



노인 암환자의 자아통합감 회복 경험: 근거이론 접근

최한교^{ID} · 염혜아^{ID}

가톨릭대학교 간호대학

Experiences of Ego Integrity Recovery in Elderly Cancer Patients: Grounded Theory Approach

Choi, Han-Gyo · Yeom, Hye-Ah

College of Nursing, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Purpose: This study was conducted to derive a substantive theory on lived experiences of elderly cancer patients. **Methods:** The data were collected from February to March 2018 through in-depth personal interviews with 14 elderly cancer patients. The collected data were analyzed based on Corbin and Strauss's grounded theory. **Results:** The core category was "the journey to find balance in daily lives as a cancer patient by recovering disturbed ego integrity." The core phenomenon was "shattered by suffering from cancer," and the causal conditions were "physical change" and "limitations in daily life." The contextual conditions were "decreased self-esteem," "feelings of guilt toward the family," and the sense of "economic burden." The participants' action and interaction strategies were "maintaining or avoiding social relations," "seeking meaning of the illness," "falling into despair," and "strengthening the willingness to battle the cancer." The intervening conditions were "support from health care providers and family," "dissatisfaction with health care providers," "spiritual help from religion," and "the improvement or worsening of health conditions." The consequences were "having a new insight for life," "living positively along with cancer illness," and "the loss of willingness to live." A summary of the series of processes includes the "crisis stage," "reorganizing stage," and the "ego integration stage." **Conclusion:** This study explored the holistic process of ego integrity impairment and the recovery experience of elderly cancer patients. This study is expected to be used as a basis for the development of nursing interventions that can support patients when coping with all stages of their cancer illness trajectory.

Key words: Aged; Neoplasms; Qualitative Research; Grounded Theory

서론

1. 연구의 필요성

의학기술의 발달에 따른 수명의 연장과 저출산의 영향으로 전체 인구 중 노년층이 차지하는 비율은 전 세계적으로 증가하는 추세이

다. 우리나라에서 65세 이상의 노인 인구 비율은 2015년에 전체 인구의 12.8%를 차지하였고, 2025년에는 20.3%로 증가해 초고령 사회로 진입할 것으로 전망된다[1]. 이러한 노인인구의 증가와 더불어 연령에 따른 암성 질환의 유병률도 변하고 있는데, 현재 65세 이상의 노인 암환자는 전체 암환자의 46.1%를 차지하고 있다[2]. 암환자

주요어: 노인, 암, 질적연구, 근거이론

* 이 논문은 2017년도 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(2017R1A2B1010413).

* This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (2017R1A2B1010413).

Address reprint requests to : Yeom, Hye-Ah

College of Nursing, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 06591, Korea

Tel: +82-2-2258-7402 Fax: +82-2-2258-7772 E-mail: yha@catholic.ac.kr

Received: January 21, 2019 Revised: March 20, 2019 Accepted: May 13, 2019

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

의 5년 생존율의 경우 1995년 41.2%에 불과하였으나 의료기술의 발달과 더불어 꾸준히 향상되어 2015년에는 70.7%까지 도달하였으며[3], 이는 현재 인구 집단에서 암을 가지고 살아가는 노인 인구가 점차 증가하고 있다는 것을 나타낸다.

암 치료 과정은 신체기능 저하와 외모 변화를 유발시킬 뿐만 아니라 정서적 스트레스 및 실존적 위기를 가져오게 되므로 암환자들은 일상생활에서 많은 문제점들을 경험하게 된다[4]. 특히 65세 이상 암환자의 경우 노화로 인한 신체적, 정신사회적 변화가 가중되면서 복합적인 문제에 직면하게 된다[5]. 노인 암환자는 기타 만성질환을 가진 노인에 비해 기능적 감퇴정도가 높으며[6], 삶의 만족도가 낮은 것으로 알려져 있다[7]. 또한 노년기에는 배우자 및 친구 등 가까운 이들과의 사별로 인한 상실을 겪게 되며, 퇴직으로 인해 사회적 역할 축소와 경제적 부담을 경험하게 된다[8]. 따라서 노인 암환자들은 기본적인 노화과정에 더하여 암성 질환의 치료과정에서 오는 부담으로 인해 신체적, 정서적, 경제적인 문제와 사회적 고립 등 총체적인 어려움을 겪을 수 있다.

노인 암환자를 돌보는 의료인은 암이 다양한 잠재적 결과를 가져올 수 있는 질환이기 때문에 환자를 대할 때 의학적인 중재에 초점을 두기 쉽다. 그러나 암을 진단받은 개인은 투병 상황에 대해 미처 준비하지 못하기 때문에 가장 취약하고 손상받기 쉬운 상태에 놓이게 된다[9]. 이를 고려할 때 간호사는 노인 암환자들이 암 진단과 치료과정에서 겪게 되는 어려움을 이겨내고 일상생활로 재적응 할 수 있도록 환자의 경험에 초점을 두고 환자의 요구에 따른 보다 효율적이고 개별적인 간호중재를 제공할 필요가 있다.

지금까지 노인 암환자에 대한 연구는 대부분 의학적 증상에 초점을 둔 조사연구로, 노인 암환자의 고충을 심층적으로 이해하기에는 제한점을 가지고 있다. 또한 노인 암환자를 대상으로 한 질적 연구는 대부분 현상학적 연구[10-12]로서 노인 암환자의 적응 또는 어려움 극복 과정과 이에 관련된 여러 조건적 요인들을 밝히고 실무이론화하는 데에는 한계가 있다. 따라서 노인 암환자들이 경험하는 위기상황을 잘 극복할 수 있도록 돕기 위해서는 이들의 질병 경험과 그 의미를 대상자의 관점에서 이해하고 다른 사람들과 어떤 상호작용 과정을 통해 적응해 가는지, 그리고 이에 영향을 주는 요인이 무엇인지에 대한 이해가 선행되어야 할 것이다.

본 연구는 참여자들의 변화하는 과정에 대한 경험의 구조와 사회심리적 과정에 대한 접근을 위해 근거이론적 접근이 적합하다고 판단하였다. 근거이론은 사건을 기술하는 것이 아니라 실체에 근거한 설명을 제공하기 때문에[13] 대상자의 경험 과정에 대한 이해를 도와 간호의 질을 높일 수 있을 것이다. 이에 본 연구는 근거이론을 이용하여 노인 암환자의 삶의 경험을 이해하고 이와 관련된 다양한 의미와 구조를 발견하여 실무이론을 개발하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 노인 암환자의 삶의 경험을 심층적으로 파악하여, 이들의 경험이 어떤 요인들에 의해 변화하는지에 대해 이해하고 기술하기 위해 시도되었다. 이를 파악하기 위한 연구 질문은 ‘노인 암환자의 삶의 경험은 어떠한가?’로 선정하였다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 근거이론 방법을 적용하여 노인 암환자의 삶의 경험을 탐색한 질적 연구이다.

2. 연구 참여자 선정 및 자료수집

본 연구의 참여자는 암 진단을 받고, 항암화학요법 또는 완화적 추적치료를 받고 있으며, 인지기능에 문제가 없고, 자신의 정서와 감정을 구두로 명료히 표현할 수 있는 65세 이상의 노인 14명이었다. 참여자 표집은 서울시 소재 S병원 간호부서 및 담당 주치의에게 본 연구의 목적과 방법에 대해 설명하고 자료수집을 허락받은 후 이루어졌다. 연구자는 종양전문간호사로부터 참여자 선정기준에 적합한 노인 암환자를 직접 소개받은 후 외래 방문 중인 노인에게 개별적으로 접근하여 연구 참여에 대한 동의를 받았다.

자료수집은 2018년 2월 1일부터 3월 23일까지 개별적인 심층 면담을 통하여 이루어졌으며, 참여자가 원하는 날짜와 시간을 미리 정하여 실시하였다. 면담시간은 노인 암환자의 건강상태를 고려하여 30분에서 1시간 정도에 걸쳐 진행되었고, 불명확한 부분이나 보충할 내용이 있었던 2명의 참여자와 2차 면담을 진행하였다. 모든 면담은 본 연구자가 진행하였으며, 면담장소는 조용하고 참여자가 편안한 마음으로 면담에 임할 수 있는 병원 내 상담실을 이용하였다. 면담질문은 개방형 질문으로 “암 진단을 받기 전과 비교할 때 현재의 삶이 어떻게 변화하였습니까?”, “노인이기 때문에 겪어야 하는 암환자로서의 고충은 무엇입니까?”, “귀하에게 삶의 질이란 어떤 의미입니까?”, “노인 암환자로서 의료기관으로부터 도움이 필요한 부분은 무엇입니까?” 등이었다. 연구자는 면담이 진행되는 동안 연구자의 선입견을 배제하기 위하여 참여자의 말에 비판적이고 해석적인 태도는 지양하였으며, 참여자가 자유롭게 이야기할 수 있는 분위기를 조성하기 위해 일상적인 대화를 나누면서 자연스러운 분위기가 되었을 때 면담을 시작하였다. 자료 수집은 더 이상 새로운 의미 있는 자료가 나타나지 않고 범주의 속성과 차원이 더 이상 발견되지 않을 때 이론적 포화를 이룬 것으로 판단하여 면담을 종료하였다. 연구자는 면담 진행 시 참여자의 행동과 표정, 어조 등을 면밀히 관찰하여 현

장노트에 기록하였으며, 모든 면담내용은 참여자의 동의하에 녹음되었다. 녹음 자료는 연구보조원이 필사하였고, 필사된 자료는 연구자가 전체적으로 녹음 자료와 비교하여 정확하게 옮겨졌는지 확인하는 과정을 거쳤다.

3. 자료분석

자료분석은 자료의 수집과 동시에 순환적으로 실시하였다. 필사한 면담 내용은 Corbin과 Strauss [13]가 제시한 근거이론 기법에 따라 개방코딩, 축코딩, 선택코딩의 단계를 거쳐 분석하였으며, 질적자료 분석프로그램인 QSR NVivo 12 프로그램을 사용하여 코딩과 범주화 과정을 진행하였다. 개방코딩 단계에서는 필사된 자료를 줄 단위로 읽으면서 대상자들이 경험한 현상들을 이해하고 명명하여 개념화하였으며, 자료들 간의 유사성과 차이점을 지속적으로 비교하면서 범주화하였다. 연구자들은 개방코딩 과정을 각각 따로 수행하여 추출된 개념들을 서로 비교 검토하였으며, 각 개념들을 그룹화하고 보다 추상적으로 발전시켜 범주화하였다. 이 과정에서 분석에 이견이 있는 것은 다시 원자료를 확인하는 과정을 거쳐 의견을 통합하였다. 축코딩 단계에서는 개방코딩에서 도출된 개념들을 연결하여 인과/맥락적 조건, 중심현상, 증적적 조건, 작용/상호작용 전략, 결과를 포함하는 패러다임 모형을 구성하였다. 선택코딩 단계에서는 모든 범주들 간의 관계를 통합적으로 설명할 수 있는 포괄적인 핵심범주를 도출하였다.

4. 연구의 엄밀성 확보 및 연구자 준비

본 연구에서는 연구결과의 엄밀성을 확보하기 위해 Guba와 Lincoln [14]이 제시한 평가기준인 사실적 가치, 적용성, 일관성, 중립성을 높이고자 노력하였다. 첫째, 사실적 가치를 높이기 위해 연구자는 다수의 문헌고찰을 통해 연구 질문과 관련된 충분한 배경지식을 쌓아 면담이 이루어지는 상황에서 맥락과 의미에 대한 이론적 민감성을 가지고 자료를 수집하였다. 또한 면담내용은 참여자의 동의 하에 녹음을 하면서 자료가 누락되지 않도록 하였다. 면담이 끝난 후 녹음된 자료는 바로 필사하였으며, 녹음된 내용을 반복적으로 들으면서 자료가 누락된 부분이 없는지 확인하였다. 둘째, 적용성을 높이기 위해 연구자는 노인 암환자로서 겪는 삶의 경험을 충분히 표현해 줄 수 있는 참여자로 구성하고자 각각 다른 종류의 암질환 환자를 전담하는 4명의 중앙전문간호사를 섭외하였고, 이들과 신뢰관계가 잘 형성되고 평소 상담 시 의사소통이 원활했던 환자를 소개받았다. 자료수집은 참여자들의 삶의 경험에 대한 진솔이 포화상태에 이를 때까지 진행되었다. 연구자는 면담 직후 참여자에게 면담 기록 내용을 보여주어 연구자가 기술한 내용이 참여자의 경험 내용과 동일한지 확인을 받았다. 또한 수집된 자료에서 도출된 개념, 하위범주 그

리고 추상화된 범주가 의미와 설득력이 있는지 참여자 2명에게 내용을 보여주어 확인하였고, 참여자들은 연구 결과에 공감하며 자신의 경험을 충분히 반영한다는 것에 동의하였다. 셋째, 일관성을 높이기 위해 연구자는 연구의 전 과정 동안 연구의 주 질문을 지속적으로 생각하면서 자료수집과 분석이 이루어지도록 하였으며, 자료분석 과정에서 질적 연구의 경험이 있는 2인의 간호학 교수에게 개념과 범주에 대한 피드백을 받는 과정을 거침으로써 자료분석의 일관성을 확보하고자 하였다. 넷째, 중립성을 유지하기 위하여 본 연구자는 면담 시 연구자의 상황과 경험을 연구자의 주관적 틀로 판단하지 않도록 주의를 기울였으며, 참여자들의 경험을 현상 그대로 반영하고자 하였다. 또한 자료분석 시 연구자의 인식이 참여자의 경험에 대한 이해에 영향을 끼치지 않도록 연구자의 편견 및 가정 등을 일지에 기술하는 과정을 연구가 종료될 때까지 계속하였다.

본 연구자들은 질적연구 세미나와 학술대회에 참석해 왔으며, 근거이론 방법론에 대한 다수의 서적과 논문을 고찰함으로써 질적연구 수행을 위한 역량을 쌓았다. 또한 면담을 진행한 본 연구자는 박사학위과정에서 노인간호학을 전공한 자로, 노인재활병원 주임간호사 경력을 가지고 있으며 대학원에서 수년간 간호이론 교과목을 운영하여 노인 암환자의 경험을 심층적으로 규명하기 위한 역량을 갖추었다고 할 수 있다.

5. 윤리적 고려

본 연구의 내용과 방법에 대하여 S병원 생명윤리심의위원회의 승인을 받았다(IRB No. KC17QESI0553). 연구자는 면담 전에 참여자에게 연구의 목적과 방법, 면담내용의 녹음 등에 대해 충분히 설명하여 연구참여에 대한 서면동의서를 받았다. 또한 면담내용은 연구 목적으로만 사용하고 개인의 사적인 내용은 비밀로 유지하며, 익명성 보장과 참여자가 원할시 언제든지 면담을 종료할 수 있음을 참여자에게 알려주어 참여자의 권리를 보호하고자 하였다. 수집된 면담자료와 정보는 익명성 보장을 위하여 참여자 정보를 코드화하여 저장하였으며, 모든 연구 자료와 녹음 내용은 연구결과 보고 및 발표 후 완전히 폐기될 것임을 대상자에게 설명하였다.

연구 결과

1. 참여자의 일반적 특성

본 연구의 참여자는 총 14명으로 남자가 10명, 여자는 4명이었다. 참여자들의 평균 연령은 69.7세로, 연령의 범위는 65세에서 77세였다. 암 발병 후 암 치료과정을 겪으며 생활해 온 기간은 평균 4년 6개월로 최소 9개월에서 최대 24년이었으며, 진단명은 위암 6명, 폐암 4명, 대장암과 갑상선암이 각각 2명이었다. 3명을 제외하고 모두

무직이었으며, 9명이 종교를 가지고 있었다. 주 보호자는 대부분 배우자였으며, 자녀인 경우가 1명, 주 보호자 없이 독거하는 경우가 2명이었다(Table 1).

2. 패러다임을 이용한 범주의 분석

면담 자료를 분석한 결과, 노인 암환자의 삶의 경험 과정은 총 20개의 범주와 42개의 하위범주로 구조화할 수 있었으며(Table 2), 이들을 바탕으로 각 범주들 간의 관계를 연결하는 축코딩을 수행하여 패러다임 모형을 구축하였다.

1) 인과적 조건

중심현상의 발생이나 전개를 초래하는 인과적 조건에는 '신체의 변화'와 '일상생활의 제한'의 두 범주가 포함되었다.

(1) 신체의 변화

노인 암환자들은 암 진단 이후 대개 수술, 항암화학요법 및 방사선 치료를 받고 있었다. 위암 진단 후 위절제술을 받은 한 참여자는 급격한 체중감소를 경험하게 되면서 우울한 감정을 드러내었으며, 항암화학요법이나 방사선 치료를 받는 참여자들은 오심, 구토, 탈모와 같은 심한 부작용을 겪었음을 표현하였다.

나는 암이라고 그래도 울지도 않았어요. 드물어요 안 우는 사람은. 근데 언제 눈물이 났느냐 하면.. 내가 그대로 얘기할게요. 목

욕을 하는데 옛날에는 너무 통통해서 창피했는데, 아.. 외계인이에요, ET.. 살이 많이 빠지니까(참여자 1).

내가 지난번에 처음에 암수술을 했을 때는 약간 8개월을 먹었어요. 그때는 머리가 아주 조금만 빠졌어요. 그래서 뭐.. 그냥 큰.. 외적으로는 뭐 물론 얼굴은 달라졌지만 신경을 안 썼는데, 이번에 (위를) 다 자르고 나서 항암주사를 맞고 나니깐, 머리가 지금 1월 25일부터 빠지기 시작하는데 아주 급격히 빠졌어요. 많이 빠졌어요(참여자 1).

(2) 일상생활의 제한

노인 암환자들은 항암화학요법을 받기 위한 입원 일정이 정해져 있지만 병실 사정에 따라 예약된 일정에 입원할 수 없는 경우가 대부분이었다. 참여자들은 예상할 수 없는 치료 일정으로 인해 주변사람들과 만날 수 없게 되는 일을 자주 겪게 되었고, 치료에 온 신경을 쓰게 되면서 병원 위주의 삶을 살게 되었다. 또한 참여자들은 암 진단을 받은 후, 수술 및 치료를 받기 위해 다니던 직장을 그만두기도 하는 등 암 진단 이전과 다른 일상을 살게 되었다.

진단 받기 전에는 모든 생활이 자유로웠는데, 진단 받은 후에는 치료 받는다고 신경을 너무 많이 쓰다 보니까 모든 게 다 병원 위주로 생활하게 됐습니다(참여자 9).

2) 맥락적 조건

본 연구에서 특정한 전략을 취할 수밖에 없게 하는 맥락적 조건은 노인이 되면서 경험하게 되는 고충이 반영된 '자아존중감의 하락', '가족에 대한 죄책감', '경제적 부담'으로 도출되었다.

(1) 자아존중감의 하락

노년기에는 신체적 건강 악화, 경제력 상실, 가정과 사회에서의 역할 부재 등으로 자아존중감이 낮아지는 경향을 보이게 되는데, 참여자들은 노인이 되면서 낮아진 자아존중감으로 인해 스스로 사회로부터 고립감을 느끼며 자신감을 점차 잃어가고 있었다.

어딜 가든지요, 노인네 앉을 자리도 없어요. 노인네들 앉아있으면 그건 아름답지가 않아요. 70까지는 괜찮은데 70후반을 넘어가니깐 약간 자신감이 없어지고, 괜히 나 혼자 심적으로 '예.. 노인네들이 뭘' 그런 기분이 있는 거 같아요. 이건 나 뿐이 아니에요. 보통 노인네들이 그래요(참여자 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants

Patient No.	Gender	Age (yr)	Cancer type	Duration of cancer illness (years/months)	Employment status	Having religion	Main caregiver
P1	Female	76	Stomach	5/0	No	Yes	Spouse
P2	Male	68	Stomach	2/0	No	No	Spouse
P3	Female	70	Stomach	24/0	No	No	Daughter
P4	Male	66	Stomach	3/2	Yes	Yes	Spouse
P5	Male	77	Colon	4/0	No	Yes	Spouse
P6	Male	66	Colon	2/0	No	Yes	Spouse
P7	Male	72	Lung	2/0	No	Yes	Spouse
P8	Male	70	Lung	1/0	No	Yes	Spouse
P9	Male	72	Lung	2/0	No	Yes	Spouse
P10	Female	69	Thyroid	7/7	No	Yes	None
P11	Female	70	Thyroid	0/9	No	No	Spouse
P12	Male	65	Stomach	1/0	Yes	No	Spouse
P13	Male	69	Lung	7/0	No	Yes	None
P14	Male	66	Stomach	0/11	Yes	No	Spouse

Table 2. Paradigm, Categories and Sub-Categories of Participants' Life Experiences

Paradigm	Categories	Sub-Categories
Casual condition	Physical change	Rapid loss of body weight Initiation of alopecia
	Limitations in daily life	Hospital-centered daily life Termination of usual role
Contextual condition	Decreased self-esteem	Consideration of elderly as a non-esthetic being Decreased self-confidence as a senior
	Feelings of guilt toward the family	Recognizing oneself as burden to family Feeling of sorry to children for giving them worry
	Economic burden	Burden on medical cost
Core phenomenon	Shattered by suffering from cancer	Being disturbed
		Being anxious and fearful
		Being depressed
		Empty feeling
Intervening condition	Support from health care providers	Kind explanation from health care providers Emotional support from health care providers Careful attention from health care providers
	Dissatisfaction with health care providers	Distrust of health care providers Lack of explanation from health care providers Lack of emotional support from health care providers
		Spouse's help on household chores
	Support from family	Emotional support from family
	Spiritual help from religion	Being comforted through religion Being dependent on religion in suffering situation
	The improvement of health conditions	Getting better of health checkup results
	The worsening of health conditions	Getting worse of health checkup results
Action and interaction strategy	Maintaining social relations	Having a job again Concentrating on religious activities
	Avoiding social relations	Feeling of burdensome for telling cancer illness to acquaintances Not wanting to show sick conditions to acquaintances
	Seeking meaning of the illness	Seeking reason for having cancer illness Seeking meaning of cancer illness
	Falling into despair	Frustration from worsening of health Disappointment with lack of support from health care providers
	Strengthening the willingness to battle the cancer	Building healthy lifestyles
		Going through tough treatment process with support from family Having hope for complete recovery with help from health care providers
Consequence	Having a new insight for life	Thinking deeply about life Looking at life with a sense of mind Valuing family relationships
		Being thankful for the rest of life
		Living life with the sweets and bitters of cancer illness
	The loss of willingness to live	Frustration from hard treatment process

(2) 가족에 대한 죄책감

현대사회는 노인에 대한 부양기능이 약화됨에 따라 노인들은 스스로 소외감을 느끼며 가족의 눈치를 볼 수밖에 없는 환경에서 생활하고 있다. 참여자들은 자식의 도움을 받는 것을 자식들에게 폐를 끼치고 부담을 주는 것으로 여기고 있었으며, 본인의 암 진단으로 자

식들에게 걱정을 끼쳤다는 죄책감을 느끼고 있었다.

오래 살다 보면은 자식들에게 도움을 받을 수도 있잖아요. 그렇게 되면은 절대 자식들도 좋아하기는 힘들다구요. 내가 병에 걸리고 나니까 식구들.. 시어머니가 병에 걸리면 자식들이나 며느리들

은 양심 있는 사람들은 밤낮 그 걱정이예요. 나는 그게 지금도 머
느리들한테 미안하구.. (참여자 1).

(3) 경제적 부담

암의 치료는 기간이 길고, 비용도 많이 들어 환자의 경제적 부담
이 높다. 특히 노인의 경우 퇴직 후 일정한 수입이 없기 때문에 그 부
담은 더욱 크게 다가올 수밖에 없다. 참여자들은 항암치료를 받기
위해 병실에 자리가 날 때까지 입원 대기를 하게 되는데, 다인실의
대기환자는 늘 밀려있어 어쩔 수 없이 입원료가 비싼 상급 병실(1~3
인실)에 입원하는 경우가 적지 않았다.

그런데 만약에 5인실을 저희가 하면은 너무나 오래.. 저희는 2
인실로 받았어요. 항암을.. 그런데 부담은 되죠. 경제적으로(참여
자 5).

3) 중심현상

중심현상은 관련 집단에 관계하는 중심생각으로, 본 연구에서 참
여자들이 노인 암환자로서 경험하게 된 중심현상은 ‘암의 고통으로
무너져 내림’이었다. 참여자들은 암 진단 이후 심리적으로 불안정한
모습을 보이며 절망하게 되었음을 호소하였다.

본 범주의 하위범주는 ‘심란함’, ‘불안과 두려움’, ‘우울함’ 및 ‘공허
함’으로 참여자들은 외모의 변화로 인해 예전의 건강했던 자신의 모
습과 비교하면서 심리적으로 좌절하는 모습을 보였고, 장기간 항암
화학요법을 받으면서 죽음의 순간까지 치료를 받는 것은 아닌지에
대한 불안과 두려움을 느끼고 있었다. 또한 갑작스런 암 진단으로 인
해 삶의 의욕이 상실되는 절망과 우울을 경험하였으며, 직장 뿐만
아니라 가족 행사에서 자신이 주도적으로 하던 공식적인 일을 그만
두게 되면서 공허함을 느끼고 있었다. 즉 참여자들은 자신이 점차 세
상의 가장자리로 밀려나고 있다고 느끼고 있었다.

일단 머리가 빠지니까 심란해요. 그리고 내가 젊지도 않잖아요.
내가 옛날에는 수술할 때만해도 70으로 안 봤어요(참여자 1).

항암제를 오래 맞고 있는데, 그게 좀 기분이.. 언제 끝날지 모르
니까.. 장기간을 받는 거 같아서.. 그게 좀 마음이 안 좋지(참여자
3).

처음에는 우울증이 오더라구요. 내가 이 나이에 이런 암 투병을
해야 되나 하고.. 그러면서 삶의 의욕이 상실됐어요(참여자 4).

내가 암 진단을 받고 나서는 그게(제사) 없어졌어요. 못했죠, 내

가 맡겨드리니까. 완전히 그게 없어졌는데, 그게 없어지고 참 사람
이 이상해요. 늘 하던 거, 그게 늘 제사 지낼 때는 참 부담이 되고
스트레스를 받았지만, 막상 그게 없어지니까 뭐 이해도 못할 거에
요. 허전한 거 있죠(참여자 1).

4) 중재적 조건

본 연구에서 작용/상호작용 전략을 촉진하거나 제한하는 중재적
조건은 ‘의료인의 도움’, ‘의료인에 대한 불만족’, ‘가족의 도움’, ‘종교
적 도움’, ‘건강상태의 호전’ 및 ‘건강상태의 악화’였다.

참여자들은 의료인의 친절한 설명과 관심에 고마워하였고, 이는
그들로 하여금 암을 치료할 수 있다는 희망을 갖게 하였다. 반면 치
료 과정에 대해 충분히 설명하지 않는 의료인에 대해서는 점점 불신
감이 깊어져 갔으며, 자신이 노인이기 때문에 의료인이 설명을 충분
히 하지 않는다고 느끼기도 하였다. 노인 암환자에게 가장 큰 버팀목
이 되는 것은 가족이었다. 참여자들은 암 진단 이후 가족의 소중함
을 절감하며, 더욱 깊어진 가족 간의 사랑을 확인하게 되었다. 일부
참여자들은 종교를 통해 힘을 얻기도 하였는데, 암 진단 후 흐트러
진 마음을 다잡기 위해 성경책을 읽으며 마음의 위안을 얻었고, 고
통스러운 치료 과정을 강한 종교적 믿음으로 버텨 나가고 있었다. 마
지막으로 건강상태는 참여자들의 투병의지에 직접적인 영향을 주었
으며, 건강상태가 좋지 않을 경우 절망감에 빠지게 되면서 삶의 의욕
이 상실되는 결과가 초래되었다.

5) 작용/상호작용 전략

참여자들의 작용/상호작용 전략은 ‘사회관계 유지하기’, ‘사회관계
피하기’, ‘질병의 의미 추구하기’, ‘절망감에 빠지기’ 그리고 ‘투병의지
다지기’였다.

(1) 사회관계 유지하기

참여자들은 암 진단 이후 우울감을 경험하였지만 이를 해결하기
위한 수단으로 다른 사람들과 어울리는 전략을 실천하였다. 참여자
들은 주위사람들과 적극적으로 인간관계를 맺으면서 우울감을 극복
하고 밝고 즐거운 삶을 유지하고자 노력하였다.

다시 장사를 시작했어요. 힘들지 않게끔 일주일에 이틀만 장사
한다고. 그러니까 우울한 게 없어지더라고. 집에 가만히 있을 때보
다 활동을 하니깐 대인관계하고 바깥에 나가서 사람들 만나고 이
야기를 하니깐 그게 없어지고 생활이 평안하고 좋아지더라고(참
여자 4).

(2) 사회관계 피하기

참여자들은 자신이 암에 걸렸다는 사실을 다른 이들에게 알리고 싶어 하지 않았다. 자신의 암에 대해 남들은 잠시 관심을 보일 뿐 자신의 고통을 온전히 이해하고 공감하기는 힘들 것이라고 생각하고 있었다. 특히 암 치료 과정동안 발생한 외모의 변화는 참여자의 자신감이 떨어뜨려 사회관계의 위축을 불러오고 있었다.

내 자신이 조금 사람들을 기피하게 되더라구요. 과거에 활동하던 사람들과고도 만나기가 싫어요. 왜냐하면 내 추한 꼴을 보기가 싫으니까. 아무래도 사회생활이 위축되죠(참여자 2).

(3) 질병의 의미 추구하기

암 진단을 받은 참여자들은 암이라는 질병이 왜 자신에게 찾아온 것인지 그 의미를 이해하고자 하였다. 참여자들은 암이 자신에게 찾아온 것에 분노하기 보다는 과거 자신의 생활과 연관을 지으면서 질병을 수긍하였고, 암의 긍정적인 의미를 발견하기도 하였다.

나 딱 암이라고 했을 때 무슨 생각이 난 줄 알아요? ‘아, 교회를 내가 잘못 믿었구나’ 그랬지. 나는 이것도 하느님한테 감사하게 생각해요. 왜 감사하느냐면 내가 암 진단을 안 받았으면 놀러 다니기도 쉽고, 또 쉽게 말하면 모여서 맛있는 것도 먹으러 가고 싶고. 그 전엔 우리 영감이 한때는 날렸지만 연금 받는 집은 아니에요. 그러니까 현직에서 그만 둔지가 벌써 거의 20년이 가까워오니깐 거의 없어지죠. 그래서 아, 하느님이 너희 돈도 없는데 돌아다니지도 말고 이 자체에 대해서는 하느님이 날 도와주지 않았다.. (참여자 1).

(4) 절망감에 빠지기

참여자들은 치료 후 건강 결과가 호전되면 치료에 대한 희망을 갖게 되었지만, 결과가 부정적일 경우 쉽게 우울해지면서 절망을 경험하였다. 또한 참여자들은 투병의지를 북돋우는 의료인의 따뜻한 말 한마디를 간절히 원하였으며, 이러한 기대에 못 미치는 의료인의 모습에 아쉬움을 토로하였다. 참여자들은 긴 투병과정 동안 암의 치료는 의료적 처치가 전부가 아님을 절실히 느끼고 있었다.

병원에 와서 괜찮다고 그러면 기분이 좋은데 좀 뭐가 안 좋더라 이런면 우울해지는 거야. 그 전에는 좀 희망이 있다고 생각을 하고 잘 지냈는데 요번에 몸이 안 좋아졌어요. 얼마 전에 1월달인가? 그러니까 이제는 낙이 없어. 더 안 좋고 힘드니까(참여자 13).

환자들은요, 한마디 말이 굉장히 중요할 수가 있어요. 왜냐하면

그게 자기 희망이 되고, 고치고자 하는 의지가 생긴다고. 그거 한마디로. 그런데 그냥 지나치는 거하고 큰 차이가 있죠. 고치고자 하는 의지가 없으면 못 고쳐요. 내가 생각해도 병원이 그런 건 약한 거 같아요(참여자 8).

(5) 투병의지 다지기

참여자들은 암 진단 이후 자신의 건강관리가 무엇보다 우선되어야 함을 절감하고 이전과 달리 적극적으로 건강을 관리하고자 노력하였으며, 헌신적인 가족의 사랑을 통해 투병의지를 새롭게 다져나갔다. 참여자들은 자신이 암을 이겨낼 수 있다는 희망을 가지도록 하는 의료인의 따뜻한 말 한마디로 완치의 희망과 치유의 의지를 다지는 원동력을 갖게 되었다.

형제들이 도움을 많이 줬어요. 형제들이 자기가 아픈 거 마냥 도와주니까 가족들의 힘으로 버티는 거죠. 가족들이 많이 도움을 줬기 때문에 치료하는데 더 도움을 많이 받았죠(참여자 4).

의사선생님 오셔서 그래요. 너무 힘든 수술이었습니다. 너무 어렵게 했습니다. 이 말을 몇 번을 하시더라고요. 너무 힘들게, 너무 어렵게 했다고. 근데 그 동안 이렇게 치료해 가지고 살려주신 거니까 하느님께서 이번에도 치료 해주실 겁니다. 간호사 선생님도 너무 잘 해주고(참여자 11).

6) 결과

참여자들의 작용/상호작용 전략에 따라 ‘삶을 재인식하기’, ‘암과 함께 긍정적인 일상 보내기’ 그리고 ‘삶의 의욕 상실’이 결과로 도출되었다.

(1) 삶을 재인식하기

참여자들은 암이라는 힘든 병을 겪으면서 삶에 대한 자신의 관점이 많이 변화된 것을 발견하게 되었다. 암환자로서 투병생활을 하는 동안 자신의 내부에서 많은 변화가 생기게 되었으며, 이는 삶을 다른 각도로 다시 보는 계기가 되었다. 참여자들은 앞으로의 삶은 덤으로 사는 인생임을 깨닫고 과도한 욕심을 버리고 좀 더 여유 있고 자연스럽게 일상생활을 유지하고자 하였으며, 가족의 소중함을 재인식하기도 하였다.

사람이 막 일할 때는 먹고 살기 위해서 그냥 굉장히 힘들게 살았거든요. 우린 아무것도 없는 상태에서 살았기 때문에 힘들게 살았는데, 병들고 나니까 다 내려놓는 거지. 이거는 내가 아니구나. 내가 갈 곳은 죽으면 어차피 하늘나라 갈 거 그거 밖에 없는데 그

렇게 아등바등 살 필요가 없는 거지. 이제 치료하면서 기도하면서 그러고 사는 거지. 마음을 많이 내려놓은 거지(참여자 11).

(2) 암과 함께 긍정적인 일상 보내기

참여자들은 앞으로 살아가야 할 삶에 연연하기보다는 긍정적인 자세로 세상을 바라보고자 하였고, 암을 친구처럼 여기면서 남은 생을 살아가기 위해 노력하였다.

어차피 인간이 안 가는 게 아니잖아요. 누구나 가는 거니까. 좀 일찍 가고 늦게 간다는 차이점이지. 그거 때문에 살려고 아등바등 할게 없어요. 그렇다고 내가 살 수 있는 것도 아니고. 생명은 하느님이 주관하시는 건데. 그러니까 그냥 오늘 하루 감사하면서 살면 즐거운 거예요(참여자 11).

나는 이렇게 생각하고 있어요. 병은, 암도 어차피 내 몸에 들어온 거니깐. 내 몸에 생겼으니깐. 지인들이 그러시더라고. 그걸 나쁘게 생각하지 말고 내 몸에 들어온 건 내꺼라고 생각하고 평생 같이 동고동락하고 살면서 좋게 평가를 하라고 하더라고. 암도 너도 내 몸 한 일치인데, 제발 좀 악성이나 그렇게 나쁘게 크지 말고, 좋게 좋게 순하게 나하고 평생 같이 살자.. 그렇게 마음을 먹고 있어요(참여자 4).

(3) 삶의 의욕 상실

길고 힘든 치료과정 동안 주변으로부터 희망을 얻지 못하고 건강 결과가 악화되는 경우 참여자들은 신체적·정신적으로 소진되었고,

절망감에 빠지는 전략을 사용하게 되면서 삶의 의욕을 상실하게 되었다.

치료를.. 방사선 치료를 많이 했어요. 그러면 이제 좀 우울해지고, 갑자기 또 살기 싫다 막 이런 생각이 들 때도 있어. 힘드니까(참여자 13).

3. 과정 분석

노인 암환자의 삶의 경험 과정은 인과적, 맥락적, 중재적 조건에 따라 중심현상, 작용/상호작용 전략 그리고 결과가 순차적으로 발전해가는 과정으로 확인되었다. 이러한 과정을 설명하는 핵심범주는 '손상된 자아통합감을 회복하여 암과 함께하는 일상을 찾아가는 여정'으로서, 이는 노인 암환자가 삶의 재구조화를 통해 암과 더불어 생활을 유지하며 긍정적인 일상을 찾아가는 과정이다. 이와 같은 일련의 삶의 과정을 축약해 볼 때 위기의 단계, 재구조화의 단계, 자아통합의 단계로 전개되고 있었다(Figure 1).

1) 위기의 단계

이 단계는 참여자들이 암 진단 이후 변화로 인해 심리적 위기를 느끼면서 고통을 경험하는 단계이다. 참여자들은 노인이 되면서 경험하는 상실과 사회적 고립으로 인해 자아존중감이 낮아진 상태에서 치료과정에서 발생한 신체적 변화와 일상생활의 제한으로 우울과 절망감을 더욱 크게 느끼고 있었다. 또한 끝없이 이어지는 항암치료로 인해 죽는 순간까지 항암치료를 받는 것은 아닌지 불안해하였다. 참여자들은 암 진단 이후 다니던 직장을 그만두고, 집안 행사에서도

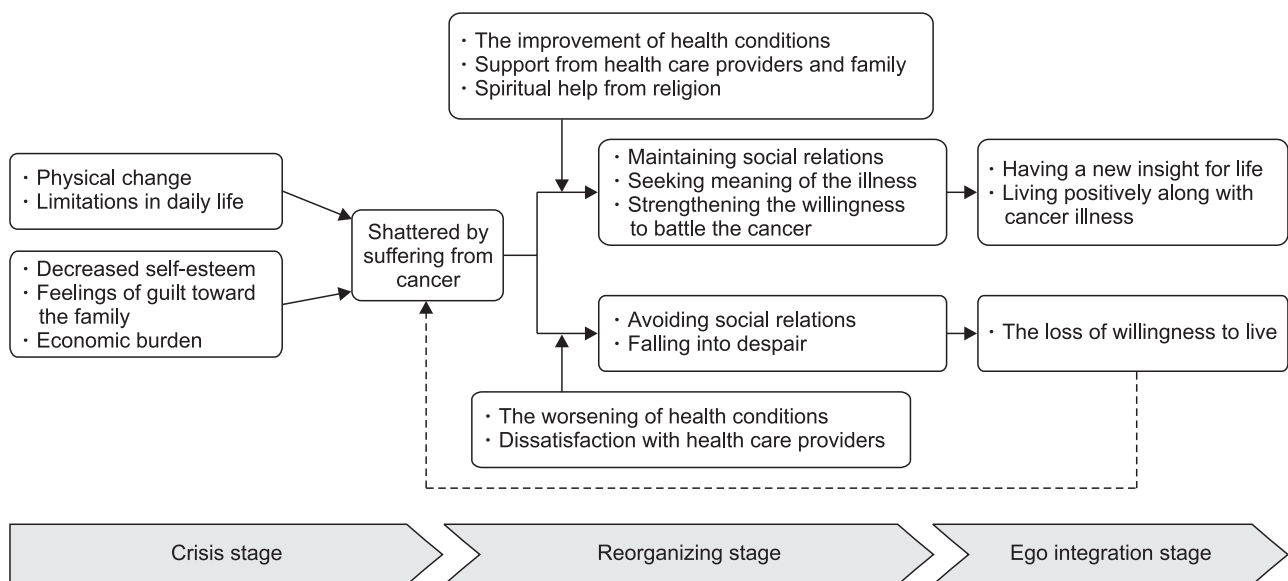


Figure 1. The journey to find balance in daily lives as a cancer patient by recovering disturbed ego integrity.

자신의 역할이 없어지게 되면서 공허함을 느끼기도 하였다.

2) 재구조화의 단계

재구조화의 단계는 참여자들이 건강상태의 호전과 주변의 도움을 통해 삶을 긍정적으로 인식하는 단계이다. 참여자들은 치료 후 증상이 호전되면서 완치의 희망을 가지게 되었으며, 의사와 간호사들이 검사결과에 대해 친절히 설명해 주고, 부작용 관리에 진심으로 신경을 써주는 모습에 감동을 받기도 하였다. 특히 희망을 주는 의료진의 한마디는 참여자에게 투병의 의지를 북돋아 주었다. 참여자들은 자신의 일처럼 도와주는 형제들을 통해 힘든 치료과정을 버텨나갔고, 평생 하지 않던 집안일을 도와주는 남편의 모습에 놀라움을 감추지 못하기도 하였다. 참여자들은 성경책을 읽으며 심란한 마음을 다잡아 보았고, 고통의 순간에서 절대자에게 의지하기도 하였다. 이 단계에서 참여자들은 사회관계를 유지하고, 질병의 의미를 추구하며, 투병의지를 다지는 적극적인 전략을 사용하였다. 그러나 참여자의 건강상태 악화와 의료인에 대한 불만족은 사회관계를 위축시키고 절망감에 빠지게 하였다.

3) 자아통합의 단계

자아통합의 단계는 참여자들이 위기 상황을 극복하고, 암과 함께 여생을 긍정적으로 살아가고자 하는 단계이다. 참여자들은 인생에 과도한 욕심을 버리고, 삶을 여유롭게 바라보는 재구조화 과정을 통해 남은 하루하루를 감사히 여기며 살고자 하였다. 또한 자신의 몸에 생긴 암을 무조건 부정하기 보다는 평생 동고동락하며 사는 친구로 여기며 일상을 살아가고자 하였다.

논 의

본 연구에서 근거이론적 접근을 통하여 도출한 노인의 암 진단 이후 삶의 경험 핵심범주는 '손상된 자아통합감을 회복하여 암과 함께 하는 일상을 찾아가는 여정'이었으며, 삶의 과정을 축약하여 정리하면 위기의 단계, 재구조화의 단계, 자아통합의 단계로 전개되었다. Erikson 등[15]은 노년기에 달성해야 할 중요한 발달과업으로 자아통합감을 제시하였는데, 이는 일생을 후회 없이 수용하고 현재 생활에 만족하며 죽음에 대한 공포가 없는 상태로써 심리적 안녕상태를 반영하는 개념이다. 본 연구의 참여자들은 성공적인 노화를 이룬 노인의 일반적인 자아통합감의 개념에 더하여 암 투병이라는 특수한 상황 속에서 자아통합감을 정립해 나갔다. 즉 참여자들은 암이라는 위중한 병을 진단받고 좌절하였지만 점차 질병의 의미를 긍정적으로 추구하고 의료인과 가족의 도움으로 투병의지를 다져나가면서 현재의 삶을 덤으로 여기며 감사하게 생각하게 되었다. 또한 죽음의 공포

에 얽매이는 대신 암을 평생 동고동락 할 친구로 여기며 죽음을 수용하는 태도를 보였다.

본 연구에서 노인 암환자가 경험하는 중심현상은 '암의 고통으로 무너져 내림'이었다. 참여자들은 암 진단과 치료 과정으로 인해 심란함, 불안, 두려움, 우울 및 공허함과 같은 정서적 불안정을 호소하였다. 암환자를 대상으로 질병의 불확실성 경험을 연구한 선행연구[16]에서 암환자는 치료과정에서 처음으로 경험하게 되는 건강 관련 문제나 익숙하지 않은 스트레스 사건들로 인하여 우울, 불안, 두려움, 불확실성 등과 같은 부정적 정서 상태를 경험하게 된다고 하여 본 연구 결과와 유사하였다. 의료인들은 암환자가 경험하는 정서적 문제를 흔히 암묵적이고 환자 개인적인 일로 여기기가 쉬우나, 진단과 치료를 넘어 관심을 가지고 이들의 요구를 충족시키기 위하여 노력하는 것이 필요하다고 생각한다.

본 연구에서 질병으로 인한 신체의 변화와 일상생활의 제한 경험은 중심현상인 '암의 고통으로 무너져 내림'의 인과적 조건으로 나타났다. 이는 암 진단 및 치료와 관련된 문제들로 인해 일상생활의 붕괴를 경험하였다는 연구결과[4] 그리고 암의 치료과정에서 발생한 신체의 변화와 기능 상실이 생활반경과 사회관계를 위축시켜 우울과 상실감을 가지고 온다고 한 연구결과[10]와 유사하였다. 본 연구의 참여자들이 주로 호소했던 신체의 변화는 항암화학요법의 부작용인 탈모 증상으로, 이는 대인관계 자신감을 위축시켜 사회관계를 기피하게 만드는 원인이 되고 있었다. 탈모 증상은 환자가 인지하는 신체상에 부정적인 영향을 미쳐 사회적 활동을 감소시키기 때문에[17] 삶의 질의 통합적 측면에서 중요하게 다루어져야 하는 문제이다. 따라서 간호사는 탈모 등의 부작용을 유발하는 항암치료를 계획하는 시점부터 환자의 신체적, 심리사회적 적응을 돕기 위한 중재를 제공하는 것이 필요하다.

본 연구에서 중심현상을 불러오는 맥락적 조건 중 하나는 노년기의 특성이 반영된 '자아존중감의 하락'이었다. 참여자들은 사회구성원으로서 자신의 존재에 위축감을 느끼면서 소극적인 태도를 보이고 있었다. 노년기에는 사회관계와 역할의 기회가 급격히 감소되면서 자아존중감이 낮아지게 되며, 자신을 무가치하고 무능하다고 생각하여 열등감에 빠지면서 불안한 심리상태를 갖게 된다[18]. 노인의 자아존중감 저하는 자아통합감 형성에 부정적인 영향을 주며[19], 이는 삶의 질을 저하시키는 주요 요인이 된다[20]. 따라서 노인의 자아존중감을 회복시키기 위한 임상현장과 지역사회 차원의 다각적 노력이 뒷받침 되어야 할 것이다.

본 연구에서 중심현상을 불러오는 또 다른 맥락적 조건은 '가족에 대한 죄책감'이었다. 참여자들은 자신의 질병이 자식들에게 걱정과 부담을 주는 것으로 생각하여 죄책감을 가지고 있었는데, 이는 노인이 생각하는 좋은 죽음의 조건으로 '자손들에게 폐를 끼치지 않고

죽는 것'이라고 한 결과[11]와 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 즉, 노인들은 죽는 순간까지도 자식에게 신체적, 경제적으로 부담을 주지 않기를 바라는 것을 알 수 있었다.

본 연구의 참여자들은 작용/상호작용 전략으로 사회관계를 유지하거나 피하는 전략을 사용하는 것으로 나타났다. 암 진단 이후 우울한 감정을 이겨내기 위해 사회적 관계를 더욱 활발하게 하는 참여자도 있었지만 대부분은 사회적 관계를 기피하는 모습을 보였다. 이러한 결과는 유방암 환자의 삶의 체험을 연구한 선행연구[21]에서 암환자들이 힘든 감정 가운데 있는 자신을 보호하기 위해 지인들에게 자신의 병을 애써 감추고자 하고, 국내 암환자의 생활세계를 탐구한 선행연구[22]에서 암환자들이 가족과 절친한 사람들을 제외하고는 지인들에게 자신의 병을 알리지 않으면서 인간관계가 좁아졌다고 한 결과와 일맥상통하였다. 노인에게 있어 사회적 고립은 재입원율을 높이고[23], 치매[24] 및 낙상[25]의 발생률을 증가시키는 요인이며, 사회적으로 고립된 노인은 사회적 관계를 적절히 유지하는 노인보다 생존률이 50% 더 낮았다[26]. 따라서 간호사는 노인 암환자의 신체 이미지 관리, 항암치료에 대한 정보, 심리적 치료 등의 제공을 통해 적절한 대인관계를 유지할 수 있도록 도움을 주어야 할 것이다.

본 연구의 참여자들이 사용하는 또 다른 작용/상호작용 전략은 질병의 의미를 추구하는 것이었다. 참여자들은 자신이 왜 암에 걸리게 되었으며, 그 의미가 무엇인지 이해하고자 하였다. 선행연구에서 완화적 치료를 받는 암환자는 자신의 병에 대한 의미를 찾고자 감정적 분투를 하며[9], 성인 암환자는 자신에게 암이라는 질병이 온 것에 대해 분노하고, 자신의 질병을 유전적인 영향이나 스트레스, 무절제한 생활습관과 관련지어 삶에 어떤 의미를 주는지 찾는다고 하여[22] 본 연구와 맥락을 같이 하였다. 그러나 본 연구의 노인 암환자들은 선행연구의 성인 암환자들과 달리 자신에게 암이 발생한 것에 대해 분노 등의 감정적 동요를 겪는 대신 자신의 질병을 어느 정도 수용하면서 긍정적인 의미를 부여하기도 하였다. Thomé 등[10]은 노인 암환자들이 자신이 살아갈 시간이 얼마 남지 않았다는 것을 어느 정도 예상하고 있어 성인 암환자보다 죽음에 대해 조금 더 두려움 없이 편안하게 인식하게 된다고 분석하였다. 죽음에 대한 긍정적인 태도는 노년기에 이루어야 할 발달과업인 자아통합감을 성공적으로 이끄는 요인이 되므로[15] 간호사는 노인 암환자들이 투병과정에서 죽음을 수용하고 긍정적인 의미를 찾을 수 있도록 도와야 할 것이다.

본 연구에서 작용/상호작용 전략을 촉진하거나 제한하는 중재적 조건은 '의료인의 도움'과 '의료인에 대한 불만족'으로 나타났다. 참여자들은 의료인으로부터 세심한 관심을 받고, 자신의 건강상태에 대한 자세한 설명과 완치의 희망을 주는 말을 들었을 경우 투병의지를 다지는 긍정적인 작용/상호작용 전략을 사용하였다. 그러나 의료인이

환자의 감정에 공감하지 못하고 환자의 질문에 상투적인 대답으로 일관하는 경우 의료인에 대해 불만족을 표현하였고, 더 이상 신뢰를 하지 않게 되었다. 이는 국내 남성 노인 위암환자의 치료경험을 다룬 선행연구[12]에서 노인 암환자들이 의사의 말 한마디와 표정 하나에도 병 치료의 가능성과 희망을 찾고자 하며, 그 결과에 따라 한동안 정서상태가 크게 좌우된다고 한 결과와 유사하였다. Thomé 등[10]의 연구에 의하면 의료인의 비공감적 태도는 암환자에게 모욕적인 경험을 하게 하며, 불안 및 절망과 같은 정신적인 문제 뿐만 아니라 수면장애 등의 신체적 문제까지 초래하는 것으로 나타났다. 따라서 의료인은 노인 암환자 개인을 독특한 존재로 고려하여 그들이 의미 있는 존재감을 유지하며 살아갈 수 있도록 도와야 하며[10], 기다림을 요하는 치료과정에 대해 환자와 충분한 의사소통을 함으로써 걱정을 덜어주고 신뢰감을 증진시켜야 할 것이다.

본 연구의 일부 참여자는 자신이 노인이기 때문에 의료인이 치료 결과에 대하여 충분히 설명하지 않는다고 여겼다. 이는 노인 암환자에 대한 의사의 차별을 다룬 선행연구[27]에서 의사들은 노인이 청력 감퇴와 인지기능의 저하로 대화하기 어렵다는 편견을 가지고 있으며, 이로 인해 노인 암환자에게 암 진단 고지와 치료과정에 대해 구체적으로 설명하지 않는 경향이 있다고 보고한 결과와 유사하였다. 선행연구[10]에서 노인 암환자는 의료인이 암 진행에 대해 불분명하게 설명할 경우 불확실성이 높아지고 외면받는 느낌을 갖게 된다고 하였으며, 자신의 치료 과정에 대해 적극적인 의사결정을 선호하는 것으로 나타났다[28]. 따라서 의료인은 노인 암환자의 심리적 특성과 선호도를 고려하여 환자중심의 개방적 의사소통을 통하여 이들의 불확실성을 줄이고, 치료에 대하여 적극적으로 의사를 표현할 수 있도록 격려하는 것이 필요하다.

본 연구의 참여자들은 암 진단 이후, 가족의 희생적인 지지와 사랑을 확인하면서 투병의지를 다져나갔다. 이는 암환자의 생활세계를 탐구한 선행연구[22]에서 암환자들은 치료과정 동안 극심한 고통과 절망을 경험하게 되지만, 자신을 위해 애써주는 가족들을 위해 이겨내야겠다는 의지를 다진다고 하여 본 연구의 결과와 유사하였다. Thomé 등[10]은 암의 치료과정 동안 가족의 지지와 사랑은 노인 암환자의 자신감을 강화시키고 자신을 가치있는 존재로 느끼게 하여 놀라운 치유 효과를 보였다고 하였다. 이렇듯 가족은 환자에게 투병할 수 있는 힘과 편안함을 주는 존재이므로[29] 이들의 역할은 매우 중요하다고 생각된다. 가족형태와 건강행위의 관련성을 탐구한 선행연구[30]에서 노인부부 동거 가족의 유형은 다른 가족 유형보다 건강행위에 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 따라서 배우자가 없는 노인 암환자는 독거가 아니더라도 건강 취약 집단으로 분류하여 별도의 관리를 제공하여야 할 것이다.

본 연구의 참여자들은 사회관계를 유지하고, 질병의 의미를 추구

하며, 투병의지를 다지는 긍정적인 작용/상호작용 전략을 사용한 결과로 삶을 재인식하고 암과 함께 긍정적인 일상을 보내는 것으로 나타났다. 이는 Kvåle [29]의 연구에서 참여자들은 암이라는 질병보다는 현재의 삶을 살아나가는 것과 그 의미를 추구하는 데에 초점을 둔다고 한 결과와 유사하였다. 본 연구의 참여자들은 투병과정을 겪으면서 삶에 대한 태도의 변화를 경험하게 되었는데, 이는 암환자들이 삶의 관점을 바꿔 자신의 역할을 재정의함으로써 지금 직면하고 있는 새로운 상황을 스스로 통제하고자 하는 것으로 볼 수 있다 [10].

이상의 고찰을 종합해 볼 때, 노인 암환자들은 암 진단과 치료과정에서 암의 고통으로 무너져 내리는 절망감에 빠지게 되지만, 점차 자신의 삶을 긍정적으로 재인식하고 암을 자신과 평생 함께할 친구로 여기며 자아통합감을 회복해나가는 일련의 과정을 경험하고 있었다. 본 연구결과를 통해 노인 암환자를 돌보는 간호사는 대상자가 치료과정에서 경험하는 문제를 확인하여 해결하고, 투병과정에서 절망에 빠졌을 때 삶을 긍정적으로 재인식하도록 도우며, 붕괴된 일상생활을 재구성하도록 지지하기 위한 중재를 제공하는 것이 필요하다고 생각한다.

결론

본 연구는 노인 암환자들이 암 진단 이후 경험하는 삶의 과정을 근거이론 방법으로 분석하여 '손상된 자아통합감을 회복하여 암과 함께하는 일상을 찾아가는 여정'이라는 핵심범주를 도출하였다. 노인 암환자로서 경험하는 중심현상은 '암의 고통으로 무너져 내림'이었고, 이는 '신체의 변화', '일상생활의 제한', '자아존중감의 하락', '가족에 대한 죄책감' 및 '경제적 부담'과 같은 복합적 조건으로부터 발생하였다. 참여자들이 사용한 작용/상호작용 전략은 '사회관계 유지하기', '사회관계 피하기', '질병의 의미 추구하기', '투병의지 다지기', '절망감에 빠지기'였으며, 이러한 전략에는 건강상태 여부와 가족과 의료인의 지지, 종교적 도움, 의료인에 대한 불만족이 영향을 주었다. 결과적으로 참여자들은 삶을 재인식하고 암과 함께 긍정적인 일상을 보내거나 반대로 삶의 의욕을 상실하는 결과를 초래하고 있었다. 이상의 과정을 축약하면 노인 암환자들이 암 진단 이후 경험하는 삶의 과정은 시간의 흐름에 따라 위기단계, 재구조화의 단계, 자아통합의 단계를 거치게 됨을 알 수 있었다.

본 연구에서 탐색한 노인 암환자의 삶의 경험 과정은 간호사들이 이들의 고통과 극복과정을 이해하여 적절한 중재를 제공할 수 있도록 근거를 마련한 것에 의의가 있다. 본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, 의료인들이 노인 암환자와 신뢰관계를 형성하고, 환자와 함

께 치료계획에 대한 의사결정을 공유할 수 있도록 의사소통 역량을 강화하기 위한 교육이 필요하다. 둘째, 노인 암환자가 경험하는 어려움을 극복하여 일상생활에 재적응할 수 있도록 돕는 프로그램을 개발하고 적용하는 연구를 제언한다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Population projections and summary indicators by scenarios (Korea) [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2018 [cited 2019 May 21]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA002&conn_path=I2.
2. Statistics Korea. Cancer incident cases and incidence rates by site (24 items), sex, age group [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2018 [cited 2019 May 21]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117N_A00023&conn_path=I2.
3. Statistics Korea. Relative survival rate for 5 years by 24 kinds of cancer, cancer occurrence time and gender [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2018 [cited 2019 May 21]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117N_A00021&conn_path=I2.
4. Larsson M, Hedelin B, Athlin E. Needing a hand to hold: Lived experiences during the trajectory of care for patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *Cancer Nursing*. 2007;30(4):324-334. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000281722.56996.07>
5. Mao JJ, Armstrong K, Bowman MA, Xie SX, Kadakia R, Farrar JT. Symptom burden among cancer survivors: Impact of age and comorbidity. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(5):434-443. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.05.060225>
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
7. Kim HJ, Kim SJ, Kim JS, Lee SY, Yang YH. Attitude to death and life satisfaction between groups of elderly people with and without cancer. *Asian Oncology Nursing*. 2013;13(4):240-247. <https://doi.org/10.5388/aon.2013.13.4.240>
8. Boyle DM. Realities to guide novel and necessary nursing care in geriatric oncology. *Cancer Nursing*. 1994;17(2):125-136. <https://doi.org/10.1097/00002820-199404000-00006>

9. Coyle N. The hard work of living in the face of death. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32(3):266-274. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.04.003>
10. Thomé B, Esbensen BA, Dykes AK, Hallberg IR. The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of Cancer Care*. 2004;13(5):399-408. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00542.x>
11. Han NY, Yoon HJ, Park EW, Cheong YS, Yoo SM. Perception of a good death in the elderly. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*. 2002;23(6):769-777.
12. Lee HJ, Lim YO, Yoon H, Kim Y, Choi K. Post-surgery chemotherapy treatment experiences of older male patients with stomach cancer. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2014;34(3):495-521.
13. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2015. p. 1-310.
14. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1981. p. 103-127.
15. Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. Vital involvement in old age. New York: W.W. Norton & Company; 1994. p. 1-352.
16. Sajjadi M, Rassouli M, Abbaszadeh A, Brant J, Majd HA. Lived experiences of "illness uncertainty" of Iranian cancer patients: A phenomenological hermeneutic study. *Cancer Nursing*. 2016;39(4):E1-E9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000282>
17. Can G, Demir M, Erol O, Aydinler A. A comparison of men and women's experiences of chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(3):255-260. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.06.003>
18. Battle J. Relationship between self-esteem and depression. *Psychological Reports*. 1978;42(3):745-746. <https://doi.org/10.2466/pr0.1978.42.3.745>
19. Hwang YY. A study on the relationship between depression, self-esteem, and ego-integrity among the aged women in an area. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2009;11(4):1843-1854.
20. Kim HR. Quality of life and its correlates among older adults in one urban community in Korea: Mediating effects of ego integrity. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2012;32(1):223-236.
21. da Costa Vargens OM, Berterö CM. Living with breast cancer: Its effect on the life situation and the close relationship of women in Brazil. *Cancer Nursing*. 2007;30(6):471-478.
22. Yang JH. The actual experiences of the living world among cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;38(1):140-151. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.1.140>
23. Mistry R, Rosansky J, McGuire J, McDermott C, Jarvik L. Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16(10):950-959. <https://doi.org/10.1002/gps.447>
24. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*. 2004;3(6):343-353. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7)
25. Faulkner KA, Cauley JA, Zmuda JM, Griffin JM, Nevitt MC. Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2003;58(10):M954-M959. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.10.M954>
26. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*. 2010;7(7):e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
27. Lim Y, Zang DY, Choi DR, Kang SY, Park YS, Yoon H, et al. Doctors' ageism towards the elderly cancer patients: Focusing on disclosure of cancer diagnosis and explanation on treatment. *Korean Journal of Health Promotion*. 2016;16(2):101-110. <https://doi.org/10.15384/kjhp.2016.16.2.101>
28. Lee SM, Kim S, Lee HS. The process of medical decision-making for cancer patients. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2009;12(1):1-14.
29. Kvåle K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11(4):320-327. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.01.002>
30. Kim JG. The impact of family type on health behavior of elderly people. *Journal of Welfare for the Aged Institute*. 2011;51:35-55.