보고도 있었다. 즉 Felton & Revenson(1984)은 조절이 어려운 만성질환(류마티즘과 암환자 77명)과 조절가능한 만성질환(고혈압과 당뇨환자 74명)으로 구별하여 두가지 대처 방법(정보추구와 소망적 환상, Lazarus의 WCQ 이용)이 심리적 적응에 미치는 영향을 연구한 결과 질병조절 정도에 따라 이들 대처 방법이 달라지지는 않았다고 하였다. 이와 같이 상반된 연구결과가 보고되고 있어 이 부분은 앞으로 더 연구되어야 함을 시사하고 있었다.

질병의 조절 가능성이나 불확실성이 두가지 대처 방법 중 어느 것을 더 많이 선택하게 하느냐에 대하여는 서로 상반된 결과들이 보고되고 있으나 문제 중심 대처가 스트레스 완화에 더 효과적이라는 결과는 일관성있게 보고되었다. Tyc, Mulhern, Jayawardence, & Fairclough (1995)는 항암치료를 받는 6-18세 사이 어린이를 대상으로 오심과 구토를 조절하는데 이용되는 대처 방법을 조사하였는데 진단후 시간이 많이 경과한 대상자들은 문제해결 방법이 증상조절에 가장 효과적이라고 응답하였다. 백현실(1990)은 혈액종양 환아(8세 이하)의 어머니 88명을 대상으로 스트레스의 대처 방법을 연구한 결과 환아치료에 대해 긍적적 인지가 치료에 적극적인 자세와 관련되었다고 하면서 스트레스 감소를 위해 인지적 평가영역에 대한 사정이 필요하다고 하였다. Mishel & Sorenson(1991)은 암진단 초기 환자 131명을 대상으로 대처(WCQ도구 이용)의 효과를 연구한 결과 정서적 고통이 클수록 소망(정서중심 대처방법) 사용정도가 높았으며(beta=.24, $p<.05$), 긍정적 사고와 소망은 부적 관계(beta=-.16, $p<.05$)를 갖는 것으로 나타났다. Felton & Revenson (1984)의 연구에서 정보추구의 대처 방법은 심리적 적응에 긍정적 효과를, 환상의 대처 방법은 부정적 효과를 가졌다고 하였다.

따라서 암환자들이 투병과정에서 경험하는 스트레스를 극복하기 위하여 사용되는 대처 방법을 파악하는 것은 바람직한 대처방법으로 전환을 위한 중재의 첫걸음이 될 것이다. Krause(1993)의 암환자 대상의 연구에서 두려움과 불확실성, 정보의 부족, 일상활동에 대한 문제를 가장 많이 경험하였고 대처방법으로 환자의 50% 정도가 인지적 방법(암과 치료에 대한 정보를 더 찾는 등)과 문제와 직접 대면하는 방법을 사용하였다고 보고하였는데 이는 문제 중심 대처를 의미하는 것이었다.

3. 암질환의 단계 구별

Kristjanson & Ashcroft(1994)의 문헌고찰 연구에 의하면 암의 단계는 예방, 초기 진단, 급성기, 일시적 호전, 재활, 재발, 말기로 이어진다고 하였다. 초기는 불안해 하고, 재발시에는 불확실성, 슬픔, 두려움, 분노를 경험하고 있고, 말기때는 미래에 대한 두려움과 죽음에 대한 반응, 무력감을 느낀다고 하였다. 민영숙(1994)은 암진단을 처음 진단받고 입원한 경우, 회복되었다가 다시 악화되어 재입원한 경우, 임종시기에 있는 경우로 세집단으로나누어 각 환자의 가족을 대상으로 Folkmam & Lazarus(1980)의 도구를 수정하여 대처양상을 측정하였다. 연구결과 세집단간의 대처양상은 유의하게 다르지 않았고 대처정도가 높을수록 극복력(mastery)이 높았다고($r=.37$, $p<.001$) 하였다.

이외에 Lewandowski & Jones(1988)는 암질환을 초기, 적응, 말기 단계로 분류하여 초기는 증상자각에서 진단에 이르는 시기, 적응단계는 완치되거나 계속 치료하는 시기, 말기는 계속 악화되고 쇠약해지는 시기로 정의하였다. Tringali(1986)는 암환자의 질병을 초기, 재발, 추후관리로 분류하여 각 단계에서의 간호요구를 조사하였으며 이동숙(1996)은 위암환자를 진단기, 치료기(수술단계와 화학요법단계), 안정기로 나누어 환자의 사회적 지지를 조사하였다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 암환자와 가족원을 대상으로 질병단계별로 대처방법을 비교한 비교조사연구이다.

1) 연구 대상자

충남의 D대학병원과 서울의 J종합병원에 입원하고 있는 암환자와 그 가족원을 대상으로 1996년 12월부터 1997년 5월까지 자료수집을 하였다. 환자는 자신의 진단명을 알고 있으며 의식이 명료하여 의사소통에 장애가 없고 연구목적을 이해하고 참여에 동의한 자로 하였으며 가족원은 환자와 혈연 혹은 법적 관계에 있는 사람으로서 환자를 돌보는 일로 인하여 보수를 받지 않는 사람으로서 연구목적을 이해하고 참여에 동의한 자로 선정하였다. 환자의 질병단계를 고려하여 대상자를 정하여서 1단계에 환자 35명, 가족원 38명, 2단계 환자 31명, 가족원 30명, 3단계 환자 13명, 가족원 24명이었고 총 환자 79명, 가족원 92명이었다. 환자와 가족원을 가능한 짝지어 응답을 받으려 했으나 환자의 상황이 여의치 못하였을 경우에는 가족원만을 대상으로 하였기 때문에 환자보다 가족원 대상자가 더 많았다.

2) 대처의 측정 도구

Lazarus & Folkman(1984)의 도구 the ways of coping questionnaire(WCQ)를 바탕으로 Felton et al(1984)이 요인분석한 결과를 이용하여 총 30문항의 도구로 수정하여 사용하였다. 대처의 하위영역으로 문제 중심 대처 14문항과 정서 중심 대처 16문항으로 구성되었으며 점수가 높을수록 특정 대처 방법의 사용 정도가 높은 것이다. 문제 중심 대처 방법에는 적극적 대처 3문항, 정보추구 2문항, 인지재구조 8문항이 포함되었고, 정서 중심 대처 방법에는 위협감소 6문항, 소망성취의 환상 3문항, 자기 비난 3문항, 정서적 표현 4문항이 포함되었다. 본 연구대상자에서 도구의 신뢰도는 가족원에서 alpha=.86, 환자에서 alpha=.87로 나타났다.

3) 분석 방법

대상자의 일반적 특성은 백분율과 평균, 표준편차를 이용하였고 환자와 가족원의 대처 방법 사용정도는 t검정, 질병단계에 따른 환자와 가족원의 대처 방법 변화는 ANOVA를 이용하여 분석하였다. 사용한 통계 프로그램은 WINDOW SPSS-PC(ver 6.0)이었다.

〈표 1〉 환자의 일반적 특성

특 성	구 분	총 대상자 실수	%	1단계(n=35) 실수	%	2단계(n=31) 실수	%	3단계(n=13) 실수	%
나 이		평균 47.08±11.21		49.26±11.18		43.87±10.13		48.85±12.74	
입원기간(일)		평균 27.09±41.49		30.43±23.27		29.87±60.81		11.46± 9.64	
성 별	남	45	57.0	19	42.2	17	37.8	9	20.0
	여	34	43.0	16	47.1	14	41.2	4	11.8
학 력	무 학	3	3.8	1	2.9	0		2	15.4
	국 졸	18	22.8	12	34.3	3	9.7	3	23.1
	중·고졸	32	40.5	15	42.8	13	41.9	4	30.7
	대졸이상	26	32.9	7	20.0	15	48.4	4	30.7
결혼상태	기혼	73	92.4	33	94.3	29	93.5	11	84.6
	별거/사별	2	2.5	1	2.9	0		1	7.7
	미혼	4	5.1	1	2.9	2	6.5	1	7.7
직 업	주부	21	28.0	12	35.3	7	23.3	2	18.2
	자영/농업	26	34.7	17	49.9	6	20.0	3	27.3
	월급여자	18	24.0	4	11.8	10	33.3	4	36.4
	종교직	2	2.7	0		2	6.7	0	
	무 직	7	9.3	0		5	16.7	2	18.2
암 발생 부위	소화기	31	39.2	12	34.3	11	35.5	8	61.5
	폐	21	26.6	11	31.4	7	22.6	3	23.1
	생식기	21	26.6	10	28.6	9	29.0	2	15.4
	기 타	6	7.6	2	5.7	4	12.9	0	

Ⅳ. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

1) 환 자

환자의 일반적 특성을 질병의 단계와 함께 구분하여 〈표 1〉에서 제시하였다. 환자의 나이는 평균 47세, 입원기간은 평균 27일 정도이었다. 남자가 57%(45명)으로 과반수 이상이었으며 중고졸 학력이 40.5%(32명)로 가장 많았고 다음이 대졸이상의 학력으로 32.9%(26명)이었다. 결혼상태는 92.4%(73명)가 기혼상태였으며 직업은 주부가 28%(21명), 자영/농업 종사자가 34.7%(26명), 월급여자가 24%(18명)이었다. 소화기암이 39.2%로 가장 많았고 다음으로 폐암과 생식기암이 각 21명(26.6%)였다. 질병의 단계로 구분하였을 때 환자의 직업이 1단계에서는 주부 혹은 자영/농업이 많았으나 2, 3단계에서는 월급여자가 가장 많은 수를 차지하였다. 또한 암발생 부위에서 1, 2단계는 전체적 양상과 유사하였으나 3단계에서는 소화기암이 61.5%로 가장 많았다.

2) 가족원

〈표 2〉에서 보는 바와 같이 가족원의 나이는 평균 39세 였고 여자가 64.1%(59명)로 과반수 이상이었다. 학력은 중고졸이 51.1%(47명)로서 가장 많았고 다음이 대졸이상 39.1%(36명)였다. 72.8%(67명)의 대상자가 기혼상태였고 미혼은 26.1%(24명)이었다. 직업은 주부가 40.7%(37명)로 가장 많았고 월급여자가 18.7%(17명), 학생이 17.6%(16명), 자영/농업 종사자가 14.3%(13명)였다. 환자와의 관계는 자녀가 50%(46명), 배우자가 45.7%(42명)로 가장 많았다. 질병단계로 구분하였을 때도 전체적인 양상과 크게 다르지 않았다.

〈표 2〉 가족원의 일반적 특성

특 성	구 분	총 대상자		1단계(n=38)		2단계(n=30)		3단계(n=24)	
		실수	%	실수	%	실수	%	실수	%
나 이(평균)		39.10±13.08		39.97±13.98		37.80±13.22		39.33±11.79	
성 별	남자	33	35.9	15	39.5	10	33.3	8	33.3
	여자	59	64.1	23	60.5	20	66.7	16	66.7
학 력	무 학	2	2.2	1	2.6	1	3.3	0	
	국 졸	7	7.6	2	5.3	3	10.0	2	8.3
	중·고졸	47	51.1	23	60.5	13	43.3	11	45.8
	대졸이상	36	39.1	12	31.6	13	43.3	11	45.8
결혼상태	기 혼	67	72.8	28	73.7	23	76.7	16	66.7
	별거/사별	0		0		0		1	4.2
	미 혼	24	26.1	10	26.3	7	23.3	7	29.2
직 업	주 부	30	40.7	16	43.2	12	40.0	9	37.5
	자영/농업	13	14.3	6	16.2	1	3.3	6	25.0
	월급여자	17	18.7	6	16.2	10	33.3	1	4.2
	학 생	16	17.6	7	18.9	5	16.7	4	16.7
	무 직	8	8.8	2	5.4	2	6.7	4	16.7
환자와의 관계	배우자	42	45.7	15	39.5	15	50.0	12	50.0
	자 녀	46	50.0	22	57.9	15	50.0	9	37.5
	기 타	4	4.4	1	2.6	0		3	12.5

2. 질병단계별 환자와 가족원의 대처방법의 변화

1) 환 자

환자의 문제중심 대처의 사용정도는 1단계에서 평균 2.53, 2단계에서 2.72, 3단계에 2.37로 2단계에서의 문제중심 대처 사용정도가 가장 높았고 정서중심 대처의 사용정도는 1단계가 2.43, 2단계에서 2.56, 3단계에서 2.52로 2단계에서 사용정도가 높았으나 이들 변화가 통계상 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 3). 두 가지 대처방법의 세부 영역내에서 소망의 사용정도가 가장 많았고 비난의 사용정도가 가장 낮았으나 질병단계에 따라 유의한 변화를 보인 대처 방법은 없었다.

각 단계내에서 문제중심 대처와 정서중심 대처의 사용정도를 비교한 결과 표 3에서 보는 바와 같이 2단계에서 유의한 차이를 보였다(t=2.05, p=.049). 즉 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 유의하게 많이 사용하였다. 환자들은 1단계에서는 문제중심 대처를 3단계에서는 정서중심 대처의 사용정도가 더 많았으나 통계상 유의한 차이를 보이지는 않았다.

2) 가족원

가족원의 문제 중심 대처 사용정도는 1단계에서 2.42, 2단계에서 2.56, 3단계에서 2.43으로 2단계에서 문제 중심 대처 사용정도가 가장 많았고, 정서 중심 대처는 1단계에 2.16, 2단계에 2.20, 3단계에 2.32로서 점차로 정서중심 대처 사용정도가 높아졌으나 이들 변화는 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 4). 두가지 대처방법의 세부 영역내에서 적극대처의 사용정도가 가장 많았고 비난의 사용정도가 가장 낮았으나 질병단계에 따라 유의한 변화를 보인 대처 방법은 없었다.

각 단계내에서 문제중심 대처와 정서중심 대처 사용정도를 비교한 결과 1단계와 2단계에서 유의한 차이를 보였다(표 4). 가족원은 1, 2단계에서 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 유의하게 많이 사용하였다(각 t=3.24, p=.003 ; t=3.31, p=.002).

〈표 3〉 질병 단계별 환자 대처 방법 비교

	1단계(n=35) mean±SD	2단계(n=31) mean±SD	3단계(n=13) mean±SD	F	p
문제 중심 대처(A)	2.53±.53	2.72±.57	2.37±.49	2.155	.123
정서 중심 대처(B)	2.43±.61	2.56±.42	2.52±.38	.513	.601
(A)-(B) 차이검정	t=1.27	t=2.05	t=1.35		
	p=.212	p=.049*	p=.203		

〈표 4〉 질병단계별 가족원의 대처 방법 비교

	1단계(n=38) mean±SD	2단계(n=30) mean±SD	3단계(n=24) mean±SD	F	p
문제 중심 대처(A)	2.42±.46	2.56±.56	2.43±.35	.768	.467
정서 중심 대처(B)	2.16±.54	2.20±.40	2.32±.34	.936	.396
(A)-(B) 차이검정	t=3.24	t=3.31	t=1.17		
	p=.003*	p=.002*	p=.255		

3. 각 질병단계별 환자와 가족원의 대처 방법 비교

각 단계내에서 환자와 가족원의 대처 방법을 세분화하여 비교하였다. 〈표 5〉에서 보는 바와 같이 전반적으로 환자가 가족원에 비하여 대처 방법의 사용정도가 높았으나 통계상 유의한 차이를 보인 것은 1단계에서 인지 재구조와 정서표현, 2단계에서 정서 중심 대처 그리고 그 세부영역에 속하는 위협감소, 비난, 정서표현이었고 3단계에서는 유의한 차이를 보인 대처 방법이 전혀 없었다. 1단계에서 인지 재구조 대처 방법의 사용정도는 환자가 2.47로서 가족원 2.18에 비하여 유의하게 높았고 (t=2.39, p=.020), 정서 표현의 사용정도도 환자가 2.35로서 가족원 2.08에 비하여 유의하게 높았다(t=2.03, p=.047). 2단계에서는 문제중심 대처의 사용정도는 환자와 가족원 사이 유의한 차이가 없었으나 정서중심 대처의 사용정도는 환자가 2.56로서 가족원 2.20에 비하여 유의하게 높았고(t=3.36,p-.001), 위협감소(t=2.97, p=.004), 비난(t=2.04, p=.046), 정서표현(t=2.71, p=.009) 모두가 환자가 가족원에 비하여 사용정도가 유의하게 높았다.

V. 논 의

질병단계별로 환자나 가족원의 대처 방법의 사용정도에는 차이가 없는 것으로 나타났는데 이는 암 질병의 단계를 초기 진단단계, 악화되어 입원한 단계, 말기 단계로 나누어 환아 가족의 대처 양상을 조사한 결과 세집단의 대처양상이 유의하게 다르지 않았다는 민영숙(1990)

〈표 5〉 각 질병단계별 환자와 가족원의 대처방법 비교

	1 단 계				2 단 계				3 단 계			
	환 자 (n=35) mean(SD)	가족원 (n=38) mean(SD)	t	p	환 자 (n=31) mean(SD)	가족원 (n=30) mean(SD)	t	p	환 자 (n=13) mean(SD)	가족원 (n=24) mean(SD)	t	p
문제중심대처	2.53(.53)	2.42(.46)	.96	.342	2.72(.57)	2.56(.56)	1.14	.258	2.37(.49)	2.43(.35)	-.44	.659
적극대처	2.70(.74)	2.64(.45)	.43	.666	2.84(.59)	2.63(.70)	1.24	.221	2.42(.57)	2.57(.56)	-.77	.448
정보추구	2.43(.67)	2.45(.73)	-.11	.909	2.64(.85)	2.75(.77)	-.50	.616	2.31(.83)	2.48(.58)	-.74	.466
인지재구조	2.47(.54)	2.18(.50)	2.39	.020*	2.68(.53)	2.28(.56)	2.84	.006*	2.38(.59)	2.24(.50)	.74	.464
정서중심대처	2.43(.61)	2.16(.54)	1.98	.051	2.56(.42)	2.20(.40)	3.36	.001*	2.52(.38)	2.32(.34)	1.62	.115
위협감소	2.32(.74)	2.14(.68)	1.11	.273	2.37(.53)	1.99(.48)	2.97	.004*	2.41(.56)	2.08(.48)	1.86	.071
소망	2.92(.87)	2.56(.87)	1.78	.080	3.09(.59)	2.77(.76)	1.83	.072	3.15(.44)	2.81(.61)	1.82	.077
비난	2.13(.84)	1.87(.63)	1.49	.141	2.37(.70)	1.97(.82)	2.04	.046*	2.23(.60)	2.11(.63)	.56	.577
정서표현	2.35(.61)	2.08(.53)	2.03	.047*	2.40(.47)	2.09(.42)	2.71	.009*	2.29(.78)	2.29(.56)	-.01	.989

의 연구결과와 일치하였다. 각 단계내에서 문제중심 대처와 정서 중심 대처의 사용정도를 비교한 결과 평균점수상으로는 문제중심대처의 사용정도가 정서중심 대처의 사용정도보다 높았고 통계검정상으로는 환자는 2단계에서 가족원은 1, 2단계에서는 문제중심대처가 정서중심대처보다 사용이 유의하게 많은 것으로 나타났다. 가족원과 환자 모두 3단계에서는 문제중심 대처와 정서중심 대처의 사용정도가 유사하였다. 가족원에서 정서중심대처는 질병단계가 높아질수록 사용정도가 많아졌으나 유의한 변화는 아니었다. 암질환은 조절이 어려운 질환(Felton & Revenson, 1984)으로 분류되고 있고 또한 경과예측이 어려워 불확실성 정도가 높은 질환이라 볼 수 있는데 본 연구 결과가 질병의 조절정도가 대처방법의 선택에 영향을 주지 않았다는 선행연구의 결과(Felton & Revenson, 1984)를 지지하고 있었으나 Lazarus & Folkman(1984)가 말한 '질병을 수용해야만 하는 상황'에서는 정서 중심대처가 더 중요해진다는 주장을 확인해주지 못하였다. 또한 Wineman et al (1994)의 연구에서는 질병의 불확실성 정도가 높을수록 정서중심 대처의 사용정도가 유의하게 높았다고($p<.05$) 하였는데 그들의 연구 대상자는 다발성 경화증 환자로서 암질환과 같이 생명의 위협을 받는 질환이 아닌 것이 본 연구결과와 차이를 보인 요인중 하나가 된다고 본다. Krause(1993)는 암환자들이 암진단을 받고 죽음의 두려움을 가장 많이 느꼈다고 하였다.

Lazarus & Folkman(1984)의 WCQ 도구가 건강한 사람의 대처 행위 측정을 목적으로 개발되었으나 후속 연구들에서(Mishel & Sorenson, 1993 ; Wineman et al, 1994) 만성질환에서도 타당한 도구로 검증되었고, 특정 대처가 특정 스트레스원을 관리하는데 더 중요하다는 것은 대처의 효율성 측면을 의미하는 것으로 추후 암환자를 대상으로 반복연구를 시행하여 대처 방법의 선택의 양상을 확인하고 대처 방법의 사용정도를 그 효율성과 연관시켜 연구할 필요가 있음을 시사하고 있다.

평균점수만으로 볼 때 세부 대처 방법중 정서중심 대처에 속하는 소망의 대처 방법을 가장 많이 사용하고 있었고 이는 특히 환자군에서 더 뚜렷하게 보였는데 이대처방법은 문헌상 바람직한 대처전략이 아닌 것으로 보고되고 있어서 간호중재가 요구되는 부분이 된다고 본다. 소망은 일종의 현실회피방법으로서 Fawzy(1995)는 암진단을 받은 환자들은 일반적으로 적극적 행동대처와 회피 대처를 사용한다고 하였다. 그러나 Namirm, Wolcott, & Alumbagh(1987)은 회피방법이 비효과적인 대처방법이라고 보았고 Neundorfer(1991)의 연구에서 이 대처방법은 불안의 예측요인이었던 것으로 나타났으며 Mishel & Sorenson(1991)의 부인과 암환자를 대상으로 한 연구에서도 소망은 위협지각과 가장 관련이 되는 대처방법이었으나 정서적 고통을 완화시키지는 못하였다고 하였다.

암환자와 가족원 두 집단의 대처 방법 사용 정도를 비교 분석한 결과 전반적으로 환자가 가족원에 비하여 대처 방법의 사용 정도가 높아서 환자가 스트레스를 조절하기 위한 대처 노력을 더 많이 하고 있음을 알 수 있었다. 환자와 가족원간 특히 유의한 차이를 보인 것은 주로 2단계의 정서 중심 대처방법이었다. 2단계에 속하는 환자는 1단계나 3단계에 속하는 환자에 비하여 정서중심 대처방법 사용정도가 많았고 가족원보다 유의하게 정서중심 대처를 많이 하고 있었다. 세부 대처 방법에서

도 소망을 제외하고는 위협감소, 비난, 정서표현 모두가 환자측의 사용정도가 가족원에 비하여 유의하게 높았다. Lazarus & Folkman(1984)은 정서중심 대처는 현실을 부정하고 희망과 낙관을 유지하고자 노력하며 고통스러운 느낌을 다루는 행동이라고 하였다. 전이되거나 재발된 환자는 자신의 가족이 느끼는 것보다 심리적 고통이나 충격이 더 크고 좌절이 더 큰 것이 아닌지 재고할 필요가 있으며 환자와 가족의 대처 능력 증진을 위한 심리적 간호중재 프로그램을 개발하는 연구가 진행되어야 할 것이다. 선행연구에서 심리적 중재가 대상자의 대처와 심리적 적응에 긍정적 효과를 보였다고 하였다(Edgar et al, 1992 ; Fawzy, 1995 ; Johnson et al, 1989). 1단계와 3단계에서는 환자와 가족원의 대처 방법의 사용정도가 대부분이 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 스트레스를 다루는 노력이 서로 유사함을 알 수 있었다. 특히 1, 2단계의 가족원은 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 유의하게 많이 사용한 반면 3단계 가족원은 정서중심대처의 사용정도가 늘어나 문제 중심대처와의 차이가 없어졌다는 점에서 말기환자를 간호할 때 문제를 해결하기 보다는 Lazarus & Folkman(1984)의 표현처럼 현 상황에서 희망과 낙관을 유지하려는 방향으로의 대처를 하고 있는 것으로 해석되었다.

Ⅵ. 결론 및 제언

암환자와 가족원이 암질환의 질병단계에 따라 경험하는 스트레스에 대한 대처방법의 변화와 사용정도를 비교하기 위하여 본 연구를 시도하였다. 충남과 천안의 종합병원 내과병동 혹은 암병동에 입원중인 암환자와 가족원을 1단계(초기 진단과 치료단계), 2단계(재발 혹은 전이단계), 3단계(말기단계)로 나누어 편의 표집하였으며 1단계에 속하는 환자는 35명, 가족원은 38명, 2단계의 환자는 31명, 가족원은 30명, 3단계의 환자는 13명, 가족원은 24명이었다. 대처 방법은 Lazarus & Folkman의 WCQ를 바탕으로 Felton et al(1984)가 요인분석한 도구를 수정한 30문항의 4점 척도로 측정하였다.

연구결과는 다음과 같았다.

1) 질병단계별 환자의 대처방법의 변화는 문제중심 대처와 정서중심 대처 모두 2단계에서 가장 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 2단계의 환자는 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 유의하게 많이 사용하였다($t=2.05$, $p=.049$).
2) 질병단계별 가족원의 대처방법은 문제중심 대처는 2단계에서 가장 높았고 정서중심대처는 1, 2단계보다 3단계에 가장 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 1단계와 2단계 환자의 가족원은 문제중심 대처를 정서중심 대처보다 유의하게 많이 사용하였다(각 $t=3.24$. $p=.003$; $t=3.31$. $p=.002$).
3) 환자와 가족원의 대처방법 사용정도를 비교한 결과 1단계에서 문제중심 대처중에서 인지재구조($t=2.39$, $p=.020$), 정서중심 대처중에서 정서표현의 대처($t=2.03$, $p=.047$)를 환자가 가족원보다 유의하게 많이 사용하였다. 2단계에서는 정서중심 대처를 환자가 가족원에 비하여 더 많이 사용하고 있었으며($t=3.36$, $p=.001$) 정서중심대처의 하위항목중 위협감소($t=2.98$, $p=.004$), 비난($t=2.04$, $p=.046$), 정서표현($t=2.40$, $p=.009$)의 사용정도가 환자에서 유의하게 더 높았다. 3단계에서는 환자와 가족원간에 대처방법 사용정도가 서로 유의하게 다르지 않았다.

이상의 결과를 바탕으로 다음의 제언을 하고자 한다.

- 암진단의 초기부터 환자와 가족원의 대처 방법과 그 효율성을 탐색하는 종단적 연구가 필요하다.
- 질병의 조절 가능성 정도가 대처 방법의 선택에 영향을 주는지에 대한 반복 연구가 필요하다.
- 암환자와 그 가족의 대처 능력 증진을 위한 심리적 중재 프로그램 개발이 필요하다.

참 고 문 헌

민영숙 (1994). 암환아 가족의 질병에 대한 불확실성과 대처양상에 관한 연구. 대한간호학회지, 24(4), 529－544.

백현실 (1990). 만성환아 어머니의 스트레스 정도와 대처 방법. 경북대학교 대학원 석사학위논문.

보건사회부 (1997). 보건연감. 375－378.

암환자 연간 10% 이상 증가(1998.9.3). 간협신보, 1029호, 1면.

이동숙 (1996). 위암환자의 질병과정에 따른 사회적지지 요구와 지각된 사회적 지지. 서울대 대학원 석사학위논문.

이현주 (1989). 암환자의 스트레스 생활사건과 대처방법. 경북대학교 대학원 석사학위논문.

Edgar,L., Rosberger, Z., & Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. Cancer, 69, 817－828.

Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients : 1.Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Arch Gen Psychiatry, 47, 720-725.

Fawzy, N. W. (1995). A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients. Cancer Nursing, 18(6), 427-436.

Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness : A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(3), 343-353.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Soc Sci Med, 18(10), 889-898.

Hileman, J. W. & Lackey, N. R. (1990). Self-identified needs of patients with cancer at home and their home caregivers : A descriptive study. Oncology Nursing Forum, 17(6), 907-913.

Johnson, J. E., Lauver, D. R., & Nail,L. M. (1989). Process of coping with radiation therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(3), 358-364.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company : NY.

Kammer, C. H. (1994). Stress and coping of family members responsible for nursing home placement. Research in Nursing & Health, 17, 89-98.

King, K. B., Nail, L. M., Kreamer, K., Strohl, R. A. & Johnson, J. E. (1985). Patients'descriptions of the experience of receiving radiation treatment. Oncology Nursing Forum, 12, 55-61.

Krause, K. (1993). Coping with cancer. Western Journal of Nursing Research, 15(1), 31-43.

Kristjanson, L. K. & Ashcroft, T. (1994). The family's cancer jorney : A literature review. Cancer Nursing, 17(1), 1-17.

Lewandowski, W. & Jones, S. L. (1988). The family with cancer : Nursing interventions through the course of living with cancer. Cancer Nursing, 11(6), 313-321.

McCubbin, M., Dahl, B., Lester, G., Benson, D., & Roveltson, M. (1976). Coping repertories of wives adaptating to war-induced separation. Journal of Marriage and the Family, 38, 461-471.

Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in gynecological cancer : A test of the mediating functions of mastery and coping. Nursing Research, 40(3), 167-265.

Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1993). Revision of the Ways of Coping Checklist for a clinical population. Western Journal of Nursing Research, 15(1), 59-76.

Namir, S., Wolcott, D. L., Fawzy, F. I., & Alumbagh, M. J. (1987). Coping with AIDS : Psychological and health implications. J Appl Social Psychol , 17, 309-328.

Neundorfer, M. M. (1991). Family caregiver of the frail elderly : Impact of caregiving on their health and implications for interventions. Fam Community Health, 14(2), 48-58.

Panzarin, S. (1985). Coping : Conceptual and methodological issues. Adv. Nurs. Sci, 7(4), 49-57.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30, 241-256.

Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright,S., & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. Family Relations, 34, 27-33.

Quayhagen, M. P., & Quayhagen, M. (1989). Alzheimer's stres : Coping with the caregiving role. Gerontologist, 28, 391-396.

Selye, H. (1956). The stress of life. McGraw-Hill Book Comp. : New York Toronto.

Tringali, C. A. (1986). The needs of family of cancer patients. Oncology Nusing Forum, 13(4), 65-70.

Tyc, V. L.,Mulhern, R. K., Jayawaedence, D. & Fairclough, D. (1995). Chemotherapy-induced nausea and emesis in pediatric cancer patients : An analysis of coping strategies. Journal of Pain and Symptom Management, 10(5). 338-347.

Wineman, N. M., Durand, E. J., & McCulloch, B. J. (1994). Examination of the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire with clinical populations. Nursing Research, 43(5), 268-273.

Wineman, N. M., Durand, E., & Steiner, R. P. (1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. Research in Nursing & Health, 17, 185-194.

-Abstract-

Key concept : Coping method, the phases of illness, Patients with cancer, Caregivers

The Comparison of the Coping Patterns of Cancer Patients and Their Caregivers According to the Phases of Illness *

*Yang, Young Hee***

Cancer has been considered a life-threatening disease and coping patterns could have a strong impact the physical and psychological health of patients and their family. The purpose of this study was to identify the change of coping patterns according to the phases of illness in the patients with cancer and their family caregivers and to compare the coping patterns of patients with those of their caregivers. The phases of illness consisted of 1st(initial) stage, 2nd(metastatic or recurred) stage and 3rd(terminal) stage based on literature. The coping methods were measured using the modified Ways of Coping Questionnaire by Lazarus & Folkman(1984). Seventy-nine patients(35 in stage 1, 31 in stage 2, and 13 in stage 3) and ninety-two caregivers(38 in stage 1, 30 in stage 2 and 24) agreed to participate from two general hospitals in Seoul and Choongnam. No significant changes were found in the coping patterns according to the phases of illness in both groups. Patients in stage 2 and caregivers in stages 2 and 3 problem-focused coping methods were significantly used more than emotion-focused coping methods. Patients in stage 1 significantly used two coping strategies that were cognitive reconstruction and emotion expression more than caregivers. Patients in stage 2 significantly used emotion-focused coping methods including minimizing threat, blame, and emotion expression excepting wishful thinking more than caregivers.

We need more research to identify the relationship between the coping methods and their efficiencies through longterm observation and attempt to develope the nursing interventions that could have an improvement on positive coping methods and provide guidance on the problems the patients experience.

* The present research was conducted by the research fund of Dankook University.

** Nursing Department, College of Medicine, Dankook University.