

주요용어 : 재가 암환자, 증상, 심리교육,

재가 암 환자의 증상관리를 위한 심리교육 중재효과*

서 순 립** · 이 원 기**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의 의학과 첨단기술의 발달에도 불구하고 암으로 고통받는 환자 수는 매년 증가하고 있으며 암으로 인한 사망도 2000년도 전체 사망자의 23.5%, 즉 4명중 1명은 암으로 사망하는 것으로 나타났다(Korea National Stational Office, 2002). 이와 함께 항암 치료제와 수술 기술, 유전자요법, 면역요법과 같은 새로운 치료기술의 개발로 암 환자의 생존율과 생존기간이 연장되고 있어 최근에는 장기적인 치료와 관리가 필요한 만성질환으로 간주되고 있다.

암 환자의 치료는 수주 또는 수개월간 계속되는 과정으로서 주기적으로 병원 입원과 가정으로의 복귀가 반복되며 항암 치료의 부작용 영향이 지속적으로 나타나므로 지속적인 간호 뿐 아니라 가정에 있는 동안 증상관리를 위해 필요한 정보와 대처방안을 제공하는 재가 환자의 간호가 필요하다. 항암 치료를 받는 동안 환자는 유익한 치료효과를 기대할 수 있지만 질병과 치료로 인해 동반되는 여러 부작용을 경험하게 된다. 특히 항암 화학요법을 받은 환자들은 퇴원 후 다음 화학치료를 위해 입원할 때까지 입맛변화와 식욕부진이 가장 심한 증상이었다고 했으며(권인수와 은영, 2001), 70-90%의 환자는 피로를 호소했다(Molassiotis & Chan 2001). 그리고 골

수역제로 인한 감염, 발열, 오심, 구토, 변비, 설사, 구내염 등의 부작용을 주로 호소하는 것으로 보고되었다(서순립, 1996; 허혜경 등 2002; 양영희, 2002).

또한 항암 치료 후 재가 환자의 대부분이 불행함, 외모변화, 기동성 장애, 심리적 불편함, 경제적 어려움, 의논상대의 필요성을 호소했으며(서순립과 정복례, 1999; Dodd, Dibble & Thomas, 1992) 경제적 도움, 통증 및 증상조절에 관한 요구, 의료에 대한 정보제공, 상담을 원하는 등(김태숙, 1999; Hartevel, Mistiaen & Emden, 1997)의 신체 심리적, 사회경제적 측면의 다양한 요구와 문제가 있었다.

특히 암 환자의 1/3이 치료의 부작용으로 인한 고통과 함께 불안과 우울, 심한 정서장애, 자존감 저하, 무력감 및 대인 관계의 문제를 상당히 경험하고 있는 것으로 나타났다(Greer, 2002). 국내에서도 암 환자의 정신과 자문 의뢰의 원인 중 가장 높은 것이 불안, 우울감 순이었으며 이들 환자의 64%가 불안, 우울감 조절을 위해 항우울제를 사용하는 것으로 나타나(Lee, Shin and Bark, 1988) 암 환자의 적절한 치료효과를 위해서는 심리적 간호가 필요하다.

심리적 간호중재에는 상담과 심리 교육적 중재 및 인지행동적 중재가 있는데 그 중에서 심리 교육적 중재는 증상관리를 위한 교육과 상담 및 인지 행동적 중재를 통합한 방법을 말한다. 심리 교육 중재 연구에 관한 메타 분석에 의하면 정보제공과 함께 상담, 토론, 인지 행동

* 본 연구는경북대학교학술연구비지원에 의해 이뤄졌음

** 경북대학교 간호학과

적 중재 중 어느 하나를 적용한 심리적 중재를 모두 심리 교육적 중재라고 하였으며 심리교육 중재는 암 환자의 불안과 우울을 감소시키고 기분을 좋게 하며, 오심, 구토, 통증 등의 증상을 호전시키는 것으로 나타났다 (Trijsburg, Knippenberg & Rijpm, 1992; Devine & Westlake, 1995).

특히 암환자에게 상담과 대처기술 교육을 시행하면 증상을 보다 잘 조절하였고 불안과 우울 감소를 통한 심리적 적응과 직장복귀와 같은 사회적 기능회복 등의 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 보고되었으며(Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Greer, 2002), 사회적 관계장애 등을 해결하는 중재방법이 된다고도 하여(Fishman & Loscalzo, 1987) 암 환자에게 심리교육을 적극적으로 적용할 필요가 있다.

그런데 심리교육중재는 우울 불안 등의 부정적 정서 상태에 대한 효과를 본 연구와 대처와 생존기간 및 삶의 질을 본 연구가 다수를 차지하였고(Mishel 등, 2002; Bultz, Speca, Brasher, Geggie & Page, 2000; Fukui 등, 2000; Sheard & Maguire, 1999) 증상 불편감과 기능적 건강상태 및 사회 심리적 안녕과 같은 적응을 전반적으로 다룬 연구는 거의 없었다

또한 Fukui 등 (2001)은 서구에서는 심리교육 중재가 환자의 신체, 심리사회적 불편감을 감소시키기 위한 중요한 지지로 주로 연구되고 있으나 아시아 국가에서는 아직 이 중재에 대한 연구가 대두되어 있지 않다고 하였다. 우리나라에서도 심리교육 중재 연구는 아직 체계적으로 이루어진 바가 없는 것으로 안다.

이에 본 연구에서는 재가 암 환자의 증상을 관리하는 간호중재로서 심리적 교육적 중재를 개발하여 적용해 봄으로써 암환자의 증상 불편감 감소와 신체적 기능상태 유지 및, 심리사회적 안녕 증진에 효과가 있는 지 그 중재 효과를 검증하고자 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구를 위한 목적은 다음과 같다.

- 1) 심리교육을 받은 실험 군은 받지 않은 대조 군 보다 증상 불편감 점수가 낮을 것이다.
- 2) 심리교육을 받은 실험 군은 받지 않은 대조 군 보다 신체적 건강 상태 점수가 높을 것이다.
- 3) 심리교육을 받은 실험 군은 받지 않은 대조 군 보다 심리적 안녕 상태 점수가 높을 것이다.
- 4) 심리교육을 받은 실험 군은 받지 않은 대조 군 보다

사회적 안녕 상태 점수가 높을 것이다.

II. 문헌 고찰

항암 치료과정에서 경험하는 일반적인 부작용 증상에는 오심 구토 식욕부진 탈모 구내염 피로 등의 신체적 증상과 이에 따른 불안 우울 심리적 충격, 고립감 절망감 등의 사회 심리적 문제들이 발현된다. 이러한 신체 사회 심리적 문제는 암환자의 일상생활에 제한을 가져오고 항암 치료 효과를 감소시키며 대인관계의 위축, 건강 상태의 저하를 가져와 암환자의 적응과 회복에 영향을 가져오는 것으로 알려져 있다.

특히 재가 암환자를 대상으로 한 김태숙(1999)의 연구에 의하면 경제적 도움, 통증 및 증상조절에 관한 요구, 정보제공 및 상담을 원하는 것으로 나타났으며 서순림과 정복례(1999)의 조사에서는 재가 환자의 대부분이 피로감과 불행감, 외모변화, 통증, 식욕부진, 기동성 장애, 경제적 어려움, 의는 상대의 필요성을 호소하였다. 권인수, 은영(1999)의 암 환자의 가정간호 요구조사에서도 정보, 정서적 간호, 신체적 간호 순으로 요구가 높게 나타났다. 최경숙, 박경숙, 류은정(1999)은 퇴원후 간호요구는 정보와 신체적 간호, 정서적 간호 부분에서 입원환자와 차이가 있었다고 했다.

이상과 같이 재가 암환자는 정보, 신체, 사회심리적 건강문제를 지속적으로 가지고 있어서 암환자의 일상생활에 제한을 가져오고 항암치료 효과를 감소시키며 대인관계의 위축, 건강상태의 저하를 가져와 암환자의 적응과 회복에 영향을 가져왔다.

따라서 신체 심리 사회적 영향을 감소시키기 위해 간호사는 지리적 간호중재와 상담 및 올바른 정보제공을 위한 교육과 인지행동적 중재가 필요하다.

간호 중재 연구는 이은옥, 박현애, 권인자(1994)이 위암환자에게 4주간의 교육과 상담을 적용한 후 그 효과를 본 연구에서 프로그램 실시군과 대조군간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나 교육전의 신체적 증상과 자신의 병에 대한 지식 부족이 교육후 신체적 증상, 사회활동, 심리상태를 표현하는 것으로 바뀌는 등 대처행위가 좋아졌음을 보고했다. 권인수, 은영(2001)은 암환자와 그 가족원을 대상으로 퇴원 1주일째 가정방문과 2주일째 전화상담을 실시한 결과 실험군과 대조군간의 건강문제에 대한 효과는 유의한 차이가 없었다고 보고하였다.

심리 교육적 중재는 증상관리를 위한 교육과 상담 및

인지 행동적 중재를 통합한 방법으로서 암 환자의 불안과 우울을 감소시키고 피로, 오심, 구토, 통증 등의 증상을 호전시키거나(Trijsburg, Knippenberg & Rijpma, 1992; Devine & Westlake, 1995), 심리적 적응, 직장복귀와 같은 기능회복, 항암 치료후 관련 증상 호전 등의 효과가 있었다(Meyer & Mark, 1995).

Sheard & Maguire(1999)의 메타분석에서도 불안을 감소시키는 심리적 적응을 돕는 데 심리교육이 영향을 미친다고 했으며, Greer(2002)의 심리적 중재에 관한 문헌고찰 연구에서도, 심리교육이 암환자의 불안 우울 기능부전을 감소시키며 나아가 대처와 삶의 질을 향상 및 생존을 연장시킬 수도 있다고 하였다. 또한 Mishel 등(2002)은 전립선 암환자에게 심리교육 중재를 한 결과 부작용을 감소시켰다고 하였으며, 무력감, 치료불이행, 사회적 관계장애 등을 해결하는 중재방법이 된다고도 하였다(Fishman & Loscalzo, 1987).

그런데 심리교육중재는 1주간의 단기간의 중재에도 기분과 증상을 호전시켰으며 6개월 이상의 장기간의 중재에는 삶의 질 개선과 생존 기간의 연장을 가져온다(Greer, 2002; Fukui 등, 2000; Hammerlid 등, 1999) 등 중재기간이 연구마다 다양하게 나타났다.

Fukui 등(2001)이 밝힌 바와 같이 서구에서는 심리교육 중재가 암환자의 신체, 심리 사회적 불편감을 감소시키기 위한 중요한 지지로 주로 연구되어 왔으나 국내에서는 암환자의 신체 심리 사회적 안녕 전반에 미치는 심리교육중재 연구는 거의 없다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 항암 치료를 받고 가정에 있는 환자의 증상관리를 위한 심리교육의 효과를 검증하기 위해 비동등성 대조군 전후 시차 유사실험 설계를 이용하였다.

2. 대상자 선정 및 표집

본 연구의 대상자 선정은 항암 치료를 받고 퇴원하는 폐암, 유방암, 자궁경부암, 혈액암 환자를 대상으로 본 연구의 목적을 이해하여 참여 의사를 밝힌 자로서 질병상태가 의사소통과 판단에 문제가 없는 사람으로 선정하였다. 대상자 수는 사전조사에서 대조군 25명, 실험군

25명을 선정하였다. 사전조사후 증상악화로 거부하거나, 사망 및 자료기록 누락 등으로 대조군에서 4명, 실험군에서 7명이 탈락되어 최종대상자는 대조군 24명, 실험군 18명이 되었다. 특히 폐암환자가 5명이나 탈락하게 되었는데 이는 진단 시 종양단계(TNM stage) III 이상이었고 항암 치료 후 가정에 있으면서 위중해되거나 사망한 환자 수이었다.

3. 자료수집방법

자료수집은 D시 K 대학병원에서 2002년 2월 18일부터 7월 30일까지 하였다. 먼저 본 연구에 대한 병원의 심의를 거쳐 허락을 받았고 참여 대상자에게는 연구의 구체적인 목적과 내용, 연구기간과 방법, 및 연구에 관한 질문과 연구 중단을 원하면 할 수 있으며, 자발적 참여에 의한다는 진술문이 포함된 동의서에 서명하도록 하였다. 연구를 위한 자료수집은 대조군을 먼저 선정하였다. 이는 환자간 정보교류를 통한 중재효과의 전달을 막기 위한 것으로 대조군에 대한 조사를 마친 후 실험군을 대상으로 자료를 수집하였다. 그 결과 대상자의 일반적인 특성과 질환 특성에 의한 임의 할당은 불가능했지만 환자들이 병원을 방문하는 시기가 임의적이었고 암 환자 내원 시기가 시간적 계절적 요소에 크게 영향을 받지 않은 것으로 판단되어 실험, 대조군의 임의 할당문제를 환자의 내원 시기와 연구참여 의사에 의해 자동 할당하였다.

심리교육 중재효과를 알아보기 위하여 사전 사후 두 번 측정하였으며 약물요법으로 인한 증상이 시간에 따라 달라질 수 있으므로 대조군을 두었다. 대조군은 약물요법 전에 조사항목들을 사전 조사하고 항암 화학요법 후 4주차에 사후 조사하였다. 실험군도 약물 요법 전에 사전 조사하고 항암 치료 후 심리 교육 중재를 실시하고 가정에 있는 동안 4주 동안 매주 1회씩 3회에 걸쳐 전화 상담을 실시하였다. 처음 심리 교육한 4주 후에 사후조사를 하였다. 실험군과 대조군의 사전사후조사는 혼련된 조사원 1명이 직접 대상자와 면담하여 설문조사했으며 사후조사는 우편으로 설문지를 배부하여 받았다. 심리교육중재는 연구자가 수행하여 처치와 조사자를 구분하였다.

4. 연구도구

1) 증상 불편감 척도:

McCorkle, Cooley & Shea (2000)가 개발한 증상 불편감 도구는 저자로부터 사용 허락을 받은 후 본 연구자 영어를 한국어로 번역한 뒤 3년 이상 미국에 거주한 적이 있는 교수 1인과 현재 재미 박사과정 학생에게 영어로 역번역을 하였다. 이 도구는 총 13문항으로 5점 척도로 구성되어 있으며 신뢰도는 47개의 연구에서 Cronbach α 계수가 0.70-0.92로 조사되었다(McCorkle 등, 2000). 사전조사를 기준으로 한 본 연구의 Cronbach α 계수는 0.78로 선행연구와 유사하였다.

2)신체적 건강상태:

Ware & Sherbouine(1992)의 표준 한국어판 Medical Outcome Study(MOS): 36-item Short Form Survey(IQOLA SF-36 Korean Standard Version 1.0, 2001)중 신체기능 상태를 측정하는 3점 척도 10문항으로 기능적 건강상태를 측정하였다. 본 도구는 저자로부터 사용 허락을 받았으며 기존의 연구에서 하부 척도만의 사용에 문제가 없음을 제시한 바 있다 (Given, Given, Azzouz & Stommel, 2001; Friedman & Griffin,2001).

본 연구에서와 같이 신체기능 10항목만 사용한 도구의 신뢰도는 Given, Given, Azzouz & Stommel (2001)의 연구에서는 Cronbach 신뢰도 계수가 0.80이었고 Friedman & Griffin(2001)의 연구에서는 0.90이었다. 사전조사를 기준으로 한 본 연구의 Cronbach α 계수는 0.92로 선행연구보다는 다소 높게 나타났다.

3)심리사회적 적응 정도:

Ferrell, Hassey & Grant(1995)가 개발한 QOL-cancer patient version(1995)를 사용하였는데

도구개발자로부터 사용 허락을 받았다. 본 도구는 다차원 영역으로 하부 척도만의 사용에 무리가 없다는 저자로부터의 조인 하에 본 연구에 사용하였으며 도구의 번역은 저자가 영어를 한국어로 번역한 뒤 3년 이상 미국에 거주한 교수 1인과 현재 재미 박사과정 학생 1명에게 영어로 역번역하게 하였다. 원문과 역번역을 비교하여 문장과 어휘 중 일치되지 않은 부분은 역번역자간의 의견수렴을 거쳐 수정하였다.

본 도구는 신체적 안녕, 심리적 안녕, 사회적 안녕, 영적 안녕의 4개의 하부 영역으로 구성되어 있으며 본 연구에서 심리적 안녕과 사회적 안녕의 하부 영역을 이용하여 각각 심리적 적응과 사회적 적응을 측정하였다. 도구의 개발당시 Chronbach α 계수로 본 내적 일관성은 심리적 안녕에서 0.89이었고 사회적 안녕에서 0.81 이었다. 심리적 안녕 문항 중 환자에게 질병에 대한 부정적 정서를 유발할 수 있는 3문항을 암환자 간호경력 10년 이상의 임상간호사들의 의견에 따라 제외하여 총 15문항을 사용하였고 사회적 안녕은 7 문항 모두를 사용하였다. 사전조사를 기준으로 한 본 연구의 Cronbach α 계수는 심리적 안녕 0.71, 사회적 안녕 0.78로 이었다.

4)심리교육중개:

심리·교육 프로그램이란 암 환자의 증상을 조절하기 위해 서순림(1996)이 항암 치료환자를 대상으로 자기간호교육을 위해 개발한 항암 요법시의 증상관리와 서순림, 소향숙, 정복례, 김영옥, 손수경(2000)의 번역서 중앙간호학의 증상관리 부분과 김복자, 김연희, 전명희와 최진선(2000)의 편집서인 중앙환자 증상관리 및 암환자의 퇴원 후 간호요구에 대한 연구(권인수와 은영, 2001; 김태숙, 1999), 인지 행동요법에 대한 연구

도입단계	관계 형성 프로그램에 관한 전반적인 설명	자료
개인상담과 교육	증상관리 교육 이완요법시범과 연습 인지수정요법시범과 실시 -기분 표현하기 -상황을 보는 방법 -거울기법 적용하기 -자신감 기르기	'작은 행복을 찾아서' 책자 이완요법 테이프 필기도구 거울
	증상경험표현하기와 경청 감정과 걱정을 표현과 경청 성공적인 증상관리 칭찬과 재강화 문제확인 문제해결에 대한 정보 제공 상황을 긍정적으로 보는 인지수정 자기관리 이행 격려	전화 상담 코칭 지침서
전화상담(1회/주) 3회		

(Fishman & Loscalzo 1987; lovejoy, Tabor, Matteis & Lillis, 2000; Burns, 1999)를 기초로 재가 암 환자의 신체적 증상 조절법, Jacobson의 이완 요법, 인지행동수정 방법 등에 관한 내용으로 구성된 책자와 테이프를 제공하면서 교육하였다. 교육은 총 4회에 걸쳐 이루어 졌으며 병동에서 개별 교육과 상담을 한 후 매 1주마다 전화를 이용한 상담과 교육을 하였다. 본 심리교육중재는 Samarel과 e-mail을 통해 (personal communication, Feb 26, 2002)에게 자문을 받은 후에 사용하였다.

5. 자료분석방법

범용 통계자료분석 소프트웨어인 SAS Ver8.12를 이용하여 실험군과 대조군의 일반적 특성과 질환적 특성의 동질성검정을 위하여 두 집단간 χ^2 test, Fisher's exact test로 검정하였으며 각 척도의 사전조사 값들의 동질성을 알아보기 위하여 t-검정을 하였다. 심리교육 중재효과를 알아보기 위하여 각 척도의 사후조사 값들에 대해서도 t-검정을 하였다. 모든 검정의 통계적 유의수준은 0.05로 설정하였다.

IV. 연구 결과

대상자의 일반적 특성(〈Table 1〉) 과 같다. 실험군과 대조군 사이에 일반적 특성별 분포는 모두 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 나이는 실험군

에서 50세 미만군이 61.1%로 가장 많이 차지하였고 대조군은 60세 이상군이 41.7%로 가장 높아 실험군이 다소 젊은층으로 나타났다. 성별로는 여자가 실험군 대조군 모두 많았고, 결혼상태는 실험군, 대조군 모두 기혼자가 대부분이었다. 교육정도는 실험군이 다소 낮아 중졸이하가 절반이 넘는 55.6%인데 반하여 대조군은 중졸이하와 고졸의 분포가 비슷하게 나타났다. 종교와 가족수입도 실험군, 대조군 모두 거의 비슷하게 분포하였다.

대상자의 주관적 건강상태지각, 진단명 종류, 그리고 항암치료 횟수의 분포는(〈Table 2〉)에 나타내었다. 주관적인 건강상태를 묻는 질문에 대하여 실험군에서는 고른 분포를 보였으나 건강하다 에서 건강하지 못한 방향으로 증가하는 분포를 보인 반면 대조군에서는 건강하지 않다고 응답한 비율이 절반이 넘는 54.2%였고 건강하다고 한 대상자는 33.3%로 실험군에 비하여 약간 높게 나타났다. 진단명별 분포는 매우 유사한 분포양상을 보였다. 그러나 건강상태와 관련한 특성별 분포도 실험군과 대조군간에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

심리교육 중재전의 실험군과 대조군 간에 각 척도별 동질성 검정 결과를 본(〈Table 3〉)에 의하면 모두 통계적으로 동질한 것으로 나타났다. 증상 불편감은 실험군이 평균 23.6점 대조군이 평균 25.2점으로 1.4점 정도 높게 불편감을 호소하였다. 신체적 건강상태 역시 실험군이 평균 23.4점으로 대조군의 평균 21.8점보다 높아 양호하였다. 심리적 안녕은 실험군이 70.9점, 대조군이 71.7점이었으며 사회적 안녕은 실험군이 평균 29.5점,

〈Table 1〉 General characteristics of subjects

Characteristics	Classification	Experiment(n=18)		Control(n=24)		χ^2	p-value
		n	%	n	%		
Age(yrs)	<50	11	61.1	7	29.2	4.29	0.117
	50-60	3	16.7	7	29.2		
	60≤	4	22.2	10	41.7		
gender	male	4	22.2	9	37.5	1.12	0.289
	female	14	77.8	15	62.5		
marriage status	single	3	16.7	1	4.2		0.297*
	married	15	83.3	23	95.8		
education level	middle school	10	55.6	10	41.7		0.692*
	high school	6	33.3	10	41.7		
	college or more	2	11.1	4	16.7		
religion	yes	13	72.2	18	75.0	0.04	0.839
	no		527.8	625.0			
family income	> 150	8	44.4	10	41.7	0.03	0.857
	≤150	10	55.6	14	58.3		

p-value by Fisher's Exact Test(2-tail)

〈Table 2〉 Characteristics related to health of the subjects

Characteristics	Classification	Experiment(n=18)		Control(n=24)		χ^2	p-value
		n	%	n	%		
subjective health status	healthy	5	27.8	8	33.3	2.69	0.261
	moderate	6	33.3	3	12.5		
	not healthy	7	38.9	13	54.2		
type of diagnosis	lung & gastric cancer	7	38.9	9	37.5		1.000*
	breast & uterus cancer	8	44.4	11	45.8		
	hematology cancer	3	16.7	4	16.7		
numbers of chemotherapy	first	5	27.8	8	33.3	0.15	0.700
	second or above	13	72.2	16	66.7		

p-value by Fisher's Exact Test(2-tail)

〈Table 3〉 Homogeneity test of variables between experiment and control group prior to psychoeducation.

	Experiment(n=18)		Control(n=24)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
symptom distress	23.6	7.1	25.2	6.7	0.77	0.443
physical distress	23.4	5.4	21.8	5.6	-0.90	0.373
psychological wellbeing	70.9	15.7	71.7	24.5	0.12	0.907
social wellbeing	29.5	13.0	29.6	13.9	0.03	0.976

〈Table 4〉 Intervention effect of variables between experiment & control group after psychoeducation

	Experiment(n=18)		Control(n=24)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
symptom distress	21.6	4.7	24.2	6.1	1.50	0.141
physical distress	23.3	5.7	20.6	5.2	-1.60	0.117
social-psycho adjustment						
psychological wellbeing	69.7	16.9	66.1	22.3	-0.57	0.571
social wellbeing	32.2	12.3	25.8	10.7	-1.79	0.081

대조군이 평균 29.6 이었다.

〈Table 4〉는 심리교육 중재 후 실험군과 대조군의 증상 불편감, 신체적 건강상태, 심리사회적 적응 정도를 측정 한 결과 증상 불편감은 실험군에서 평균 21.6점이었고 대조군은 평균 24.2점으로 3.6점 정도 낮게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 신체적 건강상태도 실험군에서 평균 23.3점으로 대조군 평균 20.6점에 비하여 더 양호한 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다. 심리적 안녕은 실험군이 평균 69.7점, 대조군이 평균 66.1점으로 실험군이 3.6점 정도 높게 나타났다. 사회적 안녕은 실험군이 평균 32.2점, 대조군이 평균 25.8점으로 실험군이 높은 점수를 보였다. 그러나 심리 사회적 안녕상태 역시 실험군, 대조군간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

V. 논 의

본 연구는 항암 요법을 받고 가정에 있는 환자의 대부분이 신체적 증상 뿐 아니라 불안, 우울 등의 부정적 정서로 인해 고통받으며 긍정적인 대처와 적응을 잘 하지 못한다는 연구(서순림과 정복래, 1999; Greer, 2002; Lee, Shin 과 Bark, 1988)를 바탕으로 이들 환자를 위해 증상관리에 관한 정보와 함께 사회 심리적 안녕을 도모하는 인지 행동적 중재를 제공하는 심리교육 중재를 개발하고 그 효과를 파악하고자 시도하였다.

본 연구의 설계에서 대상자들의 자발적인 연구참여 의사가 없이는 연구를 진행할 수 없는 점과 환자 상호간의 정보교류를 차단하는 방책도 세워야 했으므로 대조군을 먼저 선정하여 사전 사후 조사를 한 후 실험 군을 대상으로 사전 조사 후 심리교육을 진행하여 사후조사를 하였으므로 단 기간 내 많은 수의 표본을 채집하기는 어

려웠다. 또한 표집 수를 확대하지 못한 것은 환자가 심리교육중재가 치료에 필수 불가결한 요소가 아니라고 생각하거나 암 환자가 가정에 있는 동안 가족이외의 연구자에게 전화를 통해 대화를 하는 것을 다소 꺼렸기 때문이었다. 이는 Fukui(2001)의 연구에서 일본 유방암 환자 126명중 심리 사회적 중재에 참여한 대상자는 42%정도로서 서구의 60-87%에 비해 낮았으며 그 이유가 일본인은 정서를 억압하는 경향이 있고 가족이외의 누군가와 문제를 논의하는 것을 부끄럽게 여기기 때문이라고 하였던 점과 일맥 상통하지 않은 가 여겨진다.

Vastering, Jenkins, Tope, Burish(1993)가 심리적 중재는 항암 치료후의 부작용을 적게 경험하고 치료 후에 효과적으로 대처하도록 돕는다고 하였으나 본 연구 결과에서 심리교육중재를 받은 실험군의 증상 불편감 점수가 대조 군보다 더 적은 것으로 나타났으나 실험 군과 대조 군간에 통계적 유의한 차이는 없었다. Fukui 등(2001)이 전립선암환자의 항암치료후 부작용과 불확실성을 관리하도록 돕기 위해 8주간 매주 전화로 심리교육중재를 한 연구에서 피로 등의 부작용 증상의 수가 감소하였고 특히 소변배출 불편증상이 대조 군에 비해 감소하였으나, 증상 불편감 전체 점수에는 유의한 차이를 보이지 않아 본 연구와 유사하였다.

심리교육 중재 후 신체적 건강상태에서 실험 군이 대조 군보다 더 양호한 것으로 나타나 Hamerlid, Persson, Sullivan & Westin(1999)의 유방암환자를 대상으로 한 연구에서 심리교육 중재후 대상자의 기능이 좋아졌다고 한 결과와 같은 양상을 보였다. 그러나 Hamerlid 등(1999)은 본 연구보다 대상자 수가 많았고 중재기간도 길었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 반해 본 연구는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

심리적 안녕과 사회적 안녕에서도 역시 실험 군이 대조 군보다 모두 높게 나타났으나 통계적으로는 유의하지 못해 치료시 개인적 심리요법과 가족상담을 제공하면 심리사회적 부작용을 감소시킨다고 한 Marchior 등(1996)의 유방암환자를 대상으로 한 연구 결과와는 상이하다.

본 연구는 4주간의 짧은 연구 기간이었지만 심리교육에 의한 중재가 통계적으로 유의하지는 않았으나 심리 사회적 적응 정도에는 긍정적인 효과를 제시해 심리교육이 항암 치료 환자의 심리사회적응 정도를 높일 것으로 기대된다. 특히 사회적 안녕감은 상당히 개선 될 것으로 기대되어 항암 환자들이 가정생활, 대인관계, 소외감 등에서 다소 자유로와 질 것으로 기대되어 결과적으로 항

암 치료 효과에 좋은 영향을 가져올 것으로 기대된다.

이와 같이 신체적 증상, 신체적 건강상태, 심리 사회적 안녕상태 모두가 통계적 유의성을 보이지 않아서 결과에 대한 해석에 다소 제한을 받았지만 실험전후 사전 사후 점수들을 보면 중재후의 점수가 분명히 높은 경향을 보여서 앞으로 연구대상자 수를 확대하거나 연구기간을 좀 더 길게 가진다면 이러한 변수에 대한 결과가 통계적으로 유의한 차이를 보일 것으로 생각된다.

특히 이전의 심리교육중재 연구를 보면, Marcus 등(1998)은 전화를 통한 심리상담교육을 초기단계 유방암 환자에게 1년간 시행하고자 중재 프로토콜과 연구설계를 서술하였고 Greer(2002)의 심리적 중재에 관한 문헌고찰에서는 심리교육중재를 6-8번이상 시행한 후 심리적 적응의 개선이 3-12개월간 지속되었던 점을 비추어 볼 때 앞으로 충분한 중재기간을 가지는 연구를 계획할 필요가 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 제가 암 환자의 증상을 관리하고 신체적 건강상태와 사회 심리적 안녕 상태를 증진하기 위한 심리교육 중재를 개발하여 그 효과를 파악하고자 실시된 비 동등성 대조군 전후 시차 설계를 이용한 유사실험 연구이다.

연구대상은 D 광역시 대학병원에 등록된 암환자로서 대조 군 24명과 실험 군 18명을 대상으로 하였다. 실험 절차는 사전조사와 개인별 심리교육 실시후 퇴원하여 가정에 있는 대상자에게 매주 1회 전화로 심리교육과 상담을 하였으며 실험에 대한 효과는 중재 4주 후에 측정하였다. 자료수집은 대조군은 2002년 2월 18일에서 4월 10일까지 실험군은 2002년 4월 7일에서 7월 30일까지 자료를 수집하였다. 연구도구는 McCorkle 등(2000)이 개발한 증상 불편감 도구, Ware & Sherbouine(1992)의 표준 한국어판 Medical Outcome Study(2001)중 신체기능 도구, 그리고 Ferrell & Grant(1995)가 개발한 QOL-cancer patient version을 저자가 번역하여 사용하였으며 자료 분석은 SAS VER8.12를 이용하여 χ^2 검정과 t 검정을 하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

심리교육을 받은 실험군의 증상 불편감은 평균 21.6점이었고 대조군은 평균 24.2점으로 실험군이 3.6점 정도 낮게 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다

($t=1.50, p=.141$). 신체적 건강상태도 실험군에서 평균 23.3점, 대조군 평균 20.6점을 실험군에서 건강상태가 더 양호한 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다($t=-1.60, p=.117$). 심리적 안녕은 실험군이 평균 69.7점, 대조군이 평균 66.1점으로 실험군이 3.6점 정도 높게 나타났고 사회적 안녕은 실험군이 평균 32.2점, 대조군이 평균 25.8점으로 역시 실험군이 높은 점수를 보였다. 그러나 실험군, 대조군간에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다($t=-.57, p=.571; t=-1.79, p=.081$).

결론적으로 본 연구에서 개발된 심리교육 중재 프로그램은 증상 불편감, 신체적 건강상태, 심리사회적 안녕을 증진시키지는 못했으나 긍정적인 경향을 볼 수 있어서 앞으로 대상자 수를 확대하거나 중재 기간을 좀 더 길게 하여 실시한다면 통계적으로 의미 있는 효과가 있을 것으로 생각된다. 그러므로 본 심리교육 중재 프로그램을 장기적으로 적용한 연구를 수행하여 그 효과를 평가해 볼 필요가 있다고 사료된다.

따라서 본 연구는 재가 암 환자의 증상관리를 위해 실무에서 적용할 수 있는 간호중재를 연구하였다는 점에서 기여한 바가 있다고 생각되며 이 연구를 기초를 하여 앞으로 심리간호중재가 임상 실무에 널리 적용되기를 기대한다.

참 고 문 헌

권인수, 은영 (2001). 암환자의 퇴원 후 계속 간호프로그램 개발. *대한간호학회지*, 31(1), 81-93.
 김복자, 김연희, 전명희, 최진선 (2000). *암환자 간호 증상관리*. 현문사.
 김태숙 (1999). 공공보건의료기관을 통한 재가암환자 관리 대책. *국립보건원보*, 36, 301-302.
 서순림 (1996). *항암치료환자에게 시행한 자기간호교육과 자원동원성 수준이 적극적 대처행위에 미치는 효과*. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
 서순림, 소향숙, 정복례, 김영옥, 손수경 공역 (2000). *간호실무를 위한 종양간호학*. 현문사.
 서순림, 정복례 (1999). 암환자의 계속간호 전달체계 개발을 위한 기초조사. 가정에 있는 암환자의 건강문제와 자기간호. *경북간호과학지*, 3(1), 15-27.
 양영희 (2002). 수술 후 화학요법 받는 위암 환자의 부작용 증상, 피로 및 삶의 질과의 관계. *성인간호학회지*, 14(2), 205-212.
 허혜경, 이은현, 이원희, 소향숙, 정복례, 강은실

(2002). 성인 암환자의 질병 특성에 따른 증상발생 정도. *성인간호학회지*, 14(3), 411-417.
 Bultz, B. D., Speca, M., Brasher, P. M., Geggie, P. H., & Page, S. A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology*, 9(4), 303-13.
 Burns, D. D. (1999). *The feeling good* (Rev. ed.). A plume book, NEW YORK.
 Devine, E. C., & Westlake, S. K. (1995). The effects of Psychoeducational care provided to adults with cancer Meta analysis of 116 studies. *Oncology of Nursing Forum* 22 (9), 1369-1381.
 Dodd, M. J., Dobbie, S. L., & Thomas, M. L. (1992). Outpatient chemotherapy : Parents' and family members' concerns and coping strategies. *Public Health Nursing*, 9, 37-44.
 Ferrell, B. R., Hassey, D. K., & Grant, M. (1995). 'Measurement of the QOL in cancer survivors.' *Quality of Research*, 4, 523-531.
 Friedman, M. M., & Griffin, J. A. (2001). Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 30(2), 98-104.
 Fishman B., & Loscalzo, M. (1987). Cognitive-behavioral interventions in management of cancer pain: Principles and application. *Medical Clinics of North America*, 71(2), 271-287.
 Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5), 1026-1036.
 Fukui, S., Kugaya, A., Kamiya, M., Koike, M., Okamura, H., Nakanishi, T., Wenner, M., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2001). Participation in psychosocial group intervention among Japanese women with

- primary breast cancer and its associated factors. *Psychooncology*, 10(5), 419-27.
- Given, B., Given, C., Azzouz, F., & Stommel, M. (2001). Physical functioning of elderly cancer patients prior to diagnosis and following initial treatment. *Nurs Res*, 50(4), 222-32.
- Greer, S. (2002). Psychological intervention :the gap between research and practice. *Acta Oncol*, 41(3), 238-43.
- Hammerlid, E., Persson, L. O., Sullivan, M., & Westin, T. (1999). Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 120(4), 507-16.
- Harteveld, J. T. M., Mistiaen, J., & Emden, V. D. (1997). Home visits by community nurses for cancer patients after discharge from hospital : an evaluation study of the continuity visit. *Cancer Nursing*, 20(2), 105-114.
- Korea National Statistical Office (2002). <http://www.nso.go.kr/cgi-6in/sws-999.cgi>.
- Larson, P. J., Viele, C., Coleman, S., Dibble, S. L., & Cebulski, C. (1993). Comparison of perceived symptoms of patients undergoing bone marrow transplant & the nurse caring for them. *Oncology Nursing Forum*, 20, 81-87.
- Lee, C., Shin, K. H., Bark, I. H. (1998). Clinic study on psychological consult of cancer patient-pilot test. *Catholic cancer center*, 2(2), 22-27.
- Lovejoy, N. C., Tabor, D., Matteis, M., & Lillis, P. (2000). Cancer-related depression : Part I--Neurologic alterations and cognitive-behavioral therapy. *Oncol Nurs Forum*, 27(4), 667-78.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Pappagallo G. L., & Vinante, O. (1996). The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 32A, 1612-1615.
- Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L. B., Brady, M. J., Crane, L. A., McClatchey, M. W., Kluhsman, B. C., & Pate-Willig, M. (1998). Telephone counseling of breast cancer patients after treatment: a description of a randomized clinical trial. *Psychooncology*, 7(6), 470-482.
- McCorkle, R., & Cooley, M. E., & Shea, J. A. (2000). *A user's manual for the symptom distress scale*.
- Meyer, T. J., & Mark, M. N. (1995). Effects of psychosocial interentions with acult cancer patients: A mera-analysis of randomiged experients. *Health psychol* 14: 101-108

- Abstract -

The Effect of Psychoeducational Intervention for Symptom Management of Home Cancer Patient*

Suh, Soon Rim** · Lee, Won Kee**

Purpose: The study was to develop psychoeducational intervention and identify its effect for symptom management of home cancer patient.

Method: Study subjects were 24 patients in control group and 18 patients in experimental group. In experimental group, individualized psychoeducation was done after pretest and then continued to educate and consult through calling by telephone once a week for 4 weeks. The data were collected using several tools such as symptom distress by McCorkle(2000), Physical

* This study was supported by Kyungpook National University Research Fund.

** Dept. of Nursing, Kyungpook National University

functioning, a part of Medical Outcome Study by Ware and Sherbouine(1992) and QOL- cancer patient version by Ferrell and Grant(1995) from 18th of Feb. to 30th of July. Data were analysed to χ^2 test and t test using SAS VER8.12.

Results: The mean score of symptom distress was 21.6 in experimental group and 24.2 in control group. Experimental group was shown lower score than control group. Physical functioning of experimental group was better as mean score 23.3 than 20.6 in control. Psychological wellbeing was 69.7 in experimental group and 66.1 in control group. Social wellbeing was 32.2 in experiment and 25.8 in control. Psychosocial wellbeing of experimental group was

higher than control group. However there was no significant difference between two groups among these variables.

Conclusion: The psycho educational intervention was not made symptom mangement, physical functioning, and psycho social wellbeing improved but shown positive tendency. It is expected having a statistically significant finding if enlarged sample size and prolonged the intervention term in future. Therefore it is suggested psycho educational intervention study do repeatedly.

Key words : Home cancer patient, Symptom, Psycho education